

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

«Модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони
здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи 3303-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент

(код і найменування спеціальності)

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

Керівник _____ / Денис КОВАЛЕНКО

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

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____ / Наталія
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
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

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 Вікторії КРУГЛЯКОВІЙ

Тема: «Модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

(на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)» затверджена наказом по академії №

від «__» _____ 2025 р.

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

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. Регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Розділ 2. Ефективність регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»). Розділ 3. Напрями удосконалення інноваційного і розвитку системи охорони здоров'я України

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 8 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:

Денис КОВАЛЕНКО

Завдання прийняла до виконання:

_____ (підпис)

Вікторія КРУГЛЯКОВА

**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)

Вікторія КРУГЛЯКОВА

Нормоконтроль:

_____ (підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)»

Магістерська робота містить 163 сторінки, 844 джерела, 8 рис. , 11 таблиць.

Об'єкт дослідження – регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Предмет дослідження - організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Мета дослідження-теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

Завдання дослідження: виділити пріоритетні сучасні наукові підходи до реалізації регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України; визначити специфічні особливості реалізації регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Харківському регіоні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»); розробити організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та здійснити її експертне оцінювання.

У роботі запропоновано орієнтири інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Основою даної моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин; інноваційні зміни структури на регіональному та локальному рівнях; фінансові ініціативи, що спрямовані на забезпечення стійкого фінансування та рентабельності.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні ідеї та висновки дослідження доведено до рівня конкретних положень, методик та рекомендацій. Вони можуть бути використані у практичній діяльності державними органами управління, органами місцевої влади та самоврядування, підприємствами, громадськими організаціями.

Ключові слова: система охорони здоров'я, інноваційний розвиток, організаційно-функціональна модель.

ANNOTATION

Topic: "Model of regulation of innovative development of the health care system (on the example of the KNP CHOIR "OKL")"

Magis work contains 163 pages, 84 sources, 8 rice. , 11 tables.

Object of research - regulation of innovative development of the health care system of Ukraine.

Subject of research - organizational-functional model of regulation of innovative development of the health care system (on the example of the KNP CHOIR "OKL").

The purpose of the research is to theoretically substantiate, develop and, in part, experimentally implement an organizational and functional model for regulating the innovative development of the health care system.

Objectives of the research: to highlight the priority modern scientific approaches to the implementation of regulation of innovation development of the health care system of Ukraine; To define specific peculiarities of realization of regulation of innovative development of health care system in Kharkiv region (on the example of the KNP CHOIR "OKL"); to develop an organizational-functional model of regulation of innovative development of the health care system and to carry out its expert evaluation.

The work proposes guidelines for the innovative development of the health care system, defining the concept of organizational and functional model of regulation of innovative development of the health care system. The basis of this model is the intellectualization of the whole system and its individual parts; innovative structural changes at the regional and local levels; financial initiatives aimed at ensuring sustainable financing and profitability.

The practical value of the results is that the main ideas and conclusions of the study have been brought to the level of specific provisions, methods and recommendations. They can be used in practical activity by state authorities, local authorities and self-government, enterprises, public organizations.

Key words: health system, innovative development, organizational-functional model.

ЗМІСТ

| | |
|--|-----|
| ВСТУП..... | 8 |
| РОЗДІЛ 1. РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... | |
| 1.1. Сутність державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України..... | 12 |
| 1.2. Специфічні особливості реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України..... | 27 |
| 1.3. Зарубіжний досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони суспільного здоров'я..... | 47 |
| Висновки до 1 розділу | |
| РОЗДІЛ 2. ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ»)..... | |
| 2.1. Метологічні основи забезпечення ефективності регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я..... | 60 |
| 2.2. Оцінювання ефективності регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)..... | 97 |
| Висновки до 2 розділу | |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ..... | |
| 3.1. Модернізація управлінської основи регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України | 122 |
| 3.2. Організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ») | 141 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| Висновки до 3 розділу..... | |
| ВИСНОВКИ..... | 152 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 156 |

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному суспільно-економічному контексті реалізація інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та інтеграція цієї сфери у європейський політичний, соціальний і економічний простір наштовхується на низку суттєвих труднощів. Незважаючи на критичний стан національної економіки, ключовим чинником, який істотно впливає на інноваційний потенціал галузі, постає невідповідність організаційної та регуляторної функції системи державного управління сучасним викликам. Саме ця невідповідність істотно знижує результативність державно-управлінського впливу, уповільнює імплементацію нових принципів та механізмів управління, що мають забезпечувати структурно-трансформаційні зміни та активізувати інноваційні процеси в системі охорони здоров'я.

Система державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я володіє значним інструментарієм засобів, механізмів та стимулів, здатних забезпечити модернізацію галузі та трансформувати її зі структурно збиткової у перспективно-інвестиційну сферу. Раціональне й професійне застосування цього комплексу має створити умови для належної організації профілактики здоров'я населення та забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг, які повинні реалізовуватися на засадах рівності громадян і верховенства чинного законодавства.

Теоретичні засади державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я сформовані завдяки науковим здобуткам низки провідних українських дослідників. Вагомий внесок у становлення загальної теорії та методологічного підґрунтя державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України зробили С. Антонюк, Д. Арзянцева, В. Беглиця, М. Білинська, А. Бондар, Ю. Вороненко, М. Голубчиков, В. Долот, Д. Дячук, Д. Карамішев, В. Князевич, Н. Кризина, В. Лазоришинець, В. Москаленко, Г. Слабкий, І. Станкевич, Ю. Ціомашко, І. Яковенко та інші дослідники, чії праці заклали фундамент наукового осмислення проблематики.

Поряд з цим, окремі аспекти формування організаційно-правових, економічних та інституціональних умов удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України були предметом дослідження таких українських учених, як А. Авраменко, О. Акуленко, З. Гладун, О. Дацій, Л. Жаліло, М. Корецький, Ю. Кальниш, Т. Коропецька, І. Мельничук, М. Музика, М. Мартинюк, В. Москаленко, В. Сиченко, І. Шевчук та інших.

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

Водночас недостатня комплексність і системність у науковому висвітленні проблем удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України формує об'єктивну потребу у продовженні досліджень, узагальненні наявних практичних результатів та розробленні сучасного методологічного інструментарію. Саме ці обставини визначили вибір тематики та зумовили актуальність даної магістерської кваліфікаційної роботи: *«Модель регулювання інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)»*.

Об'єкт дослідження – регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Предмет дослідження - організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Мета дослідження-теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

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

-виділити пріоритетні сучасні наукові підходи до реалізації регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України;

-визначити специфічні особливості реалізації регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Харківському регіоні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»);

-розробити організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та здійснити її експертне оцінювання.

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

У проведеному дослідженні застосовано системний підхід, відповідно до якого процеси та явища, що характеризують державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України, розглядалися у їхній єдності, взаємозв'язку та внутрішній зумовленості. Науково-методичне забезпечення ґрунтувалося на комплексному використанні методів, які дозволили отримати ключові теоретичні результати. Зокрема, абстрактно-логічний метод, що включав прийоми аналогії, зіставлення, індукції й дедукції, був використаний для формування загальних висновків та висновків до окремих розділів роботи.

Під час аналізу сучасного стану механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України застосовано статистичний метод, за допомогою якого оцінювалася ефективність функціонування механізмів надання медичних послуг населенню, організаційних механізмів державного регулювання розвитку системи охорони

здоров'я, а також нормативно-правових механізмів формування й реалізації державного регулятивного потенціалу у сфері охорони здоров'я. Методи аналізу та синтезу забезпечили отримання основних евристичних результатів дослідження, тоді як монографічний метод сприяв виявленню напрямів модернізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Метод порівняння дав можливість здійснити критичне осмислення методологічних підходів, концепцій, модельних розробок і рекомендацій провідних учених щодо специфіки механізмів державного регулювання національних систем охорони здоров'я. Системно-аналітичний метод використовувався для опрацювання законодавчих актів та інших нормативних документів, що регулюють функціонування системи охорони здоров'я України. У взаємодоповнюваності всі зазначені методи дозволили всебічно дослідити предмет і забезпечили комплексність отриманих результатів.

Інформаційну основу дослідження сформували наукові праці українських і зарубіжних дослідників, чинне законодавство України, укази Президента України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, статистичні дані Державної служби статистики України та Міністерства охорони здоров'я України, а також монографії, наукові статті та результати власних напрацювань автора.

Практична цінність отриманих результатів полягає у їх спрямованості на підвищення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Основні положення, висновки та ідеї дослідження були трансформовані у конкретні методики, рекомендації та пропозиції (зокрема, на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»). Результати роботи можуть бути використані у діяльності органів державного управління, органів місцевої влади та місцевого самоврядування, підприємств і громадських організацій для вдосконалення механізмів регулювання та реалізації інноваційних процесів у галузі охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

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

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

У багатьох економічно розвинених країнах світу нововведення розглядаються як один із ключових інструментів соціально-економічної трансформації, що потребує глибокого і системного вивчення. Інноватика як наукова галузь належить до порівняно нових напрямів досліджень; нині триває її активне науково-предметне становлення, початок якого дослідники пов'язують із початком ХХ ст. На відміну від стихійних і спонтанних суспільних змін, інноватика фокусується на закономірностях і механізмах раціональних, усвідомлено керованих змін, що здійснюються на основі проектно-вольових дій.

Інновації виступають динамічною і визначальною рушійною силою економічного розвитку. Вони забезпечують удосконалення виробництва, змінюють процеси обігу, сприяють формуванню нових або якісно покращених продуктів, технологій і результатів діяльності. Разом із тим стрімке зростання темпів життєдіяльності людства супроводжується низкою негативних наслідків, що зумовлює потребу у розвитку нових напрямів досліджень у галузях психології, соціальної медицини, охорони праці з метою мінімізації впливу несприятливих факторів.

Формування інноваційної теорії відбувалося під впливом потреби вирішення глобальних проблем циклічного суспільного розвитку, детермінованих факторами науково-технічної революції та економічними кризами ХХ ст. Вагомим підґрунтям інноваційних концепцій стали ідеї М. Г. Кондратьєва про довгі цикли, у межах яких нововведення постають рушійними силами соціального й економічного розвитку [3].

Надзвичайно важливий внесок у становлення сучасної теорії інновацій було зроблено Й. Шумпетером. У 30-ті рр. ХХ ст. він сформулював власну теорію економічного розвитку, у якій інновації розглядаються як базовий рушійний чинник економічного прогресу [4].

У сучасній науковій літературі функціонує значна кількість визначень інноватики. Так, А. Л. Маршак трактує інноватику як «сферу соціальної діяльності, спрямовану на ініціювання та впровадження нововведень» [7, с.160]. На думку А. А. Радугіна, інноватика — це «наука про цілеспрямовані зміни, нововведення» [5, с. 76], тоді як А. І. Прігожин визначає її як «науку про керований розвиток», а предмет інноватики — як «створення, освоєння і поширення різного типу нововведень» [6, с. 34].

Нижче наведено низку класичних дефініцій інновацій, які концентрують увагу на їхніх характерних властивостях:

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

Важливі наукові підходи до класифікації інновацій викладено у «Керівництві Осло», яке містить рекомендації щодо збору та інтерпретації даних про інновації в міжнародно порівнюваному форматі та призначене для аналізу інноваційних процесів у країнах — членах Організації економічного співробітництва та розвитку. У документі визначено чотири основні види інновацій:

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

Організаційна інновація визначається як реалізація нових методів організації робочих місць або зовнішніх взаємозв'язків підприємства з метою

підвищення задоволеності працівників. Маркетингова інновація полягає у впровадженні нового ефективного методу, що передбачає суттєві зміни в упаковці, дизайні, презентації товарів, у способах транспортування, складування, просування на ринок і формування цінової стратегії. Продуктова інновація стосується створення або запровадження принципово нових чи суттєво вдосконалених товарів і послуг. Процесна інновація означає упровадження технологічно вдосконалених методів надання послуг [11, с. 57–64]. У межах цього дослідження основна увага зосереджена саме на процесних інноваціях.

Інновації у сфері охорони здоров'я класифікуються за низкою ознак.

1. За галузями діяльності:

- лікувальні — спрямовані на забезпечення лікувального процесу;
- управлінські — пов'язані з менеджментом у системі охорони здоров'я.

2. За характером внесених змін:

- комбінаторні — що поєднують відповідні елементи;
- радикальні — які ґрунтуються на принципово нових комплексах дій;
- модифіковані — орієнтовані на доповнення та удосконалення існуючих форм і зразків.

3. За масштабом використання:

- одиничні — впроваджені одноразово;
- дифузні — такі, що повторюються.

4. За масштабом внесених змін:

- модульні — охоплюють взаємопов'язані групи локальних інновацій;
- системні — базуються на повній реконструкції системи як цілісного утворення.

5. За терміном дії: короткострокові та довготривалі.

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

7. За галуззю реалізації:

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

8. За функціональними можливостями:

- нововведення-умови — забезпечують ефективність процесу охорони здоров'я;
- нововведення-продукти — медична техніка, обладнання тощо;
- організаційно-управлінські нововведення — нові рішення в управлінських процедурах.

9. За рівнем інноваційності (інтенсивністю змін):

- інновації нульового порядку — спрямовані на відтворення первинних властивостей традиційної системи;
- інновації першого порядку — кількісні зміни за незмінної якості системи;
- інновації другого порядку — перегрупування елементів та організаційні зміни;
- інновації третього порядку — адаптаційні зміни в межах існуючої моделі;
- інновації четвертого порядку — нові варіанти рішень, що забезпечують розширення функціональних можливостей окремих компонентів;
- інновації п'ятого порядку — спрямовані на формування системи «нового покоління»;
- інновації шостого порядку — створення систем «нового виду» зі збереженням системоутворюючих принципів;
- інновації сьомого порядку — докорінна зміна самої сутності системи та її функціонального принципу.

10. За логікою та обґрунтованістю впровадження:

- випадкові — привнесені ззовні, такі, що не впливають із логіки розвитку системи та, як правило, є неуспішними;
- системні — визначені проблемним полем, мають чітко окреслені цілі й завдання.

Вітчизняні науковці Ю. С. Ціомашко та І. В. Станкевич, аналізуючи різні термінологічні підходи до трактування поняття «інновація», підкреслюють, що залежно від специфіки об'єкта та предмета наукового дослідження інновації можуть інтерпретуватися з позицій чотирьох базових підходів: як процес, як система, як зміна та як результат. Водночас дослідники акцентують увагу на доцільності виокремлення ще одного, п'ятого підходу — «інновації як об'єкт» [12].

Інноваційна діяльність розглядається як системна категорія, що охоплює комплексні заходи, спрямовані на забезпечення реалізації процесів інновацій у системі охорони здоров'я. На думку Ю. С. Ціомашко та І. В. Станкевича, «трактування інновацій як результату інноваційної діяльності передбачає у собі будь-які результати наукової праці: як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів» [12]. Функціональні характеристики інноваційної діяльності у системі охорони здоров'я передбачають суттєве оновлення її основних компонентів — змісту, форм, методів, технологій, засобів, управлінських процесів тощо.

Процеси інноваційного розвитку системи охорони здоров'я можуть відбуватися за двома шляхами. Перший — інтенсивний — передбачає використання наявних ресурсів самої системи. Другий — екстенсивний — базується на залученні додаткових інвестиційних, технологічних та матеріальних ресурсів, зокрема нового обладнання чи капітальних вкладень. Найбільш ефективним вбачають раціональне поєднання цих двох шляхів, що дає можливість будувати власну модель розвитку системи охорони здоров'я та забезпечувати інтеграційні процеси галузі відповідно до сучасних вимог.

Американський дослідник Л. Бернс, відомий фахівець у галузі менеджменту та професор систем управління охороною здоров'я, відзначає певні тенденції у фінансуванні інновацій медичних технологій. Він зазначає: «Раніше в США існував Центр Технологічного Фінансування, який підтримувався державою. Зараз цей центр більше не існує. Інновації в сфері медичних технологій на даний момент фінансуються на місцевому рівні. Вони підтримуються страховими компаніями, а також тими медичними установами,

які в майбутньому планують використовувати ці технології. На разі бачимо дуже фрагментарний і децентралізований процес» [13].

Для забезпечення результативного впровадження інновацій у систему охорони здоров'я важливим є дотримання послідовності основних етапів їх розроблення та реалізації:

1. Діагностування стану системи охорони здоров'я, що підлягає реформуванню, з визначенням реальної потреби у нововведеннях.
2. Оцінка якості функціонування системи, що дозволяє визначити необхідний інструментарій інноваційного реформування. На цьому етапі всебічно аналізуються всі складові системи, щоб ідентифікувати елементи, які є неефективними, застарілими або нераціональними.
3. Вивчення перспективних організаційних та управлінських рішень, що мають випереджальний характер і можуть бути використані як основа для моделювання нововведень.
4. Комплексний аналіз наукових досліджень, у яких містяться результати рішень щодо актуальних проблем функціонування системи охорони здоров'я.
5. Розроблення якісно нової моделі функціонування системи охорони здоров'я, включно з проєктуванням інноваційних рішень, які мають чітко визначені властивості та спрямовані на оптимізацію управлінських та організаційних процесів, що відрізняють їх від наявних традиційних підходів.
6. Виконавська інтеграція реформи, що передбачає конкретизацію завдань, визначення відповідальних осіб, засобів реалізації, а також форм і механізмів контролю.
7. Оцінка значущості та ефективності впровадженого нововведення в реальну практичну діяльність.
8. Побудова та моделювання алгоритму впровадження інновацій, що включає аналіз наукових даних, формування експериментальної програми, здійснення моніторингу результатів, внесення коректив та проведення підсумкового контролю.

9. Оновлення професійного понятійного апарату, що передбачає перегляд попереднього словника та запровадження нових термінів.
10. Дотримання принципу виправданості та доцільності інноваційної моделі, що включає захист системи від псевдоноваторських рішень.

Дослідження складних гетерогенних соціально-економічних систем у процесі управління дозволяє виявити внутрішні механізми координації та субординації між елементами системи та її цілісною структурою. Розуміння цих механізмів є ключовим для формування інноваційної моделі організаційного управління, здатної адаптуватися до швидких технологічних, економічних та структурних змін. Одним з найбільш важливих завдань сучасного менеджменту є створення таких умов, що забезпечували б здатність гетерогенної соціально-економічної системи до самотрансформації у процесі формування мережі мультиорганізаційних центрів прийняття рішень.

Відомий український державний діяч В. М. Литвин, аналізуючи необхідність удосконалення інноваційної політики з метою підвищення ефективності використання наукового потенціалу у сфері охорони здоров'я, окреслює ключові напрями цього процесу. Він наголошує: «Оптимізація і реструктуризація мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ; посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень; забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм; запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоспроможних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру; планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів» [14].

Дослідник у сфері державного управління Д. В. Карамішев формулює критерії ефективності державної політики у галузі охорони здоров'я. На його

думку, «показниками ефективності державної політики галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб кожної людини та суспільства загалом в охороні здоров'я й медичній допомозі» [15, с. 79].

Процес інноваційних перетворень у системі охорони здоров'я варто розглядати як системні та регулярні нововведення, що впроваджуються в управління гетерогенними соціально-економічними системами. Ці перетворення формуються під впливом сучасних суспільних тенденцій та спрямовані на створення умов для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Сутність системних інноваційних трансформацій полягає у здатності поєднати інноваційність з наступністю напрацьованих рішень, формуючи гнучкий і скоординований процес управління, який забезпечує цілісну та успішну модернізацію галузі.

В умовах глобалізації подібний підхід дозволяє розглядати гетерогенну соціально-економічну систему як динамічний і стратегічно спроектований організаційний комплекс, що функціонує на принципах інтеграції, координації та децентралізації при реалізації інноваційних проєктів. Історичний аналіз свідчить про те, що регламентація медичної практики існувала ще у найдавніших цивілізаціях. Так, у Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) передбачалося, що хірург, який рятує життя пацієнтові, отримує 10 шекелів срібла, а в разі завдання шкоди пацієнтові його карають відсіченням руки [16, с. 172]. Подібні принципи простежувалися і в Стародавній Індії, де згідно зі Зводом законів Ману (X–V ст. до н.е.) лікар ніс матеріальну відповідальність за невдале лікування.

Первинна модель системи охорони здоров'я формувалася в умовах елементарних товарно-грошових відносин між лікарем і пацієнтом. Однак зі зростанням складності суспільного життя, зміною економічних умов та ускладненням природи захворювань зростала й потреба у впорядкованій медичній допомозі та у відповідних економічних механізмах її регулювання. Нерегульована медична допомога зазнавала негативного впливу макроекономічних чинників — воєн, економічних спадів, безробіття, зміни

соціальних норм і моральних орієнтирів населення. Усе це спричиняло спалахи епідемій, зростання рівня смертності, а також формувало загальну медико-демографічну нестабільність.

На цьому тлі нерегульовані ринкові відносини в охороні здоров'я ставали дедалі більш загрозливими: значна частина населення втрачала доступ до медичної допомоги, адекватної стану свого здоров'я. Саме у таких умовах поступово виникла ідея створення громадських грошових фондів та лікарняних кас взаємодопомоги. Люди, об'єднані за певною ознакою (місцем проживання, професією, родом діяльності), робили невеликі внески, призначені для покриття витрат на лікування — так формувалися перші моделі медичного страхування. Вперше обов'язкове медичне страхування було законодавчо запроваджено у Пруссії у 1845 р.

Розвиток економічних засад охорони здоров'я не оминула й Російську імперію, територія якої відзначалася складними природно-кліматичними умовами, низькою густотою населення, слабкою інфраструктурою, аграрними ризиками та демографічною напруженістю. Історичний шлях країни, позначений частими війнами та внутрішніми конфліктами, істотно впливав на специфіку становлення медичної системи. Уже в дореволюційній Росії сформувався інтерес до економічних аспектів охорони здоров'я, зокрема до проблем санітарно-демографічного розвитку та боротьби з епідеміями, включаючи малярію.

Історично у світі сформувалися й продовжують існувати кілька підходів до забезпечення населення медичними послугами. Перший із них — ринковий, відповідно до якого медичні послуги купуються залежно від соціально-економічного становища конкретної особи. Другий підхід ґрунтується на принципах благодійності та передбачає виокремлення певних груп населення, що перебувають у найбільш уразливому становищі, яким і надається державна або приватна підтримка. Третій підхід базується на громадських перерозподільних механізмах, котрі забезпечують загальне право на охорону здоров'я відповідно до потреб у медичній допомозі. У цьому варіанті система може функціонувати у двох формах: як обов'язкове медичне страхування, що

передбачає фінансування через страхові внески, або як державна система охорони здоров'я, що фінансується за рахунок бюджетів різних рівнів.

Разом із тим існують й інші історичні класифікації систем охорони здоров'я, що ґрунтуються на різних критеріях — ступені централізації ресурсів, джерелах фінансування чи специфіці регуляторних механізмів.

Модель Бевериджа (державна система охорони здоров'я)

Державна система охорони здоров'я, відома як «система Бевериджа», отримала свою назву на честь лорда Бевериджа — британського політичного діяча, який здійснив реформу, що сприяла становленню національної медичної служби Великої Британії. Ключовою ознакою цієї моделі є гарантування державою загального права на охорону здоров'я. Медичні послуги оплачуються з податкових надходжень, а лікарі в Англії, Північній Ірландії, Шотландії та Уельсі працюють не як приватні підприємці, а як наймані працівники державного сектору, конкуруючи між собою за рахунок державних механізмів. Оплата їхньої праці залежить від кількості наданих послуг та кваліфікаційного рівня.

Перевагами моделі Бевериджа є одноканальність та простота фінансування, а також масова доступність медичних послуг. Країни, які дотримуються цієї моделі (Велика Британія, Канада, Італія, Іспанія, Норвегія, Данія, Португалія), демонструють порівняно низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення. У Гонконзі формується специфічна інтегрована модель, що базується на запозиченні найефективніших елементів системи Бевериджа, причому населення підтримує збереження державної системи охорони здоров'я.

Основні характеристики моделі Бевериджа:

- централізоване та регіональне планування;
- фінансування через пряме оподаткування;
- управління, яке здійснюється професійними працівниками галузі;
- контроль якості медичних послуг з боку фахівців та державних органів;
- ощадливе використання ресурсів;
- невисокий рівень оплати праці медичних працівників;

- низькі адміністративні витрати.

Сучасні проблеми системи Бевериджа:

- недостатня кількість стимулів для підвищення ефективності;
- обмежена матеріально-технічна база внаслідок фінансування за залишковим принципом;
- обмежені можливості вибору для пацієнтів; наявність черг як механізму регулювання попиту та індикатора недофінансування;
- нерівномірний розподіл ресурсів між територіями;
- централізація, що не враховує місцевих потреб;
- низький статус первинної ланки.

Модель Бісмарка

«Система Бісмарка» базується на принципі державного регулювання ринкових відносин у сфері охорони здоров'я. Створена Отто фон Бісмарком у XIX ст. як елемент «держави загального добробуту», вона передбачає обов'язкове медичне страхування громадян. Страхові компанії — лікарняні каси — виступають інформаційними та фінансовими посередниками, проте не отримують прибутку, спрямовуючи кошти виключно на підвищення якості медичних послуг.

У межах цієї моделі лікар виконує роль підприємця, а медичні заклади переважно функціонують як приватні установи. Законодавство зобов'язує працедавців оплачувати медичні послуги своїх працівників через лікарняні каси. За десятиліття існування модель сформувала масштабний адміністративний апарат, необхідний для проведення складних розрахунків між страховиками та медичними установами, що водночас є одним із її недоліків.

Принципи Бісмарка спираються на соціальну справедливість, суспільну солідарність та рівність у доступі до якісної медицини. Модель ефективно функціонує у Німеччині, Бельгії, Франції, Японії, Швейцарії.

Основні характеристики моделі Бісмарка:

- децентралізоване фінансування з наявністю універсального посередника;
- свобода вибору страховика;
- конкуренція між страховими фондами;

- високий рівень контролю якості з боку страховиків;
- економне використання ресурсів;
- чіткий розподіл функцій між державою, страховиками та виробниками медичних послуг;
- розвиток сервісної складової.

Сучасні проблеми моделі:

- «відбір ризиків», що потребує додаткових механізмів перерозподілу;
- підвищена бюрократизація порівняно зі системою Бевериджа;
- складність довгострокового планування;
- високі адміністративні витрати.

Приватна (недержавна) система охорони здоров'я

Основні характеристики приватної моделі:

- широкий вибір послуг відповідно до потреб і побажань клієнта;
- відсутність черговості;
- можливість звернення безпосередньо до вузького спеціаліста;
- увага до деонтологічних норм та високих стандартів обслуговування.

Проблеми приватної системи:

- висока вартість медичної допомоги;
- недоступність для малозабезпечених верств, що створює соціальну напругу;
- значна роль судових механізмів регулювання якості;
- нерівномірний територіальний розподіл медичних служб;
- низька ресурсна ефективність, компенсована високою вартістю послуг.

На практиці більшість країн використовують змішані моделі, поєднуючи елементи різних систем.

Система охорони здоров'я як складна соціально-економічна структура

Структурна побудова системи охорони здоров'я являє собою сукупність численних організацій різного масштабу та функціонального призначення, взаємопов'язаних широким спектром суспільних відносин — політичних, економічних, соціальних, трудових, морально-етичних тощо. Системний процес організаційної діяльності виступає важливою складовою управління, а

вагомі важелі регулювання належать державному управлінню, яке формує та реалізує обґрунтовані менеджерські рішення.

Ефективні управлінські рішення впливають на економічні, соціальні та технологічні процеси галузі. Процес управління системою охорони здоров'я включає три основні форми реалізації:

- адміністративну, що передбачає розробку політики — системи цілей, завдань і способів їх досягнення;
- економічну, яка визначає матеріально-фінансові ресурси, мотиваційні інструменти та фінансові результати;
- оперативну, спрямовану на технологічну та технічну організацію діяльності.

Управління здійснюється на всіх рівнях — від окремих клінічних процедур і встановлення вартості лікування конкретного пацієнта до планування діяльності лікувально-профілактичних закладів і регіональних систем охорони здоров'я. Система управління представлена сукупністю законів, функцій, цілей, структур, методів та процесів.

Вітчизняна система охорони здоров'я, як і зарубіжні, функціонує в умовах значних обмежень. Органи управління змушені стратегічно визначати пріоритетні напрями розвитку, виходячи з обмеженості ресурсів. Основним завданням стає раціональне використання фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів у ситуації конкуренції за доступ до них.

Розвиток галузі передбачає чітке визначення структури, обсягів і потреб населення в медичних послугах. Необхідним є створення уніфікованої системи категорій і критеріїв управління, що лежать в основі економічних підходів до реформування та дозволяють визначити вартість медичних послуг і обсяги фінансових ресурсів, потрібних для функціонування галузі відповідно до стандартів і технологій.

Система охорони здоров'я, як складна економічна структура, включає низку взаємопов'язаних компонентів: структуру, функції, механізм, кадровий склад управління. Ефективність її розвитку безпосередньо залежить від механізмів управління, що трансформуються під впливом людського фактора й

охоплюють методи, функції, стимули, форми й важелі регулювання. Управлінські механізми мають забезпечувати узгодженість підсистем і збалансованість управлінських рішень. Загалом вони включають медико-технологічний, організаційно-управлінський та економічний механізми.

Сфера охорони здоров'я є специфічною, а тому управлінські функції мають особливий характер і спрямовані на здійснення цілеспрямованого впливу на взаємовідносини між людьми та процес надання допомоги. У сучасних ринкових умовах ключовими функціями управління стають економічне прогнозування, організація діяльності, координація, мотивація, регулювання, стимулювання та системний контроль. Водночас нині на практиці найчастіше застосовуються такі функції, як планування, організація, регулювання, навчання та контроль.

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

Професійну спроможність індивіда насамперед визначає стан його здоров'я. Здорове населення виступає ключовим чинником соціально-економічного розвитку держави. У взаємозв'язку здоров'я та економіки можна виокремити такі основні напрями:

- здорові люди є більш продуктивними та роблять вагомий внесок у розвиток економіки й суспільства;
- чим вищий рівень розвитку економіки, тим значніший її внесок у забезпечення здоров'я та підвищення якості життя населення через поліпшення соціального середовища за умови контролю рівня нерівності; більш здорове населення потребує менших витрат на охорону здоров'я;
- якісні медичні послуги безпосередньо сприяють покращенню стану здоров'я населення;
- ефективно функціонуюча економіка формує ширші можливості для збільшення обсягів фінансування системи охорони здоров'я [18, с. 6].

Сучасні наукові дослідження категорії «здоров'я» пропонують різні концептуальні підходи до пояснення ставлення до цього феномена як з боку

окремої людини, так і з боку суспільства. Так, А. І. Вялков і Б. А. Райзберг визначають здоров'я як своєрідну власність людини, що полягає в тому, що воно їй належить, а отже, індивід ним володіє, користується і розпоряджається. Людина отримує здоров'я природним шляхом — у повноцінному вигляді або з певними вадами. При цьому здоров'я як власність стає об'єктом охорони здоров'я лише тоді, коли виникає потреба у наданні медичної допомоги [19, с. 27].

На думку В. А. Гройсмана і Г. П. Котельникова, відтворення здоров'я відображає процес народження здорового покоління, основу якого формує повноцінний генетичний набір та спадкові чинники. Збереження здоров'я при цьому є вже не суто біологічною проблемою: воно безпосередньо пов'язане з рівнем, способом і якістю життя окремої людини та населення країни в цілому. «Виробництво» здоров'я, його поліпшення, що забезпечується діяльністю медичних установ, а також доступність медичної допомоги, її обсяги і якість потребують посилення ресурсних можливостей системи охорони здоров'я. Сутність здоров'я, за цим підходом, полягає і в тому, що будь-яка його втрата неминуче зумовлює додаткові витрати на відновлення. Відповідно, економічна оцінка здоров'я здійснюється з позицій шкоди, якої може зазнати суспільство внаслідок його погіршення. Здоров'я розглядається як ресурс працездатності не лише окремої особи, а й населення країни загалом [20, с. 24, 48].

Аналізуючи поняття «здоров'я» як методологічну основу практики оздоровлення організму людини, вітчизняний дослідник О. І. Міхеєнко доходить висновку: «Здоров'я – динамічний стан життєдіяльності людини, який визначається: здатністю організму до саморегуляції, самовідновлення, підтримання гомеостазу, самозбереження та самовдосконалення соматичного і психічного статусу за оптимальної та гармонійної взаємодії всіх клітин, органів і систем фізичного тіла; адекватним і гармонійним інформаційним, енергетичним, речовинним обміном між організмом людини і природою (довкіллям), між людиною і суспільством; можливостями резервно-компенсаторних механізмів; рівнем виконання біологічних та соціальних функцій» [21, с. 45].

У межах дослідження людського потенціалу економіки І. В. Соболева трактує його насамперед як накопичений населенням запас фізичного та морального здоров'я. Довге здорове життя вона визначає як базову потребу, пов'язуючи можливість її задоволення не лише з зовнішніми умовами та рівнем доходів, а й із внутрішніми ресурсами людини, накопиченим людським капіталом. З відтворювальної точки зору задоволення потреб дедалі більшою мірою означає не стільки просте відновлення робочої сили (компенсацію витраченої фізичної та нервової енергії), скільки розвиток людського потенціалу й накопичення нематеріального багатства, утіленого в людині. На відміну від «об'єктивної» компоненти нематеріального багатства (знань, інформації), що фіксується на матеріальних носіях, людський потенціал виступає живим носієм цих ресурсів. На думку І. В. Соболевої, зростання частки витрат на охорону здоров'я у структурі витрат на відтворення працівника та інвестиційної складової, необхідної для вдосконалення робочої сили, безпосередньо пов'язане з посиленням вимог до якісних характеристик людини як виробника [22, с. 3, 12, 38, 39].

Досліджуючи здоров'я зайнятого населення, І. Б. Назарова систематизує можливі підходи до вивчення категорії «здоров'я» з позицій теорії капіталу, теорії соціального статусу, теорії нерівності та соціальної справедливості [23, с. 12–56]. Звернення до теорії капіталу дає можливість аналізувати здоров'я крізь призму людського та соціального капіталу, враховуючи можливість їх взаємної конвертації. Г. Беккер визначає здоров'я індивіда (фізичне і психологічне) як складову людського капіталу, тобто специфічного ресурсу [24, с. 56–57]. Інший підхід пропонує В. В. Радаєв, який розглядає фізичний капітал як самостійну форму, інкорпорованим станом якої є здатність до праці [25, с. 20–22].

Соціальний капітал у підтриманні фізичного ресурсу — здоров'я — може розглядатися як система мереж соціальних зв'язків та підтримки (родинних, дружніх, адміністративних тощо), що забезпечують доступ до ресурсів, необхідних для збереження життя і здоров'я людини. Таким чином, соціальний капітал виступає інституційним аспектом процесу відтворення здоров'я населення.

Теорія соціального статусу дозволяє аналізувати здоров'я залежно від позиції індивіда чи групи в соціальній ієрархії. Стратифікаційний підхід виходить із того, що соціальна структура, визначаючи позиції (зайнятість, рівень освіти), а також соціальні ролі (подружжя, батьківство), суттєво впливає на стан здоров'я та благополуччя, зумовлюючи відмінності між різними групами, зокрема за статтю. Категорія соціально-економічного статусу, до складу якої входять рівень доходу та освіти, розглядається як одна з ключових причин відмінностей у рівнях здоров'я між соціальними групами.

У межах концепції споживання медичні послуги трактуються водночас як інвестиції в людський капітал і як об'єкт споживання. Очевидно, що своєчасна і якісна медична допомога дозволяє зберегти чи відновити здоров'я, тим самим підвищуючи людський капітал.

Теорії нерівності та соціальної справедливості пов'язують рівень здоров'я населення з доступом до адекватних умов життя, коли можливості індивіда обумовлюються ступенем соціальної справедливості та масштабами нерівності. До ключових «заданих» змінних, що впливають на траєкторію життя людини від народження, відносять дохід і рівень освіти батьків, місце проживання (місто/село), стать і расову приналежність. В умовах недосконалості ринкових механізмів нерівність у володінні ресурсами та впливі трансформується в нерівність можливостей, що перешкоджає повному використанню продуктивного потенціалу суспільства і зумовлює неефективний розподіл ресурсів.

Концепція нерівності в здоров'ї пов'язана з різним доступом до благ: медичної допомоги, безпечних умов праці, екологічно чистих продуктів. Аналіз досліджень, присвячених зв'язку смертності з соціально-економічними та поведінковими чинниками, свідчить, що структура цих факторів і стан здоров'я найбільшою мірою корелюють із двома показниками: способом життя та рівнем організації охорони здоров'я.

Теорії способу життя виходять із визначального впливу його складових на стан здоров'я індивіда. Формування способу життя відбувається під впливом як об'єктивних (економічні, політичні, соціальні умови), так і суб'єктивних

факторів. Найбільш змістовне визначення способу життя, на думку дослідників, подає Р. Ривкіна, розглядаючи його як сукупність взаємопов'язаних видів соціальної активності. До головних складових способу життя належать: 1) різні види економічної, насамперед трудової, діяльності; 2) комплекс занять у сфері домашнього господарства; 3) участь у системі освіти; 4) форми проведення вільного часу; 5) способи підтримки здоров'я; 6) участь у політичному житті країни; 7) трудова і територіальна мобільність; 8) прояви девіантної поведінки, соціальні хвороби [26, с. 32–39].

Самозберігаюча поведінка визначається системою ціннісних пріоритетів людини. До складових ідеальної моделі самозберігаючої поведінки зайнятих І. Б. Назарова відносить: 1) ведення здорового способу життя; 2) здійснення профілактичних заходів та лікування захворювань під наглядом медичного працівника; 3) забезпечення безпечних умов життя за можливості вибору або мінімізації негативних впливів; 4) трудову діяльність у нормальних умовах, за можливості вибору робочого місця, або мінімізацію шкідливих факторів праці за відсутності такого вибору [26, с. 32–39].

У межах концепції якості життя категорія «здоров'я» посідає місце одного з ключових індикаторів. Концептуальна модель взаємодії поведінки, статусу та якості життя пов'язує практику збереження здоров'я, фактичний рівень здоров'я (фізичний стан) і суб'єктивне сприйняття якості життя (сфера праці та позаробочий час).

Аналізуючи соціально-трудоий потенціал, його сутність, структуру та фактори зростання, О. І. Меншикова визначає здоров'я як першочерговий компонент соціально-трудоого потенціалу [27, с. 22]. Виокремлюючи як об'єкти аналізу людину, підприємство та суспільство, вона пропонує такі показники: для індивіда — працездатність, час відсутності на роботі через хворобу; для підприємства — втрати робочого часу внаслідок захворювань і травм, витрати на підтримання здоров'я персоналу; для суспільства — середня тривалість життя, витрати на охорону здоров'я, рівень смертності [28, с. 248].

Несприятливі тенденції розвитку сучасної України — старіння населення, нерегульовані міграційні процеси, деградація сім'ї як соціального

інституту — формують вкрай несприятливі умови для відтворення здоров'я людських ресурсів, що зумовлює трансформацію структури демографічного простору країни. За таких об'єктивних умов суспільство не може розраховувати на стабільне щорічне зростання чисельності зайнятих у суспільному виробництві, а навпаки — змушене враховувати тенденцію до скорочення чисельності працездатного населення.

Підвищення кваліфікації та професіоналізму трудових ресурсів, що є важливим стратегічним завданням збереження статусу країни як економічно розвиненої, може бути забезпечене переважно за рахунок зростання продуктивності праці. У цих умовах об'єктивно виникає потреба в капіталізації людського потенціалу та інвестуванні в здоров'я як ключовий актив людського капіталу. Відтак проблема відтворення здоров'я робочої сили набуває особливої актуальності.

Підтримання здоров'я, фізичних і розумових здібностей людини, підвищення професійно-кваліфікаційного та освітнього рівня, безперервне оновлення компетенцій становлять основу відтворення робочої сили як важливого елемента суспільного способу виробництва. Поняття «відтворення здоров'я робочої сили» може використовуватися в абсолютному та відносному вимірах. В абсолютному значенні йдеться про відтворення населення, що є предметом демографії й відображає міць держави та процес самозбереження населення з урахуванням його чисельності. У відносному значенні поняття стосується рівня цивілізаційного розвитку суспільств та їхньої соціальної якості.

Усі види відтворення здоров'я є важливими, однак абсолютний людський потенціал репрезентує латентну силу країни у світовому співтоваристві, тоді як відносний потенціал характеризує її динамізм, сучасність та здатність до прискореного розвитку. Оскільки вирішальний вплив на виживання і стабільний розвиток суспільств і держав має якісна складова цього феномена, наукова увага дедалі більше зосереджується саме на ній [29, с. 5–16].

Ще антична філософія IV–III ст. до н.е. у працях Аристотеля, Сократа, Платона, формулюючи теоретичні засади державного устрою, акцентувала

увагу на проблемі раціонального відтворення населення. Платон у творі «Держава» підкреслював, що здатні й здорові громадяни становлять основу розвитку держави [30, с. 97].

Питання «регулювання народонаселення» Платон розгортає у діалозі «Закони», де пропонує поділити всю земельну площу держави на 5040 рівноцінних ділянок довічного користування [31, с. 89]. Проблема надлишкового населення, за його підходом, розв'язується шляхом еміграції частини громадян, а ті, що залишаються, мають «уписатися» в кількість земельних ділянок. Натомість недостатній приріст населення, на думку філософа, має регулюватися на рівні законодавства, зокрема через систему стимулів і заохочень до народжуваності.

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

До нашого часу збереглася праця Корнелія Цельса (I ст. до н.е. – I ст. н.е.) «Медицина», яка містить важливі відомості для рабовласників, змушених утримувати великі валетудінарії (прототипи сучасних лікувальних закладів) для хворих рабів і лікувати їх раціональними й доступними методами. Валетудінарії почали створюватися тоді, коли раби стали досить дорогою робочою силою і їх лікування набуло економічної доцільності [33, с. 82–83].

Подальший розвиток людської цивілізації та прогресивне економічне зростання пов'язуються з необхідністю переосмислення цінності людської праці та гідності людини. В умовах натурального господарства витрати на виховання дітей є відносно невеликими, а додаткова робоча сила у господарстві — затребуваною. Феодали, чия могутність значною мірою визначалася чисельністю підданих, також були зацікавлені у збільшенні населення.

Християнська церква підтримувала високий рівень народжуваності, заохочуючи одношлюбність і засуджуючи практики регулювання дітонародження.

Саме в цей період формується політика зростання чисельності здорового населення, спрямована на компенсацію втрат від епідемій. Уже у XII ст. у Франції процес народжуваності частково регулюється шляхом податкових пільг. Ідеї необхідності збільшення чисельності працездатного населення простежуються в працях Нікколо Макіавеллі та Фоми Аквінського. Останній вважав, що багатство суспільства зростає зі збільшенням числа фізично працездатних осіб [34, с. 161]. Томас Мор в «Утопії» висловлюється на користь збільшення населення, підтримки максимальної чисельності міст, раціонального розселення, регламентації шлюбів і розмірів сім'ї [35, с. 237].

У період розпаду феодалізму й формування капіталістичних відносин одним із ключових напрямів подальшого зростання чисельності здорового населення стає меркантилізм, що наголошував на значенні демографічного ресурсу як джерела економічної могутності держави.

С. М. Булгаков підкреслює, що розвиток багатостороннього господарства органічно пов'язаний зі зростанням населення: з одного боку, зростання чисельності населення породжує економічне зростання, а з іншого — само обумовлюється цим зростанням [36, с. 238]. Представники школи фізіократів встановлюють тісний взаємозв'язок між чисельністю населення та засобами його існування, наголошуючи на взаємній залежності цих величин. На думку Франсуа Кене, найкращим і єдиним засобом збільшення населення є розвиток продуктивної праці. Учений доходить висновку, що населення завжди прагнучим випередити досягнутий рівень розвитку продуктивних сил і, у цьому прагненні до зростання, наштовхується на бар'єр, визначений станом продуктивних сил [37, с. 183].

Англійська класична політична економія, поклавши в основу аналізу економічного життя працю як першопричину вартості, розглядає проблематику відтворення робочої сили у зв'язку із загальними закономірностями виробництва, зростанням капіталу та попитом на працю. Адам Сміт зазначав,

що убогість, голод і висока смертність могли б знищити робітничий клас, а відтак ці процеси поширилися б і на інші суспільні верстви, доки чисельність населення знову не досягла б такого рівня, за якого воно могло б якось існувати на доходи та капітали, що залишилися після розорення та загального лиха [38, с. 73].

Томас Мальтус у праці «Досвід про закон народонаселення» аналізує невідповідність між темпами зростання населення і темпами зростання засобів існування [39]. Він формулює «закон народонаселення» як фізичний закон, що підтримується, у разі порушення, дією низки насильницьких перешкод дуалістичного характеру.

Мальтус виокремлює два типи перешкод:

- **попереджувальні перешкоди**, пов'язані зі здатністю людини передбачати та оцінювати віддалені наслідки своїх дій. Саме завдяки цій здатності індивід може свідомо обмежувати народжуваність;
- **перешкоди, що руйнують здоров'я**, до яких він відносить причини, що скорочують природну тривалість життя: надмірну, тяжку або шкідливу працю, крайню бідність, погане харчування дітей, нездорові умови життя у великих містах, надмірності, хвороби, епідемії, війни, голод.

На підставі цього Т. Мальтус формулює три узагальнювальні висновки:

1. чисельність населення неминуче обмежується наявними засобами існування;
2. населення стабільно зростає всюди, де зростають засоби існування;
3. перешкоди, що стримують силу розмноження, повертають чисельність населення до рівня, який відповідає наявним засобам існування [39].

К. Маркс у праці «Капітал» детально розглядає процес відтворення робочої сили в конкретних історичних умовах капіталістичного способу виробництва [39]. Він виокремлює в структурі цієї економічної категорії дві складові — **мінову й споживчу вартість робочої сили** [40, с. 285]. Маркс виходить із того, що капіталізму притаманний особливий закон народонаселення та перенаселення: саме капітал, «то збільшуючись, то скорочуючись», по черзі «закликає» або «відкидає» робочу силу, формуючи

коливання попиту на працю. Через скорочення попиту виникає перенаселення, точніше — «надлишкове населення», яке не може знайти собі роботи [40, с. 397].

Критично оцінюючи теоретичну спадщину К. Маркса, С. М. Булгаков наголошує на неможливості сформулювати просту, універсальну формулу, яка б повністю описувала характер відтворення населення у різні історичні епохи. На його думку, ці співвідношення можуть змінюватися у найрізноманітніших і навіть протилежних напрямках, і тому однаково реальними є як ситуації перенаселення, так і недонаселення [36, с. 319].

Теорія відтворення робочої сили, запропонована К. Марксом, є творчим розвитком концепцій А. Сміта, Д. Рікардо та інших представників класичної політичної економії. Подібно до класиків, Маркс розглядає людину як «основний капітал», підкреслюючи надзвичайно важливу роль освіти, виробничого досвіду та раціонального використання вільного часу в її розвитку й накопиченні [40, с. 403]. Виділення ним категорій необхідної і додаткової праці та відповідного продукту як ключових понять економічної теорії є методологічно значущим для аналізу простого і розширеного відтворення робочої сили як окремої людини, так і населення в цілому.

Слід зазначити, що школи економічної думки, які розглядали відтворення населення до постіндустріального періоду, фактично не виділяли здоров'я як чинник, що має визначальне значення для розвитку цього процесу. На наш погляд, подібний підхід пов'язаний із домінуванням у ті епохи тенденцій перенаселення. Удосконалення технологічних процесів під впливом науково-технічного прогресу, перехід суспільства до постіндустріальної фази розвитку висунули на перший план завдання переведення робочої сили на якісно новий рівень. Дефіцит висококваліфікованих кадрів, структурні зміни у складі робочої сили, а також необхідність подальшої інтенсифікації економічного зростання стали підґрунтям для виникнення й розвитку теорії людського капіталу.

У 50–90-х роках ХХ ст. теорія людського капіталу формується та розвивається у працях Т. Шульца, Г. Беккера, Б. Вейсброта, Дж. Мінцера, Л.

Туроу, М. Блауга, С. Боулса, Й. Бен-поре, Р. Лейарда, Г. Псахаропулоса, Ф. Уелча, Б. Чизвіка. Серед російських дослідників вагомий внесок у розвиток цієї теорії зробили В. С. Гойло, Р. І. Капелюшніков, А. І. Добринін, С. А. Дятлов, С. А. Курганський, В. А. Коннов, Є. Д. Циренов. На наш погляд, найбільш ґрунтовний аналіз генези теорії людського капіталу подано у працях А. І. Добриніна, С. А. Дятлова, С. А. Курганського [41, 42].

На думку А. І. Добриніна та С. А. Дятлова, людський капітал — це адекватна постіндустріальному стану суспільства епохи науково-технічної революції форма вираження (організації, функціонування та розвитку) продуктивних сил людини, що охоплюють її якості, властивості, здібності, функції та соціальні ролі. Ці характеристики інтегровані в систему соціально орієнтованої ринкової економіки як провідний елемент суспільного відтворення та вирішальний чинник економічного зростання [43, с. 14].

Відзначаючи високий динамізм процесів, що відбуваються у сучасному суспільстві внаслідок науково-технічної революції та інформаційно-комунікаційних змін, науковці характеризують таке суспільство як інформаційне, а сучасну систему суспільного відтворення — як інноваційне відтворення. В умовах інформаційного суспільства людина постає не лише як «економічна людина», що виконує сукупність економічних функцій і ролей, характерних для індустріальної ринкової економіки, а як багатовимірна особистість — вирішальний чинник розвитку та головний інформаційний ресурс суспільства. Головним носієм інформаційних ресурсів і джерел, поряд із речовими засобами накопичення, зберігання й обробки інформації, є людина, яка має високий рівень загальноосвітньої, наукової та спеціальної підготовки [43, с. 15–16].

Погоджуючись із обмеженістю та вичерпуваністю традиційних природних ресурсів і констатуючи перехід розвинених суспільств до якісно нового стану, слід водночас наголошувати на необхідності створення належних умов для життєдіяльності людини як носія трудового, продуктивного, інформаційного та інших видів ресурсів. У рамках концепції людських ресурсів людина розглядається як найцінніший, по суті невідновлюваний ресурс, який

визначається єдністю трьох ключових компонентів: трудової функції, включеності до системи соціальних зв'язків та володіння унікальними професійно-особистісними якостями, що дозволяють максимально продуктивно використовувати всі інші виробничі ресурси. На наш погляд, у межах цієї концепції серед зазначених компонентів необхідно виокремити компонент здоров'я як базовий, фундаментальний, що визначає потенційну можливість виконання індивідом трудових функцій, розвитку професійно-особистісних якостей і повноцінної участі в системі соціальних зв'язків.

Під людськими ресурсами розуміють сукупність якостей, які дозволяють людині здобувати життєві блага та досягати певних соціальних позицій. При цьому, серед різних характеристик, що формують поняття людських ресурсів, пріоритет традиційно надається здоров'ю.

Т. В. Чубарова розглядає здоров'я у двох вимірах: як елемент функції споживання і як інвестиційний об'єкт. З одного боку, люди отримують задоволення від того, що вони здорові, тобто здоров'я приносить пряму корисність. З іншого боку, як інвестиційний об'єкт, здоров'я є частиною людського капіталу, або ж «цінності людини» як елемента виробництва, що забезпечує їй можливість заробляти. Кращий стан здоров'я зменшує кількість днів непрацездатності, відповідно збільшуючи число днів, коли людина може займатися ринковою й неринковою діяльністю. Виробництво здоров'я впливає на корисність індивіда не лише через задоволення від доброго фізичного стану, а й через збільшення кількості «здорових днів» для праці, отримання доходу та використання вільного часу [18, с. 23].

Індивід не лише пред'являє попит на здоров'я, а й виступає його виробником. Він успадковує певний початковий запас здоров'я, який з часом амортизується, проте може підтримуватися та збільшуватися завдяки відповідним інвестиціям. При цьому важливо враховувати, що споживачеві потрібне не саме по собі медичне обслуговування, а кінцевий результат — здоров'я. Отже, попит на медичні послуги є похідним (опосередкованим) попитом на здоров'я. Виробництво здоров'я потребує також витрат часу індивіда, відволікаючи його як від ринкової, так і від неринкової діяльності.

Таким чином, людина не просто «купує» здоров'я, а активно бере участь у його створенні, комбінуючи різні ресурси відповідно до наявних знань та рівня технологічного розвитку [18, с. 11].

Як виробник і як споживач, людина водночас є складовою частиною трудових ресурсів, а здоров'я — ключовим параметром, що визначає ефективність її участі у виробничих та суспільних процесах.

На певному етапі суспільного розвитку в процесі виробництва трудові ресурси як економічна категорія починають відображати систему економічних відносин, що виникають у ході виробництва, перерозподілу та використання працездатного населення в економіці країни. Саме трудові ресурси формують трудовий потенціал суспільства, який має два взаємопов'язані виміри — кількісний та якісний.

Кількісний аспект трудового потенціалу визначається такими параметрами, як обсяг робочого часу, відпрацьованого населенням за умови певного рівня продуктивності та інтенсивності праці, а також загальна чисельність працездатного населення. Якісний аспект характеризується показниками фізичної дієздатності працездатних осіб, рівнем загальноосвітньої та професійно-кваліфікаційної підготовки, а також загальним станом здоров'я населення, що відображає здатність до повноцінної трудової діяльності.

Сучасна система суспільного відтворення функціонує в умовах обмеженості традиційних ресурсів, і тому економічне зростання дедалі більшою мірою залежить від ефективного використання інформаційних ресурсів та відповідних джерел. У цьому контексті постає необхідність підкреслити, що в сучасних умовах людський капітал є провідною цінністю суспільства і визначальним чинником економічного зростання. Процес

формування людського капіталу потребує значних витрат як з боку суспільства, так і з боку самої людини [41, с. 46].

С. А. Дятлов розглядає людський капітал крізь призму функціонально-цільового підходу, визначаючи його як сформований інвестиційний комплекс знань, навичок, здібностей, мотивацій, які цілеспрямовано використовуються в тій чи іншій сфері суспільного відтворення, сприяють зростанню продуктивності праці та ефективності виробництва і, таким чином, зумовлюють підвищення заробітків (доходів) конкретної людини [44, с. 26]. Для даного дослідження принципово важливо, що в структурі людського капіталу науковці насамперед виокремлюють складову «здоров'я».

У будь-якій сфері професійної діяльності для здійснення продуктивної праці людині необхідні імунітет до захворювань, здатність до якісного подовження активного трудового періоду, достатня фізична витривалість і сила. Вкрай важливим з погляду профілактики та запобігання захворюваності у процесі трудової діяльності є суворе дотримання нормативних інструкцій з техніки безпеки, а також послідовне зменшення частки працівників, зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах праці.

Інвестиції в людський капітал слід розуміти як будь-які дії, що сприяють підвищенню професійної кваліфікації та продуктивних здібностей людини і, відповідно, продуктивності її праці. Витрати, спрямовані на підвищення людської продуктивності, доцільно розглядати як інвестиції, оскільки поточні вкладення здійснюються з розрахунком на те, що в майбутньому вони будуть багаторазово компенсовані зростанням доходів. Перспективність прискорених соціально-економічних змін у суспільстві неможливо аналізувати поза контекстом раціональних інвестицій у людину.

Збереження працездатності за рахунок зменшення захворюваності та збільшення тривалості продуктивного періоду життя має розглядатися як один із ключових маркерів інвестиційної привабливості. Нормальний обіг робочої сили у виробничому процесі значною мірою залежить від ефективності капіталовкладень. Інвестиції в здоров'я забезпечують нормальний обіг робочої сили, а капітал здоров'я є невід'ємною складовою людського капіталу.

Якісна медична допомога забезпечує належний рівень здоров'я людини та супроводжує її від народження до пенсійного віку. Погіршення здоров'я, зростання захворюваності, інвалідність проявляються у формі непрацездатності. Віддача капіталовкладень в охорону здоров'я виявляється у зниженні рівня захворюваності та у високому рівні здоров'я населення країни.

Загальносоціальна потреба суспільства в підтримці здоров'я всіх його членів незалежно від матеріального становища, а також забезпечення державою гарантій рівного доступу до мінімально необхідного набору найважливіших видів медичної допомоги, особливо в ситуаціях загрози життю, дозволяють класифікувати здоров'я як суспільне благо. Вартість медичної послуги визначається не лише ринковими чинниками, але передусім суспільно необхідними витратами на виробництво та відтворення медичної допомоги, причому визнання цих послуг ринком як суспільно корисних виступає принциповою умовою.

Робоча сила трактується як індивідуальна здатність до праці, невіддільно пов'язана з живою особистістю людини і така, що є її найважливішою атрибутивною властивістю [39, с. 36]. Базисний фундамент у структурі індивідуальної продуктивної сили людини становить здоров'я. Виступаючи одним з активів категорії «людський капітал», здоров'я безпосередньо включене до процесу суспільного відтворення. Стан здоров'я впливає як на здатність людини до праці (функціонування робочої сили), так і на її здатність до споживання (функціонування споживної сили).

При цьому слід наголосити на інтегральному характері поняття «здоров'я». У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) здоров'я визначається як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність фізичних дефектів чи хвороб» [46]. Під фізичним здоров'ям доцільно розуміти досконалість механізмів саморегуляції функцій організму, оптимальний перебіг фізіологічних процесів і максимальну адаптацію до впливу різноманітних чинників зовнішнього середовища. Психічне здоров'я характеризується гармонією психічних процесів і функцій, а також здатністю до запобігання і подолання хворобливих станів. Соціальне

здоров'я відображає ступінь соціальної активності особи, її діяльнісне ставлення до світу та соціальну затребуваність. Отже, звужене тлумачення здоров'я як суто медичного поняття є некоректним.

Праця як функція робочої сили та споживання як функція споживної сили детерміновані інтегральним показником здоров'я. Якісні характеристики обох функцій визначаються тим, у якій мірі у процесі праці та споживання задіяні фізична, психічна та соціальна складові стану людини. У процесі використання робочої сили відбувається кількісна зміна якісних характеристик здоров'я.

Кількісні індикатори фізичного здоров'я, за Н. М. Амосовим, – це максимальна продуктивність органів за умови збереження якісних меж їх функціонування [47, с. 15]. На думку Г. Л. Апанасенка, у концепції кількісної оцінки здоров'я ключовим є положення про існування певного, еволюційно зумовленого порогу резервів організму, вище якого практично не реєструються ендогенні фактори ризику та хронічні соматичні захворювання [48, с. 27].

Потреба у споживанні є життєво необхідною передусім для відновлення кількості здоров'я, витраченої у процесі праці. Саме внаслідок цього формується здатність до споживання, що обґрунтовується необхідністю відновлення стану здоров'я. Водночас потреба у праці, яка виникає у процесі споживання, пов'язана з необхідністю забезпечення витрат на відновлення обсягу здоров'я, використаного під час трудової діяльності, тобто формуванням здатності до праці.

Розширене трактування продуктивної праці, згідно з яким у сучасних умовах до неї відносять не лише працю у сфері матеріального виробництва, але й працю в галузях, де здійснюється відтворення самих трудящих, дає змогу простежити діалектику розвитку індивідуальної продуктивної сили людини — розвиток і розв'язання суперечності між її робочою та споживною силою [44, с. 31–35]. Основою відтворення трудових витрат і формування нової потреби в праці постає потенціал здоров'я людини, який одночасно визначає і здатність до праці, і здатність до споживання. Потенціал здоров'я задає межі можливого витрачання фізіологічної енергії, а також обумовлює потребу в її поповненні.

Необхідність урахування потенціалу здоров'я при дослідженні причинно-наслідкових зв'язків розвитку продуктивної сили людини пояснюється не лише його впливом на формування здатності до праці і споживання, але й тим, що він може виявлятися як у формі здоров'я, так і у формі нездоров'я індивіда. У разі нездоров'я людини її здатність до праці знижується, тоді як потреба у споживанні зростає, оскільки витрачання фізіологічних ресурсів спрямоване не тільки на компенсацію енергії, витраченої в процесі трудової діяльності, але й на перехід від стану нездоров'я до стану відносного благополуччя. Діалектичний аналіз причинно-наслідкових зв'язків розвитку продуктивної сили людини з урахуванням потенціалу здоров'я дозволяє розглядати здоров'я як фактор збалансованості між продуктивною й споживчою частинами відтворювального процесу.

Упродовж тривалого часу в науковій літературі точилися дискусії щодо характеру власності на робочу силу. Висувалися концепції товарності та «полутоварності» робочої сили [44, с. 39, 46–48]. Водночас питання власності на «здорову» робочу силу спеціально фактично не порушувалося.

Соціальні суперечності, кризові явища, загострення проблеми бідності актуалізують необхідність відходу від принципу методологічного індивідуалізму, який у теорії добробуту ототожнюється з максимізацією суспільного добробуту через суму досягнутих добробутів окремих індивідів. А. Пігу, спираючись на постулати неокласичної теорії, звертає увагу на недосконалість ринкового механізму ранжування та задоволення потреб, результатом чого є відчутні втрати суспільного добробуту [49, с. 53, 56–57]. На його думку, перерозподіл частини доходу на користь бідніших верств населення збільшує сумарний суспільний добробут. Такий перерозподіл, з одного боку, виступає фактором зростання ефективності (в межах поточного циклу), оскільки підвищує сукупний корисний ефект від використання виробленого продукту, а з іншого — чинником зниження ефективності, оскільки певною мірою послаблює стимули до підприємницької діяльності та приватної ініціативи. У довгостроковому періоді перерозподіл сприяє зростанню ефективного попиту.

У структурі здібностей до праці доцільно виокремити дві найважливіші складові: здатність до необхідної праці і здатність до додаткової праці. Здібності до необхідної праці пов'язані безпосередньо з особистістю індивіда, є формою прояву його індивідуальних властивостей і слугують основою для забезпечення власного життя. Здібності до додаткової праці формуються в процесі інтеграції та взаємодії із засобами виробництва, науковим знанням, специфічними навичками інших людей. Здатність до необхідної праці характеризує потребу у відтворенні природних фізичних і розумових можливостей людини на рівні, відповідному даному щаблю розвитку суспільства, тобто йдеться про просте відтворення робочої сили. Здатність до додаткової праці відображає потребу у відтворенні нових наукових знань, підвищенні кваліфікації, створенні нових продуктів на основі виробництва надлишку матеріальних і духовних благ, що спрямовані на формування у людини нових соціально розвинених якостей і властивостей, тобто розширене відтворення окремої людини як суспільного індивіда.

Здатність до необхідної праці є функцією індивідуального характеру, її призначення полягає у простому відтворенні робочої сили конкретної людини. Здатність до додаткової праці має індивідуально-громадський характер, її цільове призначення — забезпечення розширеного відтворення робочої сили [44, с. 54–56]. Праця як функція робочої сили і споживання як функція споживної сили, як уже зазначалося, обумовлені інтегральним показником здоров'я.

Якщо визнається існування необхідної та додаткової праці, то, відповідно, слід говорити і про здоров'я індивіда, яке підтримує здатність до необхідної праці, і про здоров'я, що забезпечує здатність до додаткової праці. Відтворення здоров'я, що підтримує здатність до необхідної праці, виступає об'єктом охорони з боку держави і гарантується системою безоплатної медичної допомоги. Натомість відтворення здоров'я, яке підтримує здатність до додаткової праці, значною мірою покладається на самого індивіда.

Теоретичне осмислення проблеми відтворення здоров'я населення дає змогу виокремити основні процесоутворюючі чинники:

- формування здорового способу життя та забезпечення якісної безкоштовної медичної допомоги всім громадянам України в межах державних гарантій;
- ресурсне забезпечення охорони здоров'я, що охоплює фінансове, матеріально-технічне та технологічне оснащення лікувально-профілактичних закладів на основі інноваційних підходів і принципу стандартизації;
- розробка стратегії відтворення здоров'я населення, спрямованої на його збереження та поліпшення шляхом формування здорового способу життя і підвищення доступності та якості медичної допомоги; кінцевою метою такої стратегії є забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України;
- в сучасних умовах особливого значення набуває не лише динаміка показників платоспроможного попиту, а й диверсифікація споживання, механізми формування та задоволення потреб.

Ключовим обмежувальним фактором споживання медичних послуг виступає не стільки обсяг їх виробництва, зумовлений доступними ресурсами та ефективністю їх використання, скільки соціально-економічні механізми доступу до цих послуг. Загальну траєкторію розвитку потреби в медичній допомозі визначають:

- ступінь сформованості потреби в медичних послугах, яка задає вектор сталого економічного розвитку;
- тенденція до індивідуалізації потреби в медичних послугах;
- можливість перерозподілу доходів на користь соціально вразливих груп, що згодом сприяє зростанню капіталовіддачі у секторах, де використовується наймана праця.

Ускладнення структури потреби в медичних послугах вимагає складного поєднання ринкових і неринкових механізмів на всіх стадіях відтворювального процесу. Ринковий механізм регулює платоспроможний попит, що перевищує гарантований державою обсяг безкоштовної медичної допомоги. Базові

потреби в межах цього обсягу, а також неплатоспроможний попит потребують активної участі держави.

Споживання додаткових платних медичних послуг, які не є життєво необхідними, можна інтерпретувати як форму підвищення потенціалу здоров'я, спрямованого на вдосконалення творчих знань, навичок, умінь або на посилення конкурентоспроможності робочої сили. Процес споживання медичних послуг стає інтерактивним, він вимагає від споживача набуття спеціальних навичок, налагодження міжособистісних контактів та інтерперсональної взаємодії. Регулювання такого типу споживання передбачає включення до ринкового механізму певного загальнокультурного компонента.

Зниження здатності до споживання впливає на відтворення потреби в праці, позначається на потенціалі здоров'я, який визначає здатність до праці як функції робочої сили – виробника матеріальних і духовних благ. Недостатній рівень забезпеченості медичною допомогою через бідність не дає можливості підтримувати необхідний потенціал здоров'я, що, своєю чергою, стримує економічне зростання.

Виконуючи економічні функції, держава виступає основним джерелом фінансування процесів розвитку людського капіталу, створюючи умови для його повноцінної участі в суспільному відтворенні. Результатом цього є потенційна можливість подальшого вдосконалення творчих здібностей людини. Водночас обмеженість ресурсів обмежує можливості держави щодо надання суспільних благ, серед яких особливо значущим є здоров'я. Держава гарантує рівний доступ лише до мінімального набору найважливіших видів медичної допомоги.

Здоров'я, витрачене в процесі виробництва продукту, далеко не завжди може бути відновлене в обсязі, бажаному для його носія. У такій ситуації функції держави у сфері забезпечення відтворювального процесу спрямовані на створення і підтримку умов широкої доступності ринку послуг охорони здоров'я. Споживання додаткових платних медичних послуг (які не є необхідними за життєвими показаннями) може розглядатися як оптимізація результату з підвищення потенціалу вдосконалення творчих знань, навичок,

умінь або зростання конкурентоспроможності робочої сили. У цьому сенсі медична послуга, запропонована ринком, не може розглядатися виключно як приватне благо, а постає як захід, необхідний для підтримки та збереження здоров'я.

Формування й закріплення позитивних тенденцій у відтворенні людського капіталу потребує комплексного аналізу внеску всіх учасників багаторівневого процесу: держави, організацій, індивіда. Проблематика, окреслена темою даного дослідження, первісно зорієнтована на оптимізацію відтворення здоров'я як найважливішого активу людського капіталу. Це, своєю чергою, вимагає теоретичного осмислення процесів, що розгортаються в умовах конкурентного ринку медичної діяльності, можливостей використання механізму конвергенції державної та приватної систем охорони здоров'я, а також інституційних засад регулювання ринку медичних послуг.

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

Характеристику організації охорони здоров'я у країнах із державною моделлю фінансування подано в табл. 1.1.

Відповідно до Міжнародної Конвенції «Про захист прав людини та основних свобод» від 4 листопада 1950 р. наголошується, що «держави несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає проведення відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я» [50]. Отже, на державу покладається обов'язок не лише декларувати право на охорону здоров'я, а й забезпечувати його реалізацію через належну організацію системи охорони здоров'я та її фінансування.

Фінансова стійкість системи охорони здоров'я становить стратегічно важливе завдання держави, оскільки саме вона створює рівні можливості для осіб з різними рівнями доходів щодо доступу до якісної й своєчасної медичної допомоги. Система охорони здоров'я має бути профінансована таким чином, щоб «... усі люди мали доступ до медико-санітарних послуг і при цьому не відчували фінансових труднощів щодо їх вартості» [51, с. 62]. На переконання

Генерального директора Всесвітньої організації охорони здоров'я М. Чана, за будь-якого рівня витрат кожна країна здатна досягти більшого рівня охоплення медичними послугами та посилити захист населення від фінансових ризиків за умови проведення ефективної та прагматичної політики в галузі охорони здоров'я [52, с. 25].

Щодо українського досвіду інноваційного розвитку системи охорони здоров'я у відповідній доповіді наголошувалося: «В Україні, наприклад, на індивідуальному рівні створюються так звані фонди на випадок хвороби для того, щоб допомогти впоратися з платою за лікарські засоби там, де можливості бюджетного фінансування місцевих медичних установ обмежені. Внески зазвичай складають близько 5% заробітної плати і часто доповнюються грошима, отриманими від благодійних заходів. Поки охоплення невелике у співставленні з національним рівнем, але ці фонди відіграють важливу роль у маленьких містах, де медичні установи не отримують достатнього фінансування» [52, с. 48]. Це свідчить про пошук додаткових інструментів солідарного фінансування медичної допомоги в умовах обмежених бюджетних ресурсів.

Водночас наявність достатнього обсягу фінансування сама по собі не гарантує повної й рівної доступності медичної допомоги. Навіть у високорозвинених країнах далеко не всі громадяни отримують необхідний обсяг медичної допомоги. Так, у США понад 50 млн осіб не мають полісів медичного страхування [53]. Хоча згідно із законом, підписаним Президентом США Б. Обамою, планувалося забезпечити медичною страховкою ще 32 млн осіб, американський дослідник Р. Вульф зазначає, що реалізувати це найближчим часом навряд чи вдасться. Основною перешкодою він вважає постійне зростання середньої вартості страховки, яка для сім'ї з чотирьох осіб уже становить близько 14 тис. доларів на рік. У подальшій перспективі, прогнозує дослідник, відбуватиметься приріст чисельності незастрахованого населення, яке продовжує втрачати робочі місця, головним чином серед домогосподарств із річним доходом менше 75 тис. доларів [53].

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я та результативність надання медичних послуг є важливим завданням державної політики. Український фахівець у сфері охорони здоров'я Г. О. Слабкий підкреслює: «Ефективність системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я громадян, рівня фінансування охорони здоров'я та добробуту нації» [54]. Таким чином, тип моделі фінансування, інституційні механізми реалізації політики й загальний рівень економічного розвитку взаємопов'язані з результатами діяльності системи.

Механізм використання ресурсів, які виділяє держава на охорону здоров'я, передбачає реалізацію циклічної процедури прийняття рішень. Ця процедура включає: розробку концепцій ефективного використання ресурсів, аналіз конкретних ситуацій, оцінку обмежень щодо фінансування, визначення порядку перегляду бюджету у разі секвестру видаткової частини, поетапність упровадження системи, а також моніторинг і оцінку виконання бюджету (аж до можливого перегляду початкової концепції).

Проведений автором аналіз передових практик засвідчив, що існуючі в різних країнах системи охорони здоров'я загалом дозволяють достатньо ефективно виконувати функції соціального захисту й роблять істотний внесок у соціальний та економічний добробут населення.

Системи охорони здоров'я економічно розвинених країн ґрунтуються на кількох ключових елементах господарської діяльності, серед яких провідне місце належить: страховій медицині, державній (територіальній) медицині, медичній діяльності громадських організацій.

При цьому в системах охорони здоров'я виокремлюються:

- країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США);
- країни, що застосовують елементи планового регулювання (держави Західної Європи);
- країни, де помітний вплив культурно-історичних традицій (Японія).

Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП у таких державах становить від 7,5 до 16%, а частка державних витрат — близько 75% загальних витрат на охорону здоров'я [55].

В економічно розвинених країнах система охорони здоров'я тісно пов'язана з діяльністю, спрямованою на популяризацію здорового способу життя та охорону навколишнього природного середовища. Профілактична спрямованість, екологічна безпека та збереження здоров'я населення розглядаються як взаємозалежні складові єдиної соціальної політики.

Натомість охорона здоров'я країн, що розвиваються, насамперед держав «найменшого розвитку», часто не встигає за темпами зростання чисельності населення та загостренням продовольчих криз. Це призводить до хронічного дефіциту ресурсів, низького рівня охоплення медичними послугами та високих показників захворюваності й смертності.

Системи охорони здоров'я нових індустріальних країн за рівнем надання масових медичних послуг у багатьох аспектах відстають від систем розвинених держав, проте цей розрив поступово скорочується. Особливих успіхів у цьому напрямі досягли Мексика, Бразилія, Аргентина, Китай, де за останні десятиліття здійснено масштабні реформи, спрямовані на розширення доступу до медичної допомоги та підвищення її якості.

Нові незалежні держави у процесі становлення власних систем охорони здоров'я переживають, по суті, парадоксальний етап: відбувається руйнування попередньої державної системи й одночасне формування ринкової моделі, що об'єктивно поступається за ефективністю системам економічно розвинених країн.

Коли йдеться про моделі систем охорони здоров'я країн із перехідною економікою, мають на увазі передусім групу країн Східної Європи, включаючи окремі держави СНД. Спочатку в цих країнах було зроблено спробу запровадити економічну «шокову терапію», зберігши при цьому наявний рівень медичного обслуговування. Одночасно в більшості з них здійснювалася спроба поєднати систему соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [55].

Як відомо, у колишньому Радянському Союзі та європейських соціалістичних країнах існували широкі гарантії безкоштовного надання медичної допомоги населенню. У низці постсоціалістичних держав (Азербайджан, Вірменія, Грузія, Молдова, Таджикистан) такі гарантії були суттєво й радикально скорочені. Водночас у більшості країн із перехідною економікою гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або взагалі не змінювалися, або були частково модифіковані. Так, в Албанії, Болгарії, Киргизії, Македонії, Словенії, Хорватії, Чехії, Естонії було запроваджено фіксовані співоплати пацієнтів за надані медичні послуги, розміри яких залишалися незначними порівняно з реальною вартістю цих послуг. У результаті характерною рисою країн із перехідною економікою став істотний розрив між гарантованими законодавством правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та реальним рівнем її фінансування [56, с. 10].

Проведений автором аналіз відмінностей національних систем охорони здоров'я за формами фінансування показує, що у світовій практиці домінують три основні форми фінансування: державна, бюджетно-страхова та підприємницька (приватна).

Державна система охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок сумарних податкових надходжень до бюджету (від 75 до 90% загального обсягу фінансування); більшість закладів охорони здоров'я при цьому перебуває у державній власності. Через інструменти державного замовлення, державного завдання або державного трансферту здійснюються цільові фінансові надходження до системи охорони здоров'я. Серед ключових переваг цієї моделі фінансування слід відзначити прагнення забезпечити рівність і доступність у отриманні медичної допомоги для всіх категорій громадян. Проте, з огляду на об'єктивні макроекономічні обмеження, на практиці ця система рідко реалізується повною мірою.

До основних недоліків державної моделі фінансування належать:

- наявність єдиного (переважно бюджетного) джерела фінансування ускладнює забезпечення достатньої доступності послуг для всіх верств населення;
- безкоштовний характер медичних послуг формує підвищений і часто необґрунтований попит на них, що змушує обмежувати його шляхом запровадження процедур попереднього запису та черг;
- відсутність реальної конкуренції на ринку медичних послуг не стимулює підвищення їх якості, що, своєю чергою, гальмує подальший розвиток системи охорони здоров'я;
- максимальна залежність обсягів фінансування від можливостей державного бюджету, яка обмежує гнучкість і стійкість системи в умовах економічних криз та фіскальних потрясінь.

Характеристика організації охорони здоров'я країн із державною моделлю фінансування демонструє як спільні риси, так і суттєві відмінності між національними системами Великої Британії, Італії та Канади.

У Великій Британії джерелом фінансування системи охорони здоров'я виступають загальні податкові доходи державного бюджету. Обсяги фінансування визначаються, зокрема, з урахуванням чисельності населення, зареєстрованого у приватно-практикуючих лікарів загального профілю, відповідно до встановлених нормативів. Частка витрат на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті становить 7,5%. Близько 95% медичних установ належать державі, проте управління ними поступово передається до лікарняних трастів. Бюджети цих трастів жорстко обмежуються лімітами, що визначаються урядом. Переважна більшість лікарів та інших медичних працівників є державними службовцями і отримують заробітну плату, розмір якої залежить від їхнього стажу роботи.

Організація системи побудована за централізованим варіантом, що ґрунтується на принципі єдиного платника – держави, яка безпосередньо оплачує надані медичні послуги й фінансує галузь охорони здоров'я в цілому. Для споживача медичні заходи є, як правило, безкоштовними; виняток становить незначна пайова участь у сплаті вартості лікарських засобів,

стоматологічної допомоги та послуг окуліста. Приватний сектор у сфері медичних послуг залишається порівняно невеликим, але виконує важливу функцію – дає змогу частині пацієнтів уникати тривалого очікування в чергах. До переваг британської моделі належить низька частка адміністративних витрат у загальній структурі видатків на охорону здоров'я. Водночас до її недоліків відносять значні черги на прийом до лікарів, особливо до вузьких спеціалістів і в лікарняних закладах.

В Італії система охорони здоров'я фінансується за рахунок податку на заробітну плату, а також інших доходів бюджету. Центральний уряд здійснює перерозподіл фінансових ресурсів між регіонами з метою компенсації наявної нерівномірності їх фінансового становища. Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП становить 9,0%. Компенсація лікарням за надані послуги провадиться за клініко-статистичними групами, при цьому розцінки встановлює центральний уряд. Лікарям оплата здійснюється на «подушній» основі, тобто залежно від кількості пацієнтів, яких вони обслуговують за певний проміжок часу, а не за кожен окрему послугу.

Принципи організації системи охорони здоров'я в Італії поєднують централізоване визначення стратегічних орієнтирів із регіональною автономією. Центральний уряд формулює цілі використання коштів, контролює загальні показники здоров'я населення, а також веде переговори з медичною спільнотою щодо умов трудових угод. Регіональні органи влади, у свою чергу, визначають розміри власних бюджетів, несуть відповідальність за якість надання медичних послуг, укладають контракти з державними лікарнями, клініками та приватними медичними закладами. Первинна медико-санітарна допомога та стаціонарне лікування за місцем надання є безкоштовними, тоді як діагностичні процедури, послуги вузьких фахівців і лікарські засоби, що відпускаються за рецептами, оплачуються за участю пацієнтів на умовах пайової участі. Приватне медичне страхування не набуло широкого поширення, хоча надає громадянам необмежене право вибору лікаря й можливість лікування у приватних клініках. До переваг італійської моделі відносять можливість для регіонів запроваджувати власні тарифні розцінки на

компенсаційні виплати, що підвищує гнучкість фінансування. Серед недоліків відзначають тривалі черги на проведення діагностичних досліджень, а також тенденцію до надмірної бюрократизації галузі.

У Канаді система охорони здоров'я фінансується переважно за рахунок загальних податкових доходів бюджету. Федеральний уряд надає кожній провінції грант, який становить близько 16% її витрат на охорону здоров'я, тоді як решта фінансування забезпечується за рахунок регіональних податків, головним чином податку на дохід фізичних і юридичних осіб. Частка видатків на охорону здоров'я у ВВП Канади досягає 10,3%. Державним лікарням перераховуються заздалегідь встановлені суми, які мають забезпечити покриття всіх поточних витрат, за винятком витрат на основні фонди; останні підлягають окремому затвердженню у кожному конкретному випадку. Оплата праці лікарів здійснюється за принципом гонорару за конкретні надані послуги, водночас у низці провінцій установлюються обмеження на сукупний дохід лікарів.

Канадська система організована за децентралізованим принципом: повноваження у сфері охорони здоров'я передані провінціям, а фінансування здійснюється спільно регіональними та федеральними органами влади. За рахунок коштів бюджету безкоштовно надаються послуги фахівців, стаціонарне лікування, а також стоматологічні та хірургічні втручання. Пацієнти сплачують за поточне лікування зубів, фізіотерапевтичні процедури та лікарські засоби, що відпускаються за рецептами. Для покриття тих медичних послуг, які не входять до загальнонаціональної системи, широко використовуються медичні поліси приватних страхових компаній. До переваг канадської моделі відносять можливість урядів провінцій здійснювати контроль за витратами медичних установ, що сприяє підвищенню якості наданих послуг та обґрунтованості витрат на їх забезпечення. Серед основних недоліків відзначають дефіцит сучасних медичних технологій, нестачу лікарських кадрів та наявність черг на лікування.

Загалом наведені характеристики національних систем охорони здоров'я з державною моделлю фінансування демонструють різні підходи до формування джерел фінансування, організації управління, визначення спектра

послуг, що фінансуються з бюджету, та співвідношення між державним і приватним секторами, що в сукупності зумовлює специфіку переваг і проблем кожної з розглянутих моделей.

Бюджетно-страхова система охорони здоров'я функціонує на основі поєднання цільових внесків підприємців, громадян та обмежених субсидій з боку держави; страхові відрахування, як правило, становлять певний відсоток від фонду оплати праці. Участь держави в такій моделі є допоміжною, а ключовим джерелом ресурсів виступають обов'язкові страхові внески. Найбільш репрезентативними країнами, у яких ця модель фінансування охорони здоров'я отримала розвиток, є Франція, Норвегія та Німеччина.

Аналіз функціонування бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я дав змогу виокремити низку суттєвих переваг:

- участь у системі обов'язкового медичного страхування охоплює переважну більшість населення, що створює реальні можливості отримати фінансову підтримку у випадку хвороби не лише за рахунок гарантованих державою безкоштовних медичних послуг, а й за рахунок страхових виплат;
- розвиток приватного страхування формує простір для доступу до додаткових, розширених та високоспеціалізованих медичних послуг;
- забезпечується більш висока адресність медичної допомоги у разі настання страхового випадку, що підвищує ефективність використання фінансових ресурсів.

Разом із тим бюджетно-страховій моделі властиві й недоліки, серед яких варто назвати такі:

- потреба у жорсткому та системному контролі за діяльністю організацій у секторі приватного страхування, що вимагає додаткових адміністративних ресурсів;
- ризики недостатнього обсягу державного фінансування витрат населення на медичні послуги, що може призводити до нерівномірності доступу до медичної допомоги.

Приватно-підприємницька система фінансування охорони здоров'я, яка інколи поєднується з елементами попередньої моделі, ґрунтується переважно на добровільному медичному страхуванні. Основними джерелами виступають придбання населенням та організаціями полісів приватних страхових компаній, а також активне розповсюдження платних медичних послуг. Держава у цьому випадку намагається контролювати діяльність страхових компаній та регулювати рівень цін на медичні послуги, аби уникнути монополізації ринку. Головним недоліком приватно-підприємницької моделі є обмежена доступність якісної медичної допомоги для соціально вразливих і малозабезпечених верств населення, що формує нерівність у сфері охорони здоров'я.

Проведена оцінка ефективності основних моделей функціонування систем охорони здоров'я дала змогу зробити такі узагальнюючі висновки:

- практично кожна національна система охорони здоров'я містить у тій чи іншій пропорції елементи обов'язкового медичного страхування, добровільного страхування, приватної медицини та бюджетного фінансування;
- сучасна система економічних відносин у сфері охорони здоров'я не здатна повною мірою гарантувати абсолютну доступність та дотримання єдиних стандартів якості медичної допомоги для всіх груп населення; навіть держави, що розвиваються, змушені обмежуватися мінімальними пакетами послуг, спрямованих передусім на боротьбу з інфекційними захворюваннями;
- країни з високорозвиненою економікою, хоча й витрачають на охорону здоров'я в середньому 6–7% ВВП (що в абсолютному обчисленні значно перевищує українські фінансові показники), все ж не спроможні забезпечити безкоштовність усіх видів медичної допомоги для всіх громадян [58, с. 360];
- практична імплементація будь-якої з моделей фінансування потребує адаптації до конкретних умов функціонування національної економіки та соціальної структури суспільства.

Таким чином, особливості інституційної архітектури сфери охорони здоров'я дали можливість систематизувати принципи формування державної політики та окреслити критичні фактори успіху її реалізації. Ці фактори враховують медико-соціальну специфіку галузі, рівень ресурсного забезпечення та стан розвитку інституцій, а також передбачають перехід від моделі управління витратами до моделі управління за результатами. Сучасна національна система охорони здоров'я вибудовується на синтезі ринкових регуляторів і механізмів державного планування, що забезпечує більшу ефективність і стійкість у процесі реформування галузі.

Висновки до розділу 1

Інновації виступають динамічним рушієм розвитку практично всіх сфер суспільного життя. Їх вплив охоплює виробництво, сферу обігу, науково-технічний прогрес, соціальну сферу, забезпечуючи вдосконалення технологій, підвищення якості продукції та послуг, збільшення доходів і мінімізацію негативних ефектів швидкого динамічного розвитку. Водночас інноваційні зміни формують потребу в нових підходах у галузях психології, соціальної медицини, охорони праці та суміжних сферах.

Інновації в охороні здоров'я доцільно трактувати як результат діяльності, спрямованої на розвиток медичних технологій, впровадження наукових досягнень і кращих практик, що забезпечують появу якісно нових моделей оздоровлення, лікування, управління медичними процесами, а також створення нових видів медичної продукції та послуг. Під інноваційним розвитком системи охорони здоров'я варто розуміти процес удосконалення існуючих та розробку нових медичних технологій, технічних засобів, програм або послуг, які реалізуються на ринку, або впровадження модернізованих виробничих і управлінських процесів, що використовуються у практичній медицині.

Інновації у системі охорони здоров'я охоплюють як модернізацію існуючих рішень, так і розробку принципово нових технологій, методів та процесів. Це, у свою чергу, передбачає радикальне оновлення державного

регулювання інноваційного розвитку: зміни змісту, форм, технологій, інструментів та методів регуляторного впливу. Охорона здоров'я становить складну, багатокомпонентну гетерогенну соціально-економічну систему, що включає велику кількість організацій різного масштабу і функціонального призначення, пов'язаних між собою політичними, економічними, соціальними, трудовими та морально-етичними відносинами. Тому державне регулювання цієї сфери потребує комплексного врахування її структурних елементів: організаційної структури, функціональних призначень, механізмів регулювання та кадрового забезпечення.

Державне регулювання системи охорони здоров'я реалізується через три основні форми:

1. адміністративну, яка визначає систему цілей, завдань і стратегічних орієнтирів;
2. економічну, що забезпечує формування матеріальних і фінансових ресурсів, стимулів та очікуваних результатів;
3. оперативну, яка зосереджується на виконанні технологічних та організаційних функцій.

Ефективність інноваційного розвитку системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від дієвості механізмів державного регулювання, які змінюються під впливом методів, стимулів, важелів та інструментів управління. Важливо, щоб ці механізми забезпечували узгоджену взаємодію всіх підсистем, ефективну координацію управлінських рішень і впорядковували відносини між учасниками процесу надання медичної допомоги.

У роботі інноваційний розвиток системи охорони здоров'я інтерпретується як цілісні та систематичні організаційні зміни в управлінні складними соціально-економічними системами, які реагують на виклики сучасних тенденцій суспільного розвитку, забезпечуючи спадкоємність раніше напрацьованих рішень, створення гнучких координаційних механізмів та ефективне функціонування всієї системи. В умовах глобалізації гетерогенна соціально-економічна система має функціонувати як стратегічно спланована

організація, що ґрунтується на принципах інтеграції, координації, децентралізації та впровадження інноваційних проєктів.

Однією з ключових проблем державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я є формування умов, що забезпечують здатність системи до самотрансформації та розвитку мережі мультиорганізаційних структур управління. Такі структури орієнтовані на підвищення рівня соціальної справедливості в охороні здоров'я, впровадження міжсекторального підходу з участю різних галузей економіки, дотримання відповідних стандартів та практик, спрямованих на формування потенціалу здоров'я і пропагування здорового способу життя.

Загальне соціальне завдання із забезпечення формування потенціалу громадського здоров'я та гарантування рівного доступу до ключових видів медичної допомоги, особливо у випадках загрози життю, об'єктивно вимагає капіталізації людського потенціалу шляхом інвестицій у здоров'я як базовий актив людського капіталу. Водночас обмеженість державних ресурсів накладає природні межі: держава може гарантувати лише мінімальний набір найважливіших медичних послуг.

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги визначаються типом системи, механізмами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, рівнем фінансування та загальним рівнем добробуту нації. Аналіз світового досвіду засвідчує, що системи охорони здоров'я економічно розвинених країн ґрунтуються на поєднанні страхової медицини, державної територіальної медицини та медичної діяльності громадських організацій. При цьому окремі країни тяжіють до ринкових моделей (США), інші – використовують елементи планового регулювання (західноєвропейські держави), або ж зберігають значний вплив традицій (Японія).

Наголошується, що універсальної моделі регулювання у сфері охорони здоров'я не існує. Рівень централізації, ступінь залучення держави, механізми фінансування та обсяг гарантованих послуг суттєво різняться між країнами. Водночас можна виділити низку загальносвітових тенденцій:

- системи охорони здоров'я поєднують елементи обов'язкового та добровільного медичного страхування, приватної медицини та бюджетного фінансування в різних пропорціях;
- сучасні економічні умови не дозволяють забезпечити повну доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги для всіх громадян;
- навіть країни з високим рівнем витрат на охорону здоров'я (6–7% ВВП) не гарантують повної безкоштовності медичних послуг;
- наявність страховки не означає повного доступу до всіх видів медичної допомоги;
- спостерігається зростання витрат на охорону здоров'я, що призводить до дефіциту бюджетів і зумовлює непопулярні реформи (підвищення податків, скорочення пільг);
- найбільш ефективними вважаються моделі, де відбувається поступовий відхід від надмірної централізації, розвивається конкуренція, ринкове ціноутворення, свобода вибору пацієнта та диференціація джерел фінансування.

Соціальна складова європейського вектора розвитку України зумовлює необхідність формування власної моделі охорони здоров'я, яка базується на рівних можливостях, верховенстві права, ефективному державному регулюванні, забезпеченні доступності та якості медичної допомоги. Така модель має ґрунтуватися на принципах суспільної солідарності та соціальної справедливості, що дозволить адекватно реагувати на сучасні виклики та забезпечити сталий розвиток галузі.

РОЗДІЛ 2

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ»)

2.1. Методологічні основи забезпечення регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Поточні зміни у законодавстві України у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, а також трансформація механізмів фінансування модернізації галузі зумовлюють нагальну потребу у розробленні якісно нових методологічних підходів до планування і фінансування надання медичної допомоги [59, с. 23]. У сучасному науковому дискурсі поняття «інновація» виступає базовою категорією, що визначає закономірності економічного, технічного, виробничого, екологічного та соціального розвитку суспільства. Інновації сприяють розвитку підприємництва, формують сприятливі умови для підвищення науково-технічного потенціалу й забезпечують модернізацію економічних, правових та соціальних відносин у таких сферах, як охорона здоров'я, освіта, наука та інші сегменти суспільної діяльності.

Інновація виникає внаслідок наукових досліджень та розробок, спрямованих на вдосконалення технологічних процесів, виробництва, управління, а також на підвищення ефективності функціонування галузей соціальної сфери. У науковій літературі наявна значна кількість визначень інновацій та їх класифікацій [60–63]. Зокрема, залежно від змісту або внутрішньої структури інновації поділяють на технічні, економічні, організаційні, управлінські та інші; за масштабом – на глобальні та локальні; за параметрами життєвого циклу – на інновації з повним описом стадій і підстадій розвитку та впровадження.

Значний внесок у розуміння сутності інновацій зробили зарубіжні дослідники (Н. Мончев, Р. Фостер, Б. Твіст, Й. Шумпетер, Е. Роджерс та ін.). У своїх підходах вони акцентують увагу на різних аспектах інноваційного процесу. Так, Б. Твіст характеризує інновацію як процес, у межах якого винахід або ідея набувають економічного змісту. Ф. Ніксон визначає інновацію як

сукупність технічних, виробничих та комерційних заходів, спрямованих на вихід ринку нових або вдосконалених промислових процесів та обладнання [64, с. 174]. Б. Санто трактує інновацію як суспільно-техніко-економічний процес, що завдяки використанню ідей і винаходів забезпечує створення нових виробів та технологій, а за умови їх орієнтації на економічний результат — формує додатковий прибуток [61, с. 132]. У контексті теорії Й. Шумпетера інновація постає як науково-організаційна комбінація виробничих факторів, зумовлена підприємницьким духом і спрямована на динамізацію економічного розвитку [65, с. 347].

Інновації можуть бути як радикальними, так і поступовими (інкрементальними), впливаючи на технології, продукти, управлінські рішення та стратегію розвитку організацій. Оскільки головним їх завданням є підвищення продуктивності, економічної ефективності, якості життя населення та рівня задоволення клієнтів, інноваційність можна співвіднести з підприємницькою активністю, що включає пошук і впровадження нових підходів до вдосконалення діяльності організацій різного типу.

Е. А. Назарова підкреслює, що інновації — це не лише модифікація наявного, а пропозиція якісно нового рішення, яке дозволяє переосмислити існуючі проблеми. Науковиця наголошує, що система медичного страхування не може самостійно вирішити проблеми охорони здоров'я, оскільки вона належить до механізмів фінансування, а не до системи надання медичних послуг. Без гарантування якісної, своєчасної та повної медичної допомоги комерційні заходи, пов'язані з інноваціями, не можуть забезпечити очікуваний результат [66, с. 122].

Отже, інновація (нововведення) є завершальним етапом інноваційного процесу, спрямованого на створення нового продукту, вдосконалення його властивостей або модернізацію технологічного процесу. У сфері охорони здоров'я інновації варто розуміти як результат діяльності, зумовленої розвитком медичних технологій, науковими досягненнями та передовим практичним досвідом, що забезпечують появу нових підходів до оздоровлення, лікування, управління медичними процесами, створення нових медичних товарів, технологій чи послуг, а також дослідження їх конкурентних переваг.

На думку О. В. Павленко, інноваційний розвиток охорони здоров'я є оптимальним шляхом радикального покращення здоров'я населення та підвищення якості життя, боротьби з передчасною смертністю й подолання демографічних проблем [67, с. 70]. Інвестиції в нові продукти та технології забезпечують впровадження інновацій у медичну практику та підвищують конкурентоспроможність ринку медичних послуг. Ринкова конкуренція є провідним чинником активізації інноваційних процесів: лікувально-профілактичні заклади, які першими впроваджують ефективні новації, отримують суттєві переваги у конкурентному середовищі.

У науковому просторі існує значна кількість визначень поняття «інноваційний процес», що відрізняються за змістом та структурною будовою. Згідно із Законом України «Про інноваційну діяльність» від 4 липня 2002 р., інновації визначаються як новостворені або вдосконалені конкурентоспроможні технології, продукція чи послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного або іншого характеру, які поліпшують структуру та якість виробництва й соціальної сфери [68]. Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» (2012) визначає пріоритетні інноваційні напрями як науково і економічно обґрунтовані сфери діяльності, що забезпечують економічну безпеку держави, розвиток високотехнологічної продукції та підвищення експортного потенціалу на основі використання світових досягнень [69].

Як зазначає З. С. Гладун, одним із ключових напрямів реформування системи охорони здоров'я України є розвиток управління медичною наукою та інноваційної політики [70, с. 204]. Концептуальна сутність інноваційного процесу полягає в перетворенні наукових знань у конкретну інновацію. Цей процес є послідовністю взаємопов'язаних етапів, фінальною стадією яких є створення інноваційного продукту, технології або підходу, об'єднаних узагальненим поняттям «медична продукція» (рис. 2.1).

Інноваційні інвестиції у сфері охорони здоров'я розглядаються як необхідна умова впровадження інновацій у процес надання медичних послуг населенню, та є специфічною формою інвестування у розвиток медичної допомоги. Вони орієнтовані на майбутній результат і належать до ризикованих видів інвестицій, оскільки відшкодовуються у довгостроковій перспективі. С.

Філін виокремлює загальні та специфічні ризики інноваційної діяльності. До загальних ризиків належать:

- ризик нереалізації профільної технології через неукладення договорів на постачання ресурсів;
- ризик недоотримання матеріалів унаслідок зриву договорів постачання;
- ризик неповернення передоплати;
- ризик нереалізації готової продукції;
- ризик несвоєчасного отримання оплати за поставлену продукцію;
- ризик повернення продукції покупцем;
- ризик порушення власних виробничих планів чи венчурних проєктів;
- ризик неправильного прогнозування ринкової ситуації та отримання некоректних вихідних даних;
- ризик відсутності можливостей залучення зовнішніх інвестицій та кредитів.

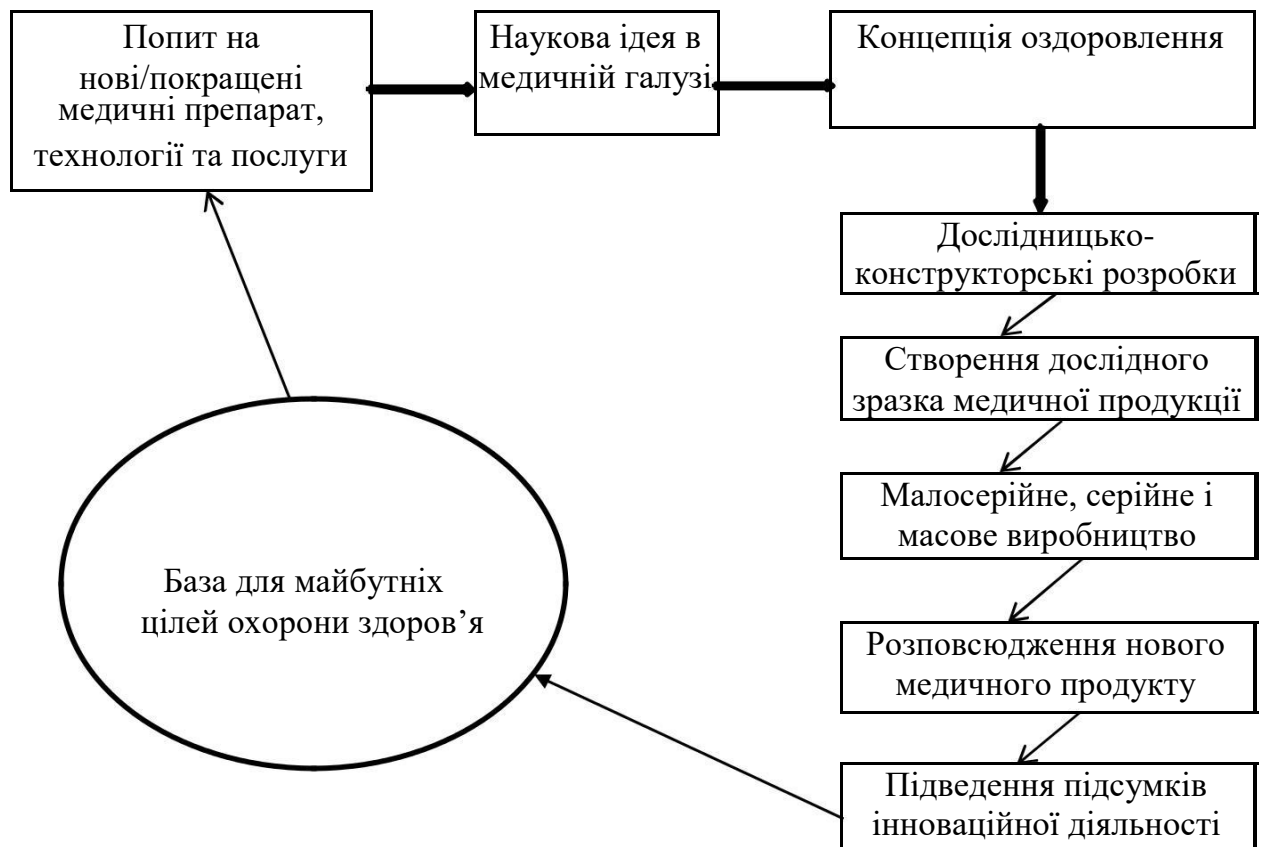


Рис. 2.1. Схема інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

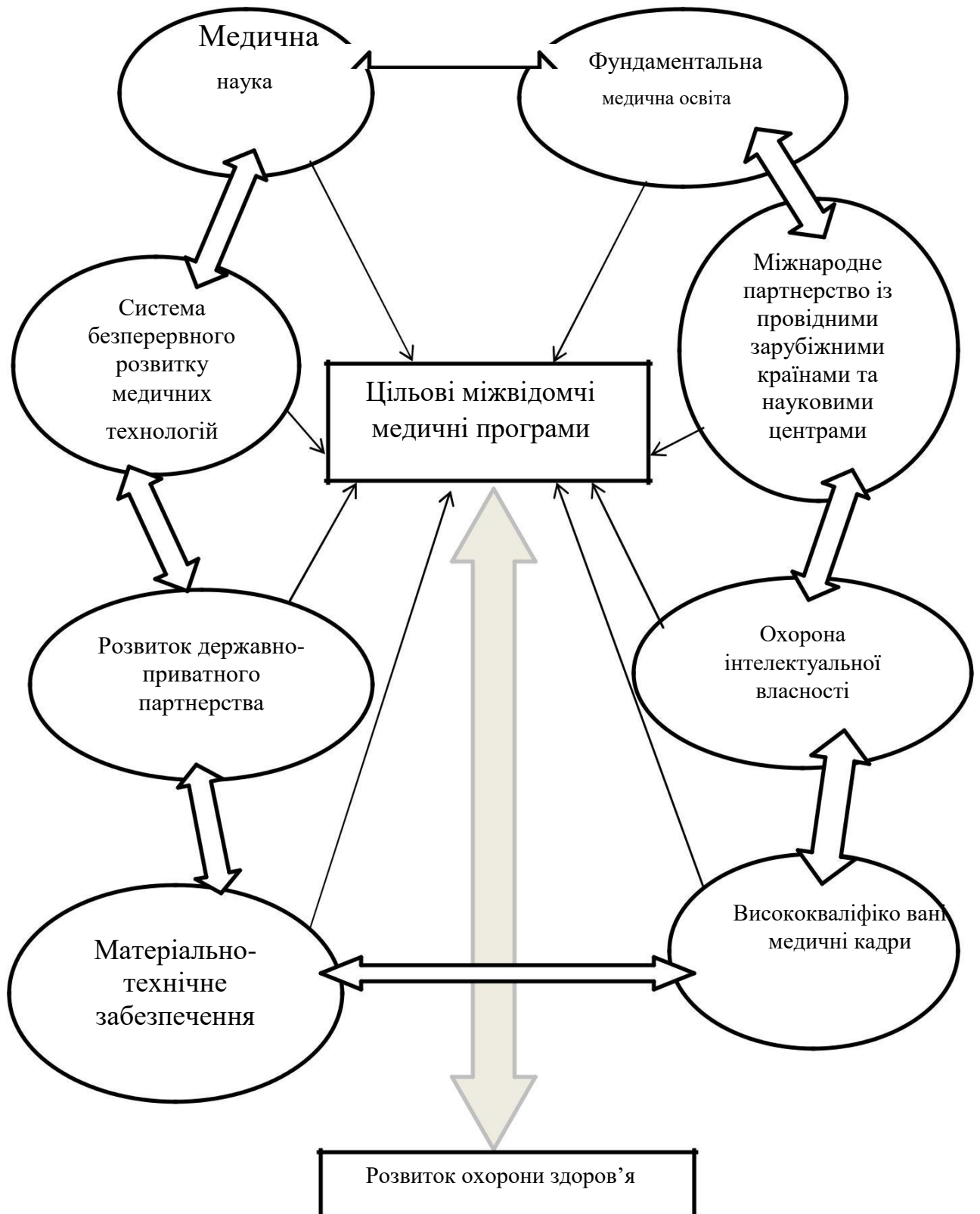


Рис. 2.2. Концепт інноваційної моделі розвитку охорони здоров'я.

До специфічних ризиків, що формують структуру загального інноваційного ризику, доцільно віднести такі їх різновиди:

- ризик невірно обраного напрямку науково-дослідних робіт (НДР), коли початкове концептуальне рішення виявляється неадекватним потребам ринку або стратегічним орієнтирам розвитку галузі;
- ризик помилкової оцінки перспектив завершення НДР та/або дослідно-конструкторських робіт (ДКР), що проявляється у недооцінці часових, фінансових, кадрових та технологічних витрат;
- ризик недостатності матеріально-технічної бази, тобто браку сучасного обладнання, інструментарію, інформаційних систем, необхідних для проведення повноцінних досліджень і випробувань;
- ризик недостатності або низького рівня кваліфікації кадрової бази, коли відсутні фахівці відповідного профілю чи їх компетенції не відповідають складності інноваційного проекту;
- ризик масштабування (лабораторності), що виникає при переході від лабораторних зразків до промислового або широкомасштабного впровадження технології;
- ризик відсутності патентної чистоти, пов'язаний із можливим порушенням прав інтелектуальної власності третіх осіб;
- ризик відсутності сертифікації продукції, що унеможливорює вихід на ринки, де обов'язковою умовою є відповідність продукції стандартам і технічним регламентам [71, с. 124].

Узагальнення сутнісних характеристик інноваційних ризиків дало змогу О. М. Дериколенко сформулювати таке визначення: «Під інноваційним ризиком розуміти можливість втрат від інноваційної діяльності промислових підприємств, що дозволяє в подальшому зосередити оцінку лише на ситуаціях можливих збитків промислових підприємства при впровадженні інноваційних проектів» [72, с. 80]. Таким чином, акцент робиться саме на вірогідності економічних втрат як базовому критерію оцінювання ризику.

На думку В. Й. Жежухи, найбільш оптимальною моделлю реагування на потенційні інноваційні ризики є багатокомпонентний підхід, який включає:

1. Уникнення інноваційних ризиків, що найчастіше реалізується шляхом усунення або мінімізації їх причин. Прикладами можуть бути придбання прав власності на вже готові інноваційні розробки, залучення до реалізації інноваційного проекту висококваліфікованого підрядника тощо.

2. Прийняття інноваційних ризиків, яке може мати пасивний характер (усвідомлене прийняття ризиків із низьким рівнем потенційного негативного впливу на реалізацію проекту) або активний (розроблення детальних планів дій у разі настання ризикових ситуацій, що загрожують інноваційному проекту).

3. Оптимізацію (зниження) ступеня інноваційних ризиків, яка передбачає створення відповідних резервів, використання інструментів страхування, диверсифікацію джерел фінансування й партнерських зв'язків тощо [73, с. 181–182].

Отже, саме поняття «інноваційна діяльність» логічно впливає з базових дефініцій «інновації» та «інноваційний процес». Оскільки в економічній літературі існує багатоманіття підходів до трактування цих понять, інноваційна діяльність також набуває різних змістових інтерпретацій.

У широкому розумінні інноваційна діяльність розглядається як процес, спрямований на реалізацію результатів наукових досліджень і розробок, впровадження досягнень науково-технічного прогресу, удосконалення технологічних методів, управлінських прийомів та організаційних механізмів [74, с. 205].

Термін «інноваційна діяльність» може бути конкретизований як процес виконання робіт і надання послуг, спрямований, зокрема, на:

- розроблення, створення та організацію виробництва нової продукції або продукції з поліпшеними споживчими властивостями (товарів, робіт, послуг);
- розроблення, створення й застосування нових або модернізованих технологій виробництва, поширення та використання зазначеної продукції;

- впровадження організаційних, фінансово-економічних, кадрових, інформаційних та інших інновацій під час випуску і реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), які забезпечують економію витрат і підвищення результативності діяльності [75].

Місцеве самоврядування виступає базисом соціально-економічних перетворень, що відбуваються в рамках інноваційної політики України. Його роль у забезпеченні інноваційного розвитку економіки пов'язана з низкою ключових напрямів:

- формування передумов для розширення економічної активності суб'єктів господарювання;
- підтримка інноваційної діяльності як великих, так і малих підприємств;
- розвиток інфраструктури економіки (транспорт, зв'язок, житлово-комунальне господарство, енергоресурси тощо), яка генерує зростаючий попит з боку нових виробництв.

Підвищення рівня інноваційної активності можливе лише за умови цілеспрямованого використання методів та інструментів державного регулювання. Розглядаючи інноваційні методи розвитку територіальних утворень, необхідно враховувати особливості реалізації інвестиційної політики. Для успішного досягнення її цілей слід забезпечити рівний доступ усіх зацікавлених суб'єктів до інвестиційних ресурсів території, що, своєю чергою, потребує чіткої організації роботи з інвесторами.

Основним об'єктом державного регулювання інноваційної політики регіону є потенціал території. Інноваційний потенціал територіальних утворень у сфері охорони здоров'я суттєво відрізняється залежно від рівня соціально-економічного розвитку, наявності ресурсної бази, кадрового забезпечення та стану інфраструктури. Головним механізмом інноваційної політики в цьому контексті є створення системи стимулів для залучення інвестиційних ресурсів у галузь охорони здоров'я [76, с. 117].

До переліку ключових заходів, необхідних для підвищення інноваційного потенціалу регіонів, належать:

- а) налагодження співпраці та обміну досвідом з більш розвиненими регіонами й організаціями, розташованими на їх території;
- б) забезпечення юридичної, консалтингової й інформаційної підтримки організацій-новаторів (пошук і підбір ділових партнерів, консультування сторін, сприяння у навчанні та практичній діяльності тощо);
- в) проведення конференцій, симпозіумів, круглих столів із метою формування стійкого інтересу до інноваційної діяльності;
- г) створення територіальних центрів підтримки організацій-новаторів;
- д) розроблення положень щодо надання пільг учасникам інноваційної системи.

Під інноваційним розвитком регіональної системи охорони здоров'я доцільно розуміти таку діяльність, результатом якої є вдосконалення існуючої та створення нової медичної продукції (технологій, техніки, програм або послуг), що реалізуються на ринку, а також запровадження нових або модернізованих процесів їх виробництва й використання у практичній медицині.

Аналізуючи стратегію змін у сфері охорони здоров'я, вітчизняні дослідники Л. І. Жаліло та М. І. Мартинюк підкреслюють: «Значної уваги заслуговує кластерна модель взаємодії різного рівня управління державних організацій, закладів охорони здоров'я, освіти, науки і бізнесу з метою забезпечення як інноваційного розвитку галузі, так і підвищення економічної стабільності всіх учасників даного процесу. Актуальними є стратегії, спрямовані на раціональне використання трудового потенціалу сфери охорони здоров'я і підвищення ефективності процесу управління з використанням сучасних інформаційних технологій» [77, с. 5]. Це підкреслює значення мережевих, кластерних форм організації взаємодії як інструменту посилення інноваційної спроможності системи охорони здоров'я.

Таким чином, серед факторів, що визначають інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, доцільно виокремити:

- розроблення, пошук і впровадження передових медичних технологій у практику;
- розвиток економічних відносин, орієнтованих на формування повноцінного ринку в системі охорони здоров'я;
- ефективне використання наявних кадрових і матеріальних ресурсів шляхом реалізації ресурсозберігаючої політики;
- мотивацію працівників сфери охорони здоров'я та їх зацікавленість у досягненні позитивних кінцевих результатів діяльності;
- створення системи раціональних, ефективних і взаємовигідних з економічної точки зору взаємин між закладами охорони здоров'я, підприємствами та громадянами;
- розширення ринку медичних технологій і медичних послуг, реалізацію політики рівних можливостей для різних форм власності в системі охорони здоров'я та їх заохочення;
- формування сприятливого бізнес-клімату, що підвищує інвестиційну привабливість охорони здоров'я для приватних партнерів.

Диференційований підхід до змісту інноваційного розвитку системи охорони здоров'я території передбачає, по-перше, поділ учасників системи на групи за певними ознаками з подальшим їх групуванням. У цьому розумінні диференціація неминуче поєднується з інтеграцією, яка проявляється в об'єднанні учасників територіальної системи охорони здоров'я в цілісні функціональні блоки. Зміна структури та змісту взаємодії в процесі диференціації зумовлює трансформацію траєкторій розвитку системи в цілому.

Диференційований підхід до змісту інноваційного розвитку системи територіальної охорони здоров'я – це врахування специфіки взаємодії між різними учасниками (лікувально-профілактичні заклади, міський департамент охорони здоров'я, обласне управління охорони здоров'я, страхові медичні компанії, міські й обласні департаменти економіки тощо) на основі координації

діяльності органів управління. Такий підхід дозволяє узгодити інтереси й ресурси різних інституційних суб'єктів.

Ключовим методом інноваційного розвитку регіону є програмно-цільове управління. Його основна особливість у контексті державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я полягає в орієнтації на досягнення чітко визначеного кінцевого результату. Для галузі охорони здоров'я цей результат у кількісному вимірі може бути виражений через такі показники, як: скорочення рівня смертності, зменшення інвалідності та захворюваності населення, підвищення якості й доступності медичної допомоги, покращення демографічної ситуації.

Основні завдання інноваційної політики у сфері охорони здоров'я

Інноваційна політика у сфері охорони здоров'я охоплює комплекс соціально-економічних, організаційно-просвітницьких та функціональних завдань, спрямованих на формування сприятливого середовища для розвитку інновацій, забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності.

1. Соціально-економічні завдання

До соціально-економічного блоку належать завдання, що формують передумови для динамічного інноваційного розвитку галузі:

- забезпечення сприятливих економічних умов для ефективної реалізації інноваційних процесів у сфері охорони здоров'я;
- розвиток науки та підтримка перманентного оновлення галузі;
- створення оптимальної взаємодії академічної та прикладної науки з метою генерування інноваційних ідей;
- розроблення й упровадження галузевої політики в інноваційній сфері;
- мінімізація територіальних диспропорцій у розвитку інноваційних процесів;
- забезпечення формування сприятливого інноваційного середовища на всіх рівнях;

- підтримка регіонів в організаційно-методичному аспекті;
- підготовка нових та реорганізація існуючих управлінських кадрів як ключового джерела інноваційних рішень.

2. Організаційно-просвітницькі завдання

Ця група завдань спрямована на формування інноваційної культури, підтримку міжрегіональної й міжнародної взаємодії та посилення спроможності регіональних інноваційних систем:

- популяризація та сприяння розвитку інноваційної економіки в регіоні;
- проведення досліджень у сфері інновацій, налагодження науково-дослідної діяльності;
- участь та координація розроблення і реалізації регіональних програм інноваційного розвитку в рамках територіальної інноваційної політики;
- упорядкування технологічного співробітництва між регіонами та сприяння міжнародному партнерству;
- інтеграція до загальнодержавних мереж трансферу технологій;
- системна підтримка функціонування інноваційної інфраструктури, включаючи фінансове забезпечення відповідно до регіональних стратегій;
- участь у постановці інноваційних цілей та завдань, здійсненні моніторингу й оцінювання результатів;
- організація взаємодії з різними елементами інноваційної інфраструктури, включаючи окремі установи;
- сприяння популяризації інновацій на загальнодержавному рівні.

3. Функціональні завдання

Функціональна група охоплює завдання, спрямовані на практичне впровадження інновацій, розвиток управлінської системи та забезпечення її ефективності:

- реалізація всіх напрямів регіональної інноваційної політики;

- формування оптимальної, гнучкої та ефективної управлінської системи в галузі охорони здоров'я;
- спрямування зусиль на розв'язання актуальних соціальних проблем у медичній сфері;
- розроблення та реалізація власних інноваційних проектів і програм;
- посилення економічної самостійності закладів охорони здоров'я та місцевих органів влади шляхом використання інноваційних механізмів;
- співпраця з іншими регіонами у контексті забезпечення національних інтересів;
- розвиток ефективної кадрової політики, підтримка молодих фахівців та сприяння їх залученню до інноваційної діяльності;
- інформування населення і роботодавців щодо можливостей та результатів інновацій у сфері охорони здоров'я.

У дослідженні підкреслено, що наведені показники виступають базовими індикаторами (критеріями) державного регулювання, здійснюваного на основі програмно-цільової моделі інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Саме ці індикатори дають можливість оцінити результативність застосованого механізму регулювання.

За основний інструмент програмно-цільового управління у сфері охорони здоров'я приймається Програма державних гарантій медичного обслуговування населення, показники якої відображають кінцеві результати діяльності медичних закладів, організацій та всієї системи охорони здоров'я.

Застосування програмно-цільового підходу ґрунтується на низці принципів, зокрема:

- орієнтації на чітко визначений позитивний кінцевий результат;
- наскрізному плануванні об'єкта управління на всіх рівнях;
- забезпеченні принципу безперервності управлінського циклу.

Удосконалення наукових засад розроблення та реалізації державних заходів у сфері розвитку охорони здоров'я регіону визначається одним з ключових чинників зростання ефективності цієї діяльності. Науковий внесок у

сферу управління охороною здоров'я проявляється, зокрема, у створенні раціонального механізму практичного втілення програмно-цільового підходу — програмно-цільової моделі.

Згідно з визначенням, програмно-цільова модель — це науково обґрунтоване уявлення про явища та процеси, що реалізуються у межах програмно-цільового підходу і передбачають формування комплексу взаємопов'язаних у часі, ресурсах та виконавцях заходів, орієнтованих на досягнення пріоритетних цілей [78, с. 321].

Особливості практичного застосування програмно-цільової моделі

Ефективність реалізації програмно-цільової моделі розвитку системи охорони здоров'я передбачає використання повного спектру управлінських заходів, спрямованих на досягнення стратегічних цілей, у поєднанні з безперервним управлінським впливом на об'єкти моделі. Для сфери охорони здоров'я така модель має бути максимально цілеспрямованою, структурно простою та орієнтованою на досягнення одного домінуючого результату.

Програмно-цільова модель розвитку охорони здоров'я регіону, побудована на принципах державного регулювання, наведена на рис. 2.3 (у тексті дослідження).

Попри наявність напрацювань у науковій літературі, існуючі програмно-цільові моделі не забезпечують достатньої деталізації заходів, що можуть бути застосовані під час розроблення конкретних загальнодержавних цільових програм. Водночас такі моделі дозволяють визначити ключові елементи управління в регіоні та здійснювати вплив на перебіг інноваційних процесів.

Програмно-цільові програми як інструмент державної політики

У державній політиці цільові програми традиційно використовуються для підвищення результативності й раціоналізації бюджетних витрат. В охороні здоров'я регіональне регулювання базується на програмах, побудованих за логіко-структурною схемою «мета – заходи – ресурси».

Такі програми передбачають:

- визначення стратегічних і тактичних цілей;

- вибір методів та інструментів їх досягнення;
- погодження зазначених заходів із відповідними органами державної влади;
- узгодження заходів із ресурсною базою, необхідною для їх реалізації.

Узгодженість мети, ресурсів і заходів утворює алгоритм дій, який визначає:

1. послідовність кроків, що забезпечують досягнення визначених цілей;
2. обсяги необхідних витрат;
3. часові рамки реалізації.

Тривалість виконання заходів та вирішення програмних завдань визначається логікою побудови програми, її технологією, змістом, етапністю та ресурсними обмеженнями. Чітка структурованість цих компонентів створює передумови для підвищення результативності регулювання та ефективності використання бюджетних ресурсів.

Відповідно до чинного законодавства України, цільові програми та міждержавні цільові програми, у реалізації яких бере участь Україна, трактуються як «... комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням» [79]. Це визначення підкреслює системний характер програм та їх спрямованість на досягнення стратегічно важливих результатів.

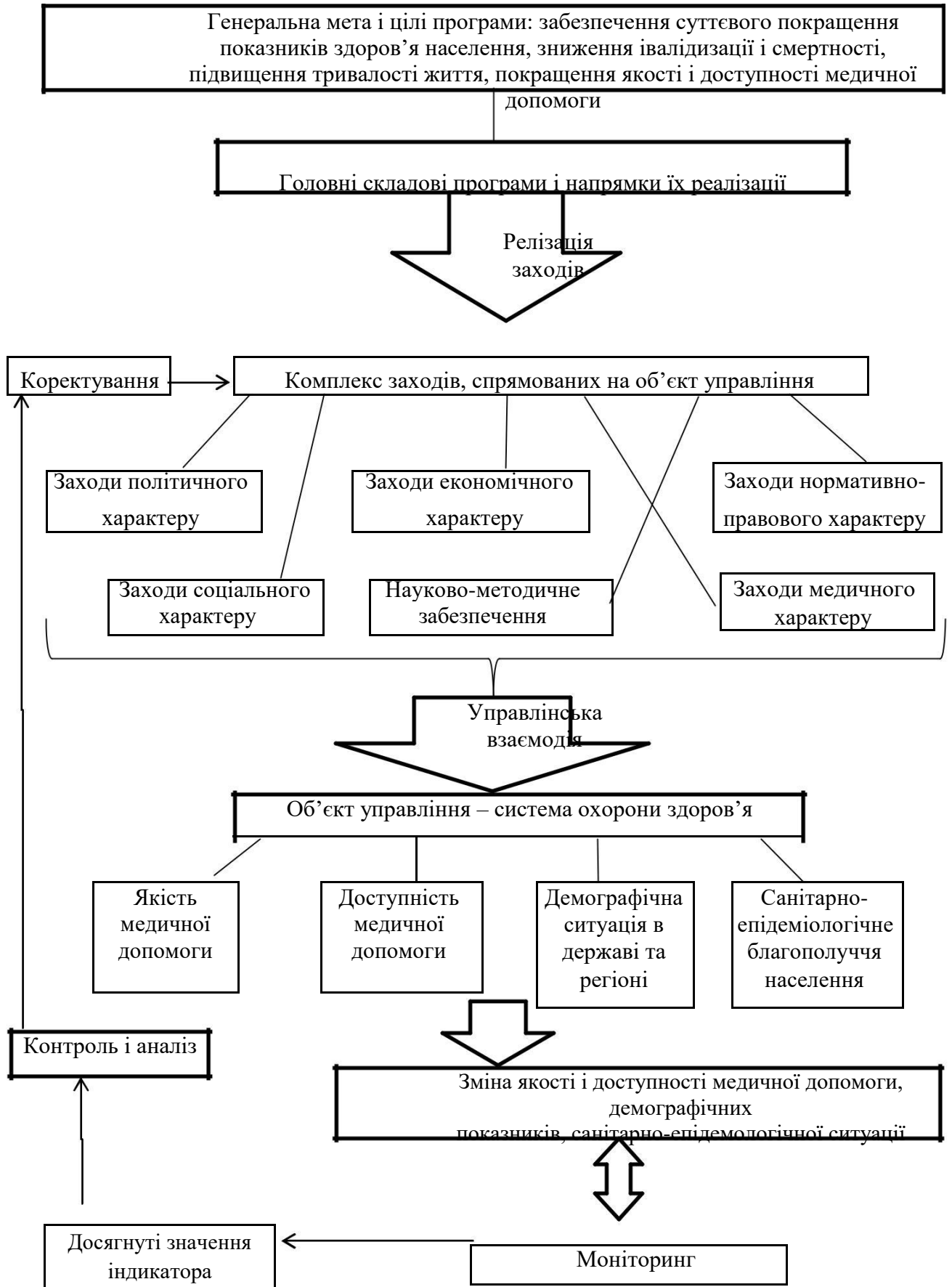


Рис.2 3. Програмно-цільова модель розвитку системи охорони здоров'я на основі державного регулювання.

У контексті охорони здоров'я поняття «цільова програма» має певну специфіку, пов'язану з орієнтацією на досягнення чітко визначених, попередньо сформульованих цілей соціально-економічного, валеодемографічного або епідеміологічного характеру. Саме змістовний акцент на "цільовості" відображає спрямованість програм на вирішення найважливіших проблем здоров'я населення та підвищення ефективності функціонування медичної галузі.

У сфері охорони здоров'я цільові програми доцільно розглядати як «... документ, у якому відбиваються мета і комплекс виробничих, науково-дослідницьких, організаційно-господарських, соціальних та інших завдань і заходів, спрямованих на вирішення найбільш ефективним шляхом економічних проблем і пов'язаних відповідно до ресурсів, виконавців і термінів здійснення» [80, с. 58]. Відтак, успіх реалізації таких програм обумовлюється чітким формулюванням цілей, узгодженістю заходів, часовою структурою та якісним ресурсним забезпеченням.

Ефективність програмно-цільового підходу залежить від того, наскільки програмні заходи:

- зорієнтовані на конкретні, вимірювані цілі;
- є взаємопов'язаними та логічно послідовними;
- мають чітке ресурсне забезпечення;
- узгоджені між виконавцями різних рівнів;
- підкріплені реалістичними строками виконання.

З огляду на викладене, до ключових принципів розроблення та реалізації цільових програм у сфері охорони здоров'я належать:

- кореляція між метою програми та поставленими завданнями, що забезпечує логічну єдність програмного документа;
- цільова визначеність усіх програмних заходів, що гарантує спрямованість на конкретні проблеми й очікувані результати;

- урахування ймовірнісних факторів шляхом розробки альтернативних сценаріїв заходів з огляду на варіанти розвитку медико-соціальної ситуації на національному чи регіональному рівнях;
- визначення взаємозв'язку програми з іншими цільовими програмами, що дозволяє уникнути дублювання функцій та посилити кумулятивний ефект управлінських дій;
- адресний характер заходів, які орієнтовані на конкретні категорії населення, території або групи проблем;
- централізація необхідних ресурсів — людських, фінансових, технічних, інформаційних та інших, що забезпечують реалізацію програми в повному обсязі;
- забезпечення ефективного менеджменту процесу виконання програми, включаючи моніторинг, контроль та оцінювання результатів.

На підставі виділених ознак та завдань сформовано класифікацію програм.

Цільові програми у сфері охорони здоров'я можуть бути класифіковані за різними ознаками. Найбільш поширеним є поділ за рівнем значимості програми та за методами фінансування у бюджетному процесі. Кожна з наведених груп відображає специфіку організаційних, ресурсних та управлінських механізмів їх реалізації.

1. Класифікація за рівнем значимості

1. Міжнародні програми. Це програми, що безпосередньо стосуються інтересів світової спільноти і передбачають виконання міжнародних зобов'язань України. Їхня реалізація спрямована на вирішення глобальних проблем у сфері охорони здоров'я та забезпечення інтеграції держави до міжнародних систем співробітництва.

2. Загальнодержавні програми. Вони орієнтовані на розв'язання проблем загальнонаціонального масштабу й охоплюють медико-соціальну сферу всієї країни. Дія таких програм поширюється на всю територію держави, а їхні результати мають системоутворюючий характер.

3. Регіональні програми. Спрямовані на вирішення специфічних проблем у межах окремого регіону. Основне завдання — адаптація загальнодержавних цілей до потреб і можливостей певної адміністративно-територіальної одиниці.

4. Міські програми. Їх зона дії обмежена конкретною міською громадою. Програми вирішують локальні питання охорони здоров'я населення конкретного населеного пункту та спрямовані на підвищення якості медичних послуг у межах міста.

5. Галузеві програми. Такі програми розробляються для розв'язання проблем у межах окремої галузі чи підгалузі охорони здоров'я (наприклад, програми онкологічної допомоги, імунопрофілактики, боротьби з серцево-судинними захворюваннями тощо).

2. Класифікація за методами фінансування у бюджетному процесі

1. Довгострокова цільова програма (загальнодержавна програма). Розробляється органом виконавчої влади відповідного рівня, а затверджується органом законодавчої влади. Вона передбачає комплексну систему заходів на тривалий період та визначає обсяги, джерела і механізми бюджетного фінансування.

2. Відомча цільова програма. Представляє собою комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямованих на розв'язання конкретного тактичного завдання у межах певного міністерства, служби чи іншого центрального органу виконавчої влади. Фінансування здійснюється за рахунок коштів відповідного відомства, а результати спрямовані на досягнення його спеціальних функцій.

Цільова програма може містити кілька підпрограм, кожна з яких зорієнтована на розв'язання окремих спеціально визначених завдань у межах загальної програми. Такий поділ дає можливість раціонально структурувати й упорядковувати комплекс заходів, враховуючи масштабність поставлених цілей, складність їх реалізації та необхідність оптимізації управлінських рішень. Замовниками довгострокових програм виступають як центральні органи державної влади, так і органи місцевого самоврядування, що формують

і реалізують регіональні сегменти відповідних програм. Отже, залежно від рівня ухвалення та затвердження, виокремлюються загальнодержавні, регіональні та міські цільові програми.

Вимоги до бюджетних цільових програм

Сучасний підхід до формування бюджетних цільових програм передбачає дотримання низки обов'язкових вимог:

- чітке визначення мети програми, що узгоджується з державними пріоритетами, повноваженнями та сферою відповідальності центральних органів виконавчої влади;
- кількісна конкретизація очікуваних результатів, включаючи проміжні (обсяги, якість та масштаб послуг) та кінцеві результати (соціально-економічний або медико-санітарний ефект);
- формування системи показників для оцінювання результативності програми (індикаторів економічної та соціальної ефективності) із визначеними цільовими значеннями для попереднього, поточного та підсумкового аналізу;
- обґрунтування необхідних ресурсів, включаючи оцінку зовнішніх умов та можливих ризиків, що можуть вплинути на хід реалізації програми;
- створення системи управління програмою, розмежування функцій, повноважень і відповідальності між виконавцями [80а].

Нормативна основа розробки та реалізації цільових програм

Порядок розроблення та виконання державних цільових програм визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 106 «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» (зі змінами) [81]. Цим документом регламентовано етапи формування, експертизи, затвердження та реалізації програм.

Розроблення і реалізацію регіональних програм унормовано Постановою Кабінету Міністрів України № 1007 від 21 липня 2006 року «Про затвердження стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року» [82]. У межах регіональної політики такі програми пов'язуються із системою цілей, завдань і

показників діяльності суб'єктів бюджетного планування та знаходять відображення у відповідних доповідях.

Як зазначає Л. С. Гринів, застосування стратегічного підходу до формування пріоритетів розвитку регіонів забезпечує концентрацію зусиль влади на найбільш перспективних напрямках, одночасно створюючи умови для вирішення ключових проблем, таких як ефективне використання ресурсів, подолання диспропорцій, формування ринкових структур та поглиблення спеціалізації [83, с. 8].

Особливості регіональних цільових програм

Регіональна цільова програма є самодостатнім документом, окремі положення якого включаються до стратегічних звітів суб'єкта бюджетного планування. На відміну від загальнодержавних програм, регіональні за критерієм масштабності не поділяються на підпрограми. Важливо, що заходи таких програм не повинні дублювати заходи загальнодержавних ініціатив, і водночас фінансові ресурси загальнодержавних програм не можуть включатися до регіональних проектів.

Регіональні програми є оптимальною формою впровадження програмно-цільового підходу, оскільки:

- мають чітку прив'язку до функціональної та відомчої класифікації;
- забезпечують прозорість планування та реалізації;
- передбачають наявність єдиного адміністратора результатів;
- можуть бути масштабовані до рівня загальнодержавних програм.

На думку А. Шарапова, С. Сухобойченко та О. Севостьянової, регіональні програми слід розглядати як «інструмент змін, обраний серед альтернативних варіантів як найбільш ефективний засіб досягнення запланованих результатів» [84, с. 5]. Подібної позиції дотримується й Д. В. Карамишев, вказуючи, що саме цільові програми повинні стати основою планування в охороні здоров'я [85, с. 280].

Значення програм у контексті інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я

Головним орієнтиром моделі державного регулювання інноваційного розвитку регіональної системи охорони здоров'я є підвищення ефективності використання ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, наукових, інформаційних тощо) та залучення інвестицій.

Відповідно до стратегічних державних документів, пріоритетами інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я виступають:

- забезпечення державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги;
- упровадження медичного страхування;
- оптимізація організації медичної допомоги;
- покращення системи забезпечення лікарськими засобами;
- інформатизація галузі;
- розвиток медичної науки і впровадження інновацій;
- удосконалення системи охорони здоров'я населення;
- реалізація відповідних національних програм («Програма економічних реформ...» [88], «Здоров'я 2020: український вимір» [89]).

Парадигмальні зміни у сфері охорони здоров'я

Сучасні трансформаційні процеси зумовлюють переорієнтацію парадигми охорони здоров'я відповідно до вимог інноваційного суспільства. Науковці (Ю. Шарабчієв, Г. Л. Апанасенко та ін.) наголошують, що традиційна модель, зосереджена переважно на лікуванні захворювань, поступово поступається місцем концепції, у якій пріоритет віддається збереженню здоров'я, профілактиці, формуванню здорового способу життя та відповідальності громадян за власне здоров'я [91; 92].

Ці зміни відображають:

- необхідність раціонального використання обмежених ресурсів,
- інтеграцію ринкових підходів у діяльність медичних організацій,
- використання міжнародного досвіду для модернізації національної системи охорони здоров'я.

Узагальнюючи викладене, у дослідженні сформульовано поняття «економічна парадигма охорони здоров'я інноваційного суспільства», яке визначається як система суспільних знань, методологій та управлінських рішень, спрямованих на розв'язання проблем практичної медицини, оптимізацію державного регулювання ринку медичних послуг та ефективне використання ресурсів.

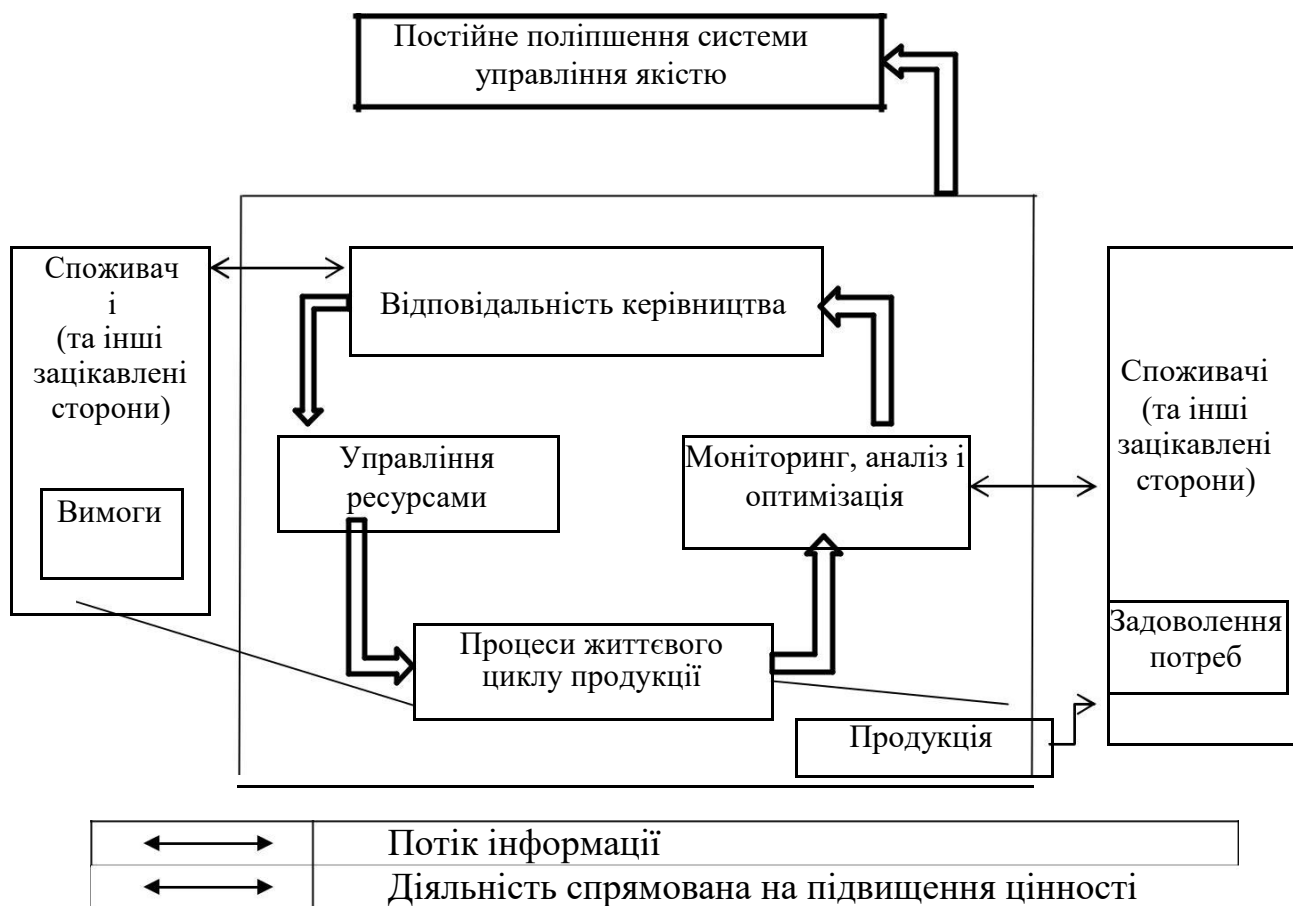


Рис. 2.4. Модель системи управління якістю, що ґрунтується на процесному підході.

Особливе місце серед пріоритетних завдань державної політики у сфері регулювання інноваційної діяльності в охороні здоров'я посідають заходи, спрямовані на створення сприятливого середовища для функціонування медичних організацій (установ) – виконавців державних та муніципальних послуг у галузі охорони здоров'я. Передусім це заходи, які забезпечують

нормативні, фінансові, організаційні та інформаційні передумови їх ефективної діяльності.

До ключових напрямів такого інституційного забезпечення належать:

- правове регулювання організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я, тобто формування стабільної нормативно-правової бази їх функціонування;
- бюджетне й податкове регулювання, спрямоване на створення умов для оптимізації податкового навантаження медичних закладів (організацій) і раціоналізації структури їх доходів та видатків;
- розроблення та запровадження загальнодержавних і регіональних цільових програм, що забезпечують реалізацію конституційних прав громадян на якісну медичну допомогу, у тому числі в рамках системи медичного страхування;
- передача у власність територіальних громад об'єктів, які перебували у державній власності, але є необхідними для надання медичних послуг, з метою посилення ролі місцевого самоврядування в управлінні медичною інфраструктурою;
- методична підтримка медичних організацій, включно з організацією й проведенням конференцій, семінарів, «круглих столів» з актуальних питань діяльності закладів охорони здоров'я;
- системна підготовка й підвищення кваліфікації кадрів медичних установ, формування резерву управлінських і клінічних фахівців;
- інформаційна підтримка, зокрема роз'яснювальна робота щодо конституційних прав населення на безоплатну медичну допомогу та ролі громадян у формуванні системи громадського контролю за діяльністю медичних організацій.

Принциповою рисою сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я є її реалізація в контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції «управління витратами» до моделі «управління за результатами». Унаслідок трансформацій у вітчизняній системі

охорони здоров'я нині функціонують медичні заклади різних форм власності та організаційно-правових форм, що об'єктивно зумовлює необхідність формування нової концептуальної моделі механізму реалізації державної політики в цій сфері.

У системі публічного управління впровадження державної політики здійснюється на всіх рівнях на засадах інтеграції двох концепцій – «управління витратами» та «управління за результатами». Розглядаючи механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в площині теорії та методології публічного управління, автор пропонує трактувати його як комплекс стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих шляхом деталізації цілей державної соціально-економічної політики, а також як сукупність методів корпоративного й публічного менеджменту, інструментів, важелів і стимулів, що підтримують функціонування підсистем, через які управлінська система створює необхідні умови для ефективної діяльності взаємопов'язаних суб'єктів інституційної структури сфери охорони здоров'я та досягнення соціально значущих результатів на основі зворотних зв'язків.

Відповідно до методології управління за результатами, основними принципами формування механізму реалізації державної політики в сфері інноваційного розвитку системи охорони здоров'я виступають:

- орієнтація на потреби споживача медичних послуг і впровадження елементів конкурентних відносин у галузі;
- системний підхід та постійне вдосконалення процесів, продуктів і послуг;
- удосконалення інструментів управління та контролю, запровадження сучасних управлінських технологій;
- лідерство і залучення працівників усіх рівнів до прийняття та реалізації управлінських рішень;
- створення інформаційного середовища та відповідних технологій, необхідних для ефективної реалізації управлінських рішень;
- відповідність принципам програмно-цільового управління та вимогам проєктного менеджменту;

- використання інструментів стратегічного й оперативного планування, логістики та налагодження взаємовигідних відносин із постачальниками;
- підвищення якості фінансового управління в галузі охорони здоров'я, зокрема шляхом адаптації інструментів корпоративного менеджменту;
- визначення вимірюваних результатів двох типів:
 1. таких, що відображають ступінь задоволення потреб зовнішніх споживачів;
 2. таких, що характеризують обсяги й якість надання медичної допомоги;
- посилення мотивації керівників до оптимізації чисельності персоналу, раціоналізації витрат на його утримання та підвищення ефективності використання трудових ресурсів.

Водночас зарубіжний досвід, особливо досвід економічно розвинених держав, засвідчує, що інноваційний розвиток охорони здоров'я не може ґрунтуватися виключно на альтруїстичних засадах. Глибокі зміни в екологічному середовищі, психологічні трансформації суспільства, зміна структури захворюваності та стану здоров'я населення, а також глобальні економічні тенденції роблять неможливим покладення всієї фінансової відповідальності за інноваційний розвиток галузі виключно на державу. У результаті істотна частина витрат на підтримку здоров'я перекладається на самих споживачів і на страхові організації.

Проведений аналіз дав змогу автору сформулювати поняття «управлінська парадигма охорони здоров'я інноваційного суспільства». Під цим поняттям пропонується розуміти сукупність знань, рішень і підходів, прийнятих суспільством, щодо розв'язання проблем функціонування практичної медицини, які адекватно відображають реальний стан системи охорони здоров'я, дозволяють прогнозувати напрями її розвитку в умовах ринкової економіки та забезпечують завдяки державному регулюванню ринку медичних послуг належну організацію процесу надання медичної допомоги населенню й ефективне використання наявних ресурсів.

Спроби реформувати систему охорони здоров'я здійснювалися в багатьох країнах світу. Узагальнення міжнародного досвіду дає підстави стверджувати, що універсальної моделі державного регулювання цієї сфери, придатної для всіх країн, не існує. Ступінь централізації управління, порядок формування та розподілу витрат між громадянами істотно відрізняються залежно від історичних, економічних та соціокультурних особливостей держав. Водночас виявлені загальносвітові тенденції розвитку охорони здоров'я дозволяють зробити низку важливих висновків.

По-перше, наявність медичного страхування не гарантує повного доступу до всього спектра послуг охорони здоров'я. У більшості країн страховий поліс мають практично всі громадяни, однак перелік медичних послуг, що надаються в його межах, є обмеженим. Обсяг допомоги часто «дозується», а отримання тієї чи іншої послуги може супроводжуватися тривалим очікуванням.

По-друге, майже в усіх державах спостерігається стала тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я, що призводить до дефіциту бюджетів і потребує запровадження непопулярних заходів – підвищення податків, скорочення обсягів соціальних пільг, підвищення співоплати населення.

По-третє, найефективнішими є ті системи охорони здоров'я, де поступово відбувається відхід від жорстко централізованих моделей управління, посилюється роль ринкових механізмів, конкуренції, розподілу витрат між різними суб'єктами та забезпечується свобода вибору пацієнтом медичного закладу і лікаря.

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

Таким чином, якщо в умовах традиційного «управління витратами» ключовою одиницею системи охорони здоров'я виступає організація зі сталою спеціалізацією, визначеним набором послуг, стабільним колом клієнтів і постачальників, фіксованою структурою та відносно незмінними технологіями, то в координатах інноваційного розвитку домінує орієнтація на послідовність унікальних тактичних і стратегічних завдань, які система змушена розв'язувати в динамічному середовищі. Це вимагає постійної адаптації пріоритетів, методів, технологій та управлінських підходів до змін соціально-економічної ситуації та появи нових технічних і технологічних можливостей.

З цієї позиції управління системою охорони здоров'я доцільно розглядати як управління рухом усієї системи в цілому, її суб'єктами та окремими працівниками, що спрямоване на досягнення результатів, які на відповідному етапі соціально-економічного розвитку держави та місцевого самоврядування мають першочергове значення.

Запропонований автором концептуальний підхід до встановлення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України орієнтований на перехід до бюджетного регулювання, зорієнтованого на результат. На рис. 2.5 представлено концепцію механізму реалізації державної регуляції інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, у якій виокремлено кілька взаємопов'язаних підсистем (цільова, управлінська, забезпечувальна, оціночна), а також комплекс методів корпоративного й публічного менеджменту, що формують систему стимулів, важелів та інструментів діяльності. Оціночна підсистема побудована таким чином, щоб забезпечувати стійкі зв'язки у ланцюзі «цілі – ресурси – витрати – результати – цілі» як по горизонталі, так і по вертикалі управлінської ієрархії та підтримувати взаємодію між різними рівнями управління.



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

Очікуваними соціально значущими результатами реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я мають стати: забезпечення державних гарантій щодо надання громадянам безоплатної медичної допомоги у повному обсязі; підвищення ефективності функціонування системи надання медичної допомоги через перехід від моделі «управління витратами» до моделі «управління результатами»; поліпшення системи лікарського забезпечення населення; практична реалізація національного проєкту – «Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” на 2012–2020 роки» тощо.

Окремий етап реформування державного управління в сфері охорони здоров'я в Україні було започатковано у форматі пілотного проєкту в низці областей. Правовим підґрунтям цього виступає Закон України від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (зі змінами) [94].

Водночас, на сучасному етапі соціально-економічного розвитку держави під час проведення моніторингу діяльності органів державної влади й органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я необхідно використовувати систему критеріїв, що відображають різні аспекти розвитку соціально-економічної системи, а саме:

- інституційний розвиток (як розвиток органу влади як організаційної структури);
- економічний розвиток;
- соціальний розвиток;
- екологічний розвиток.

Як результуючі показники при цьому застосовуються як об'єктивні, так і суб'єктивні параметри. До об'єктивних належать: показники стану здоров'я населення і якості життя; зниження рівня смертності та захворюваності; обсяги амбулаторної допомоги, насамперед профілактичної, яка дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях; ефективність використання ліжкового фонду (обіг і зайнятість ліжка, середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі тощо); обсяги надання високотехнологічної медичної допомоги. Суб'єктивні показники пов'язані з оцінкою рівня задоволеності населення якістю медичних

послуг. Така оцінка здійснюється на основі моніторингу задоволеності споживачів за допомогою соціологічних методів: опитувань пацієнтів працівниками медичних установ і громадськими організаціями, проведення зустрічей із населенням, роботи «гарячих телефонних ліній» тощо.

Механізм реалізації державної політики щодо регулювання інноваційної діяльності в охороні здоров'я включає сукупність взаємопов'язаних елементів: цільову, керуючу, забезпечуючу та оціночну підсистеми, а також комплекс функцій і методів публічного та корпоративного управління, які визначають систему важелів, стимулів та інструментів впливу.

До цільової підсистеми належать такі ключові орієнтири, як: підвищення якості медичної допомоги; забезпечення доступності медичних послуг для населення; підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я; зростання ступеня задоволеності населення отриманою медичною допомогою тощо.

У керуючій підсистемі виокремлюються:

- органи, що здійснюють державну політику в сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, до складу якого входять Державна служба України з лікарських засобів, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Національний комітет Товариства Червоного Хреста України, Національна академія медичних наук України; управління охорони здоров'я обласних та районних державних адміністрацій, міські управління охорони здоров'я; медичні організації (установи), що безпосередньо надають медичні послуги);
- рівні реалізації державної політики – загальнодержавний, регіональний та рівень місцевого самоврядування.

Забезпечуюча підсистема охоплює: демографічні ресурси; фінансові ресурси; матеріально-технічну базу; нормативно-методичне забезпечення (моделі надання медичних послуг, стандарти якості тощо).

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

Функції та методи публічного й корпоративного управління, що застосовуються в межах зазначеного механізму, включають: планування та прогнозування; субсидування (у тому числі на засадах співфінансування); державне та самоврядне фінансування, у тому числі програм медичного страхування; розподіл бюджетних трансфертів; бюджетування, орієнтоване на результат; тарифну політику в системі медичного страхування; оподаткування; кредитування організацій охорони здоров'я; амортизаційну політику; фінансовий контроль (аудит), зокрема аудит ефективності використання бюджетних коштів і державної власності. Відповідно, як важелі, стимули та інструменти визначаються: норми амортизації; податкові пільги; національні проєкти; гарантований обсяг медичної допомоги; штрафи та пеня; орендні ставки; різні види винагород.

Очікувані результати реалізації державної політики щодо вдосконалення механізмів регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України, згідно з «Концепцією Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” на 2012–2020 роки», схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р, полягають у «...збереженні та зміцненні здоров'я населення шляхом профілактики неінфекційних захворювань, мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища, формуванні культури здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя, створенні системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним потребам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані окремими класами хвороб та нозологічними формами» [89].

Поглиблений аналіз фінансових систем у сфері охорони здоров'я засвідчує необхідність креативного використання ефективних зарубіжних практик (на основі системного аналізу) у процесі поступової реформації української системи охорони здоров'я. Передусім це стосується вдосконалення методів та інструментарію державного регулювання інноваційного розвитку, а також формування й раціонального використання фінансових потоків, спрямованих у галузь охорони здоров'я. Сучасні управлінські тенденції та оновлені принципи

організації охорони здоров'я населення мають бути узгоджені з економічною парадигмою інноваційного розвитку охорони здоров'я. Серед таких принципів можна виокремити: комплексний підхід до охорони здоров'я; міжвідомчу кооперацію; визнання безумовного обов'язку держави перед нацією щодо забезпечення демографічної безпеки; вмотивованість громадян до зміцнення власного здоров'я; посилення ролі медичної науки і підвищення її результативності; пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Дослідження потреби в удосконаленні державної політики з підвищення ефективності функціонування медичної сфери України, за висновками І. М. Куцина, свідчить: «Реформування медичної галузі у сучасних соціально-економічних умовах викликає необхідність розробки концептуально-методологічних засад забезпечення системи державного управління та регулювання розвитку галузі новітніми технологіями, а особливістю функціонування зовнішньої та внутрішньої державної політики у контексті європейської інтеграції стає необхідність її реалізації через інноваційні механізми з урахуванням національних інтересів» [95, с. 279].

За сучасних умов система охорони здоров'я поступово набуває статусу одного з основних державних пріоритетів і реалізується в межах цілісної системи державного регулювання. Реформи соціальної сфери загалом є одним із найвагоміших чинників трансформації суспільства, держави та її регіонів. У більшості економічно розвинених країн регулювання економіки в інтересах населення, посилення соціальної відповідальності та справедливості, підвищення рівня соціального захисту громадян розглядаються як невід'ємна функція держави. Для України передумовою прискореного й водночас стійкого соціально-економічного розвитку є збереження, наслідування й активізація дієвості цих принципів на національному та регіональному рівнях.

У напрямках державного регулювання охорони здоров'я відображаються форми й способи реалізації соціальних зобов'язань держави перед населенням, стратегічні орієнтири й пріоритети у сфері зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. В умовах сучасного світу система охорони здоров'я має спиратися на законодавчі норми, покликані мінімізувати територіальну нерівність у доступі

до медичної допомоги шляхом упровадження нових технологічних стандартів, а також створювати сприятливе середовище для ефективного функціонування економічних відносин у процесах виробництва, споживання й управління медичними послугами.

У ситуації розвитку сучасної економіки особливо гостро постають проблеми недостатньої економічної бази, недосконалості механізмів фінансування робіт і відсутності належних стимулів для органів місцевого самоврядування щодо розроблення й реалізації цільових програм. Ускладнює ситуацію відсутність повноцінних бюджетів розвитку регіонів, брак зацікавленості в інноваційній політиці та формуванні інноваційної інфраструктури територій.

Отже, каталізаторами процесу вдосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в сучасних умовах мають виступати:

- по-перше, соціальні реформи як активні чинники трансформації системи охорони здоров'я на загальнодержавному й регіональному рівнях;
- по-друге, форми й методи реалізації соціальних зобов'язань держави у сфері охорони здоров'я населення;
- по-третє, реалізація пріоритетних національних проєктів та цільових програм, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я.

2.2. Оцінювання ефективності регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Базовою емпіричною основою нашого магістерського дослідження виступило комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» (КНП ХОР «ОКЛ»).

Структура надання медичної допомоги в КНП ХОР «ОКЛ» охоплює як кількісні, так і якісні параметри наявних ресурсів, що забезпечують діагностичну та консультативно-лікувальну діяльність. Ідеться про матеріально-технічні ресурси, кадровий потенціал (кваліфіковані медичні та управлінські працівники), організаційні засади управління якістю медичної допомоги, застосовувані медичні технології тощо.

Керівництво КНП ХОР «ОКЛ» приділяє особливу увагу забезпеченню дотримання медичним персоналом чинних нормативів і стандартів виконання медичних втручань. Фактично цей процес розпочинається вже на етапі добору персоналу. Усі медичні працівники закладу повинні мати повний пакет документів, що підтверджують відповідний рівень освіти, кваліфікації та професійного досвіду. Під час прийняття на роботу і перед початком виконання посадових обов'язків кожен спеціаліст обов'язково ознайомлюється зі своїми функціональними обов'язками, формами статистичної, медико-правової та іншої документації, правилами її ведення й оформлення, а також проходить необхідні інструктажі.

Заступники головного лікаря КНП ХОР «ОКЛ» здійснюють поточний контроль за дотриманням медичними працівниками стандартів (нормативів) проведення медичних втручань, а також за правильністю і повнотою ведення медичної документації.

Для медичних фахівців усіх рівнів та структурних підрозділів адміністрація як КНП ХОР «ОКЛ» загалом, так і окремих його підрозділів систематично організовує навчальні заходи – тренінги, лекції, семінари тощо – з питань стандартів медичного обслуговування, етики й деонтології, правових аспектів професійної діяльності.

До основних методів оцінки задоволеності пацієнтів рівнем медичних послуг (медичної допомоги), які застосовуються в закладі, належать:

- аналіз звернень, пропозицій і скарг пацієнтів КНП ХОР «ОКЛ»;
- аналіз частки повторних звернень до інших спеціалістів або підрозділів КНП ХОР «ОКЛ».

Проведення зазначених заходів покладається на керівників структурних підрозділів із обов'язковим інформуванням головного лікаря про результати.

Охорона здоров'я в Україні визначається пріоритетним напрямом діяльності держави та суспільства і є одним із ключових чинників виживання та розвитку народу. Ведуча роль у функціонуванні галузі належить кваліфікованим фахівцям, адже саме через їхню діяльність реалізується державна політика, спрямована на зміцнення інтелектуального, фізичного та духовного потенціалу суспільства, а також на забезпечення надання якісних медичних послуг.

В умовах трансформації економічних відносин між суб'єктами, які отримують, організовують, надають і фінансують медичну допомогу, сформувалася ситуація, коли традиційні, «старі» підходи до оцінки потреб у медичних послугах, способи їх організації та надання, методи визначення необхідного ресурсного потенціалу і порядок фінансування вже не забезпечують належної ефективності функціонування системи організації та надання медичної допомоги.

У дореформений період в Україні використовувалися планові показники, що характеризували можливості медичних установ надавати обмежений, жорстко регламентований перелік медичних технологій та послуг, адаптований до умов командно-адміністративної економіки. Ефективність системи оцінювалася переважно за ступенем виконання медичними установами планових завдань: рівень госпіталізації, оборот і функція стаціонарного ліжка, функція лікарської посади в поліклініці, кількість відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволяли оцінювати ступінь використання ресурсів мережі медичних закладів, проте не відображали складної технологічної структури лікувальної допомоги і зорієнтовували керівників переважно на екстенсивну експлуатацію ресурсів, нарощування технологічного й кадрового потенціалу закладів.

В умовах централізованого нормування всіх ресурсів системи організації й надання медичної допомоги фактично були відсутні нормативи діяльності медичних установ, орієнтовані на пацієнта, на досягнення персоналізованих результатів лікування і реальне поліпшення стану здоров'я населення. Їх своєрідно замінювали дані медичної статистики, що відображали рівень якості життя та здоров'я населення через агреговані показники – захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість життя тощо.

Реформа сфери медичних послуг у частині впровадження програм державних гарантій через систему обов'язкового медичного страхування мала на меті формування економічних відносин інтенсивного типу, побудованих на договірній основі між медичними організаціями та страховими медичними компаніями. Відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. до кінця 2014 року планувалося завершити підготовку до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування [88].

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

Одночасно схема планування, що традиційно застосовувалася у вітчизняній системі охорони здоров'я й орієнтувалася на фактичні «потужності» медичних організацій, вступила в протиріччя із сучасною законодавчою базою, яка регулює сферу медичних послуг, і, відповідно, потребує суттєвого оновлення.

Науково обґрунтоване визначення нормативів для кількісної оцінки необхідного для населення обсягу медичних послуг, а також обґрунтування ресурсного забезпечення матеріальних і трудових витрат постає як важлива наукова проблема. У 80–90-х роках ХХ ст. її розв'язанню перешкоджала відсутність достатньої емпіричної бази, необхідної для проведення ґрунтовних досліджень і розробки нової схеми планування в сфері медичних послуг. Історичний період, який переживала тоді Україна, характеризувався політичною та економічною нестабільністю, що не сприяло накопиченню й систематизації релевантних даних.

Відповідно до державної стратегії, спрямованої на забезпечення ефективного використання ресурсного потенціалу медичних організацій, у поєднанні з організаційно-економічним механізмом модернізації системи організації та надання медичних послуг, автором дисертаційного дослідження (дисертантом) запропоновано основні підходи до формування програми державних гарантій медичних послуг. Ці підходи покликані врахувати

відповідність між попитом населення на сучасні медичні технології та пропозицією медичних організацій щодо їх забезпечення.

Головною метою зазначених підходів, у межах чинного нормативно-правового поля, є розробка регіональної програми державних гарантій і формування державних завдань для медичних організацій таким чином, щоб забезпечити підвищення структурної ефективності регіональних систем організації та надання медичних послуг у цілому. Паралельно передбачається досягнення максимально можливої технологічної ефективності кожного окремого закладу охорони здоров'я, у тому числі шляхом використання інтеграційних і конкурентних механізмів.

Такий підхід до управління сферою медичних послуг, що ґрунтується на управлінні державним замовленням на медичну допомогу для медичних організацій, набуває особливої актуальності в умовах зміни організаційно-правових форм медичних закладів, спрямованої на розширення їхньої господарської та фінансової самостійності й посилення відповідальності керівників. На думку О. В. Акуленко, до чинників, що негативно впливають на ефективність функціонування медичної сфери України, належать, по-перше, «... нерозвиненість інноваційних форм управління нею і недостатня професійна компетентність керівників закладів охорони здоров'я, державних службовців і посадових осіб, які працюють на державній службі в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування»; по-друге, «... в теорії та практиці управління медичною галуззю існують суперечності між якістю й обсягом управлінської діяльності керівників і відсутністю економічного стимулювання за ділові та професійні якості, що демонструють працівники органів управління під час виконання службових обов'язків» [97, с. 9].

Методична незалежність процесів планування медичних послуг та їх ресурсного забезпечення від організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я дає змогу забезпечити рівноправну участь приватних медичних організацій, а також «нових» бюджетних та автономних установ у реалізації програм медичного страхування. Для коректного визначення розміру субсидій медичним закладам необхідно здійснювати розрахунок вартості медичних послуг для конкретних контингентів пацієнтів із певними захворюваннями та

відповідним лікуванням згідно з державними медичними стандартами. При цьому методика розрахунку вартості медичних послуг і методика їх планування повинні мати єдину методичну основу незалежно від джерела фінансування – бюджетного, страхового чи приватного.

На рис. 2.5 подано схему визначення нормативів планування медичних послуг для регіонів країни (на прикладі Харківського регіону).

Об'єктивний попит на медичні послуги в цілому по регіонах України визначається на основі ABC-аналізу (методу класифікації бізнес-ресурсів підприємства залежно від їхньої значущості) усіх фактично наданих медичних послуг. Однак низка факторів – неточності та помилки обліку; територіальне розташування медичних організацій; їх профільна структура та кадрові особливості; специфіка організації обліку й оплати в окремих закладах – призводять до спотворення реальної картини попиту.

Для мінімізації впливу зазначених факторів, уточнення й об'єктивізації статистичних даних необхідним є проведення додаткових досліджень у тих медичних організаціях, які демонструють значні відхилення від середніх значень. Це дає змогу виявити причини відхилень і скоригувати вихідні дані. Аналізуючи специфіку формування регіональних ринків медичних послуг, І. Б. Шевчук зазначає: «Аналіз сприятливості факторів для формування попиту і пропозиції медичних послуг на регіональних ринках медичних послуг показав, що її рівень є доволі неоднорідним в розрізі регіонів. При цьому це зумовило асиметричність у процесі формування регіональних ринків медичних послуг в таких двох зрізах: 1) м. Київ, Дніпропетровська, Запорізька області та решта областей України; 2) істотний розрив між м. Києвом та регіонами» [98, с. 33].

Відтак планування обсягів і структури первинної та спеціалізованої медичної допомоги доцільно здійснювати на основі аналізу фактично наданих послуг крізь призму вимог державних медичних стандартів. Оцінка необхідного обсягу медичної допомоги має проводитися відносно конкретних захворювань або їх груп, з урахуванням встановлених стандартами видів та обсягів діагностичних і лікувальних заходів.

Кількість пацієнтів, які потребують застосування спеціальних методів лікування й діагностики та одержання спеціалізованих медичних послуг,

визначається відповідно до державних стандартів медичної допомоги. Рівень госпіталізації, що формує обсяг цілодобової стаціонарної допомоги й обсяг позалікарняних послуг за конкретними нозологіями, також обчислюється на основі нормативних вимог.

Медико-економічні стандарти, що відображають вартісний вимір державних медичних стандартів, дозволяють визначити реальні витрати на медичні послуги й обґрунтувати необхідні фінансові ресурси. За таких умов є неприйнятною практика, поширена в багатьох регіонах, коли дефіцит фінансових ресурсів у межах виконання програми державних гарантій компенсується за рахунок механічного зниження витрат на медичні послуги або обмеження оплати «надлишкових» обсягів допомоги.

У подібній ситуації дефіцит фінансування фактично перекладається на пацієнта, який змушений або сплачувати за якісні медичні послуги з власних коштів, або отримувати їх у зменшеному обсязі та з очевидно нижчою якістю. За оцінками вітчизняних дослідників, 30,5% українців зазначають, що їм із власного досвіду відома ситуація, коли лікарі або інші представники медичного персоналу вимагали неформальної оплати за послуги. Водночас лише 29% респондентів готові відмовити лікарю у разі вимоги неофіційної винагороди. Дані Державної служби статистики України підтверджують значне поширення неформальних платежів у медицині та їх негативний вплив на доступність медичної допомоги. Згідно з результатами вибіркового обстеження домогосподарств України (жовтень 2010 року), майже 84% домогосподарств повідомили, що хтось із їхніх членів не зміг відвідати лікаря; близько 96% – що хтось не зміг пройти медичне обстеження; понад 98% – що хтось не зміг отримати медичні процедури чи стаціонарне лікування через надто високу вартість цих послуг [99, с. 37].

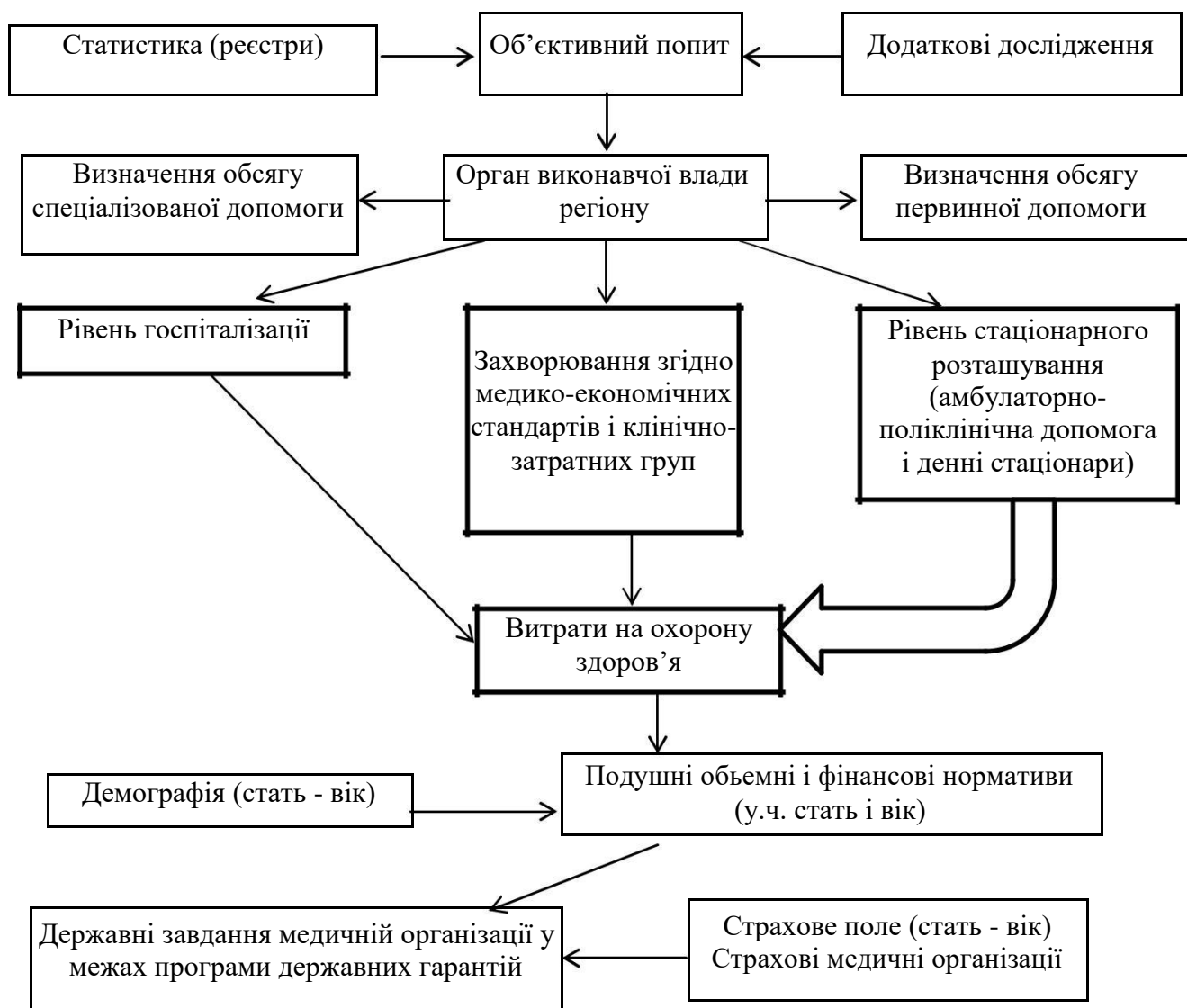


Рис. 2.5. Схема визначення нормативів планування медичних послуг для регіонів країни (на прикладі Харківського регіону)

Визначення подушних об'ємних та фінансових нормативів, у тому числі статево-вікових, які враховують реальний попит населення на медичні послуги, передбачені медико-економічними стандартами або клініко-витратними групами, дає змогу розрахувати планові видатки всіх фінансуючих сторін – бюджетів різних рівнів, а в перспективі й системи обов'язкового медичного страхування. Формування державного завдання для медичної організації на основі розподілу частини планових витрат залежно від структури страхових полів страхових медичних організацій робить останні безпосередньо «зацікавленими» суб'єктами процесу планування медичних послуг і покладає на них фінансову відповідальність за результати такого планування.

У пропонованій схемі планування кожен громадянин розглядається не лише як активний «носій» грошових коштів, що передаються від страхувальника (роботодавця або органу регіональної виконавчої влади), а й як «елементарна» одиниця планування. Його стать, вік, місце проживання та інші характеристики, які відображають стан здоров'я, за допомогою державних медичних стандартів трансформуються у нормативи ресурсного забезпечення програми державних гарантій.

Обираючи конкретну медичну організацію та страхову медичну компанію, громадянин фактично формує той обсяг медичних послуг, який буде зафіксований у державному замовленні та у договірних відносинах щодо їх надання й оплати. Здійснення такого типу планування вкрай складне в межах традиційного підходу до формування мережі медичних закладів, орієнтованого передусім на загальну чисельність населення, кількість стаціонарних ліжок і лікарських ставок. Натомість використання можливостей «елементарних» одиниць планування, коли для конкретної статево-вікової групи визначається ймовірність лікування окремих захворювань або їх клініко-витратних груп, дозволяє формувати оптимальний лікувальний план шляхом підсумовування таких потреб, їх групування за класами хвороб, профілями відділень, лікарськими кабінетами. У результаті вибудовується мережа медичних

організацій, орієнтована на реальні потреби пацієнтів, а не лише на формальні ресурсні показники.

Цей підхід набуває особливої ваги в умовах, коли вартість усіх ресурсів системи організації та надання медичної допомоги визначається ринком, а також зростає потреба в медичній інформації, зорієнтованій на конкретні медичні технології та можливість адекватної оцінки їх вартісних параметрів. Саме це є ключовою передумовою забезпечення фінансової стійкості системи, яка реалізує конституційне право громадян України на отримання медичної допомоги за рахунок бюджетних і перспективно – страхових фінансових ресурсів.

Аналіз персоніфікованих даних щодо надання медичних послуг пацієнтам у розрізі медико-економічних стандартів та клініко-витратних груп дає змогу розв'язати зазначене завдання. Виокремлення та подальше групування типових наборів діагнозів, що лежать в основі планування, дозволяє коригувати дані державної медичної статистики та визначати основні закономірності процесу надання медичних послуг, зокрема структуру захворюваності, ресурсомісткість окремих видів допомоги, частоту використання певних технологій тощо.

У межах організаційно-економічного механізму модернізації системи організації та надання медичної допомоги, а також у процесі планування відповідних послуг органам виконавчої влади загальнодержавного й регіонального рівнів необхідно розв'язати низку взаємопов'язаних завдань. Зокрема:

- здійснити оцінку попиту на медичні послуги та на медичні технології в межах програми державних гарантій, проаналізувати можливості й ресурсний потенціал мережі медичних організацій регіонів, визначити характер і масштаб невідповідностей між потребами населення та спроможністю закладів охорони здоров'я забезпечити ці потреби;

- розробити план реструктуризації мережі медичних закладів із метою задоволення об'єктивного попиту населення, забезпечення готовності

медичних організацій до надання допомоги на рівні державних стандартів якості за умови ефективного використання ресурсного потенціалу;

- сформувати цільові програми поетапного виконання такого плану реструктуризації, що передбачають розвиток мережі медичних організацій, її технологічне оновлення, оснащення сучасним медичним обладнанням, а також організацію системної підготовки та перепідготовки лікарських і середніх медичних кадрів;

- розрахувати територіальні нормативи гарантованих державою медичних послуг, які використовуватимуться для формування державного замовлення медичним організаціям, що реалізують територіальну програму державних гарантій і орієнтуються в подальшому на участь у програмах медичного страхування.

Водночас слід наголосити, що специфіка організації спеціалізованої медичної допомоги населенню регіонів пов'язана з необхідністю надання складних діагностичних, консультативних і лікувальних послуг, реалізація яких у межах кожного окремого територіального утворення місцевого самоврядування є надзвичайно складним клінічним, технологічним і фінансовим завданням. Набір необхідного діагностичного й лікувального обладнання, підготовка висококваліфікованих кадрів вимагають значних матеріальних витрат, тоді як кількість пацієнтів із відповідними патологіями в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці є обмеженою. Відповідно, витрати на надання спеціалізованої допомоги для відносно невеликої кількості пацієнтів є дуже високими, а дороге й складне обладнання часто використовується не в повному обсязі, так само як і потенціал висококваліфікованих спеціалістів, які не мають достатнього потоку випадків для підтримання та розвитку професійних навичок.

Іншою вагомою причиною концентрації та централізації спеціалізованих медичних послуг є їх інноваційний характер, що вимагає потужної науково-освітньої бази – науково-дослідних інститутів, вищих і фахових медичних навчальних закладів, клінічних баз. Саме тому як світова, так і вітчизняна

практика організації спеціалізованої медичної допомоги тяжіє до її концентрації й централізації з метою оптимізації витрат і підвищення якості послуг.

Державне замовлення на надання спеціалізованих медичних послуг формується відповідно до регіональних нормативів їх обсягу, що встановлюються з урахуванням чисельності населення. Для цього використовується запропонована нами формула розрахунку, яка дає змогу пов'язати потребу населення у спеціалізованій допомозі з фінансовими можливостями системи охорони здоров'я та забезпечити більш справедливий і обґрунтований розподіл ресурсів.

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

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

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

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

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

Однак варто наголосити, що залучення до роботи у сфері охорони здоров'я як професійних медичних і фармацевтичних асоціацій, так і непрофесійних громадських організацій є вкрай важливим чинником розвитку галузі. Така взаємодія, з високою ймовірністю, сприятиме підвищенню ефективності профілактичної діяльності, насамперед щодо соціально незахищених груп населення, спростить організацію реабілітаційних програм для різних категорій пацієнтів, сприятиме формуванню принципів взаємодопомоги, опануванню навичок самостійного подолання медико-соціальних проблем та елементів самоконтролю з боку самих пацієнтів.

З метою розширення та зміцнення соціальної бази системи охорони здоров'я доцільно реалізувати такі завдання:

- для координації діяльності державних, недержавних, громадських організацій та окремих громадян, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення, створити Координаційну раду з охорони здоров'я населення та Комітет громадського здоров'я;
- розробити й рекомендувати для впровадження в організовані колективи (дошкільні, шкільні заклади освіти, студентські та трудові колективи) найбільш ефективні оздоровчі методики, а також здійснити аналіз результативності оздоровчих програм, що реалізуються на регіональному рівні;
- на базі районних центрів медико-соціальної реабілітації створити Клуби взаємодопомоги для пацієнтів із хронічними захворюваннями за територіальним принципом;
- з метою формування відповідального ставлення до сім'ї, материнства й батьківства посилити роботу з планування сім'ї серед різних груп населення;
- на базі дитячих районних бібліотек організувати постійно діючі лекторії для батьків, спрямовані на підвищення рівня медико-гігієнічних знань, профілактику захворювань та збереження здоров'я дітей;
- із залученням фінансових ресурсів органів соціального захисту населення (зокрема через облаштування палат у стаціонарах, створення відділень медико-соціальної реабілітації у поліклініках) удосконалювати систему організації медико-соціальної допомоги в медичних закладах;
- на базі міських стадіонів, шкільних спортивних залів, установ соціального захисту, лікувально-профілактичних закладів та органів територіального громадського самоврядування формувати спортивно-оздоровчі групи «Здоров'я» для осіб літнього віку.

Подальше підвищення якості медичної допомоги населенню потребує системної роботи за такими ключовими напрямками:

- після перерозподілу частини стаціонарних обсягів медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічний рівень за рахунок збільшення кількості та потужності мережі денних стаціонарів забезпечити пріоритетний розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки;
- після завершення переходу до моделі надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями продовжити удосконалення служби загальної практики як базової ланки поліклінічної допомоги;
- послідовно удосконалювати мережу консультативно-діагностичних центрів;
- розвивати мережу спеціалізованих центрів (підрозділів) амбулаторної хірургії та хірургії одного дня при стаціонарах;
- здійснити реорганізацію стаціонарної медичної допомоги, структурувавши мережу стаціонарів за функціональним принципом: лікарні інтенсивного спостереження; лікарні відновлювального лікування; лікарні для лікування хворих із хронічними захворюваннями; лікарні медико-соціальної допомоги;
- розвивати систему екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- при амбулаторно-поліклінічних закладах удосконалювати службу невідкладної медичної допомоги;
- забезпечити чітке розмежування функцій на кожному етапі надання медичної допомоги, а також між різними типами медичних закладів, гарантувати спадкоємність лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах лікування;
- як в амбулаторно-поліклінічних, так і у стаціонарних закладах упроваджувати стандарти діагностики та лікування пацієнтів;
- на реабілітаційному етапі лікування максимально використовувати лікувальні фактори обласних санаторно-курортних закладів;

- забезпечити можливість медичним організаціям та суб'єктам приватної медичної практики на конкурсній основі брати участь у реалізації цільових програм охорони здоров'я відповідно до чинного законодавства.

Окремого значення набуває модернізація структури управління галуззю з метою реалізації єдиної політики у сфері охорони здоров'я на регіональному (обласному) рівні. Для цього необхідно:

- з метою децентралізації та передачі частини повноважень на рівень окремих медичних установ чи їх об'єднань розробити й упровадити нові, побудовані на демократичних засадах форми управління;

- збалансувати рівні та ланки надання медичної допомоги;
- запроваджувати й удосконалювати нові принципи організації медичної допомоги на різних етапах (реформування амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної служби та служби екстреної медичної допомоги);

- шляхом формування корпоративних територіальних медичних об'єднань, побудованих на основі традиційно сформованих потоків пацієнтів, розвитку самостійності таких об'єднань та «горизонтальних» зв'язків між ними, передачі частини повноважень «зверху вниз», підвищення гнучкості планування, удосконалення системи самоврядування й самоконтролю забезпечити ефективну взаємодію медичних, соціальних, страхових медичних організацій;

- удосконалювати інформаційну інфраструктуру галузі на основі сучасних комп'ютерних технологій;

- розробляти й у встановленому порядку вносити пропозиції щодо вдосконалення галузевої законодавчої та нормативної бази;

- організовувати взаємодію органів управління, органів санітарно-епідеміологічного нагляду та інших структур у питаннях охорони здоров'я населення.

Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я має забезпечувати тісний зв'язок між обсягом та якістю медичних послуг, що

надаються, і розмірами фінансових ресурсів, які отримують медичні організації.

У цьому контексті необхідно:

- розробити сучасну систему управління ресурсами, яка передбачає контроль та оцінку економічної ефективності діяльності, планування потоків пацієнтів, управління використанням ресурсів;
- використовувати показники надання медичної допомоги як фінансоутворюючі, замінивши ними суто ресурсні показники;
- продовжити роботу із розв'язання соціально значущих проблем на основі програмно-цільового методу фінансування пріоритетних напрямів медико-соціальної допомоги;
- здійснити перехід до принципу конкурсного розміщення замовлення в медичних організаціях залежно від їх здатності забезпечувати найбільші обсяги медичної допомоги на одиницю витрат та з урахуванням якісних параметрів діяльності;
- формувати фінансові ресурси медичних організацій із залученням додаткових джерел (добровільне медичне страхування, платні послуги, кошти підприємств тощо).

На етапі амбулаторного лікування реалізація політики лікарського забезпечення населення потребує:

- удосконалення системи персоніфікованого обліку та контролю за використанням коштів для забезпечення адресного надання лікарських засобів і виробів медичного призначення пільговим категоріям населення;
- формування потреб у лікарських засобах та виробих медичного призначення для пільгових категорій громадян у межах державних гарантій безоплатної медичної допомоги;
- забезпечення безоплатного постачання лікарських препаратів на стаціонарному етапі лікування відповідно до видів, обсягів та умов надання медичної допомоги;
- забезпечення прозорості у виборі оптових постачальників лікарських засобів та організація закупівель на конкурсній основі;

- організацію лікарського забезпечення з урахуванням формулярних переліків;
- подальше удосконалення системи обліку й контролю коштів, спрямованої на ефективне медикаментозне забезпечення.

З огляду на масштабні зміни, що відбуваються в усіх підсистемах охорони здоров'я, особливої ваги набувають питання кадрової політики. У цій площині необхідно:

- напрацьовувати пропозиції щодо законодавчого регулювання медичної освіти та кадрової політики, зокрема стосовно удосконалення системи оплати праці працівників галузі, та в установленому порядку подавати їх до органів державної влади України та регіонів;
- удосконалювати в системі охорони здоров'я механізми прогнозування, планування та моніторингу навчання і підвищення кваліфікації медичного та управлінського персоналу, включно з новими спеціальностями – клінічний фармаколог, лікар загальної практики, медичний психолог, фахівець із соціальної роботи, медична сестра з вищою освітою, економіст охорони здоров'я, менеджер охорони здоров'я;
- запровадити практику формування медичними організаціями цільових замовлень на підготовку фахівців через укладання відповідних договорів із закладами освіти та абітурієнтами;
- активно залучати молодих медичних працівників до суспільно корисної діяльності, роботи в органах медичної громадськості, організовувати системну підтримку їх професійного та особистісного зростання в лікувально-профілактичних закладах;
 - формувати резерв фахівців на заміщення керівних посад;
 - розвивати професійні міжнародні медичні зв'язки;
 - проводити громадські заходи, спрямовані на підвищення престижу професії медичного працівника (зустрічі зі студентами випускних курсів медичних університетів та коледжів, вшанування кращих фахівців, організація професійних конкурсів).

У сфері охорони праці медичних працівників слід:

- організувати та забезпечити контроль за дотриманням вимог безпеки праці в закладах охорони здоров'я;
- налагодити системне навчання управлінського персоналу закладів охорони здоров'я з питань охорони праці.

Подальший розвиток матеріально-технічної бази охорони здоров'я передбачає:

- щорічне передбачення у бюджетах різних рівнів (у розділі «Охорона здоров'я») відповідних видатків для реконструкції існуючої лікувальної бази та оснащення лікувальних закладів сучасною медичною технікою з урахуванням нових технологій;
- забезпечення лікувально-профілактичних закладів сучасною комп'ютерною технікою;
- удосконалення структури й періодичності збору медико-статистичної інформації, подальший розвиток єдиного інформаційного простору охорони здоров'я;
- використання персоніфікованих баз даних і телекомунікаційних систем при формуванні звітних статистичних форм.

Нині в Харківській області на стан здоров'я населення негативно впливають низка чинників, серед яких:

- поширення шкідливих звичок і нездорового способу життя на тлі низького загального рівня культури, зокрема санітарно-гігієнічної (побутове зловживання алкоголем, тютюнокуріння, гіподинамія, поширення наркотиків, нераціональне та незбалансоване харчування);
- недостатнє інформування працівників та роботодавців про їхні права та обов'язки, незадовільні умови праці та порушення санітарно-гігієнічних норм і правил;
- несприятливий стан навколишнього природного середовища;
- надмірні стресові навантаження тощо.

Перелічені фактори призводять до підвищення рівнів захворюваності, інвалідності й смертності, що, у свою чергу, збільшує витрати закладів охорони здоров'я на організацію медичної допомоги в умовах обмеженого фінансування.

З урахуванням зазначених чинників у Харківській області було розроблено обласну програму «Медичні кадри Харківщини на 2013–2017 роки». Програмою передбачено: створення резерву житла (не менше двох одиниць у районах та містах області за рахунок коштів місцевих бюджетів); придбання житла для медичних працівників, які перебувають на квартирному обліку (щонайменше дві квартири на рік); забезпечення виплати соціальних надбавок у розмірі 25 % посадового окладу лікарям-фтизіатрам, сімейним лікарям, дільничним терапевтам і педіатрам; придбання автотранспорту (щонайменше одна одиниця) для кожної сімейної амбулаторії. У межах програми економічного та соціального розвитку Харківської області на 2011–2014 роки «Харківщина–2014» щорічно передбачалося виділення 150 тис. грн для преміювання кращих працівників сфери охорони здоров'я області.

Крім того, обласною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2013–2016 роки у 2013 році було заплановано виділення 1220,1 тис. грн для виплати надбавок лікарям-фтизіатрам у розмірі 25 % посадового окладу.

Водночас ключовим елементом планування медичних послуг є оцінка спроможності медичної організації виконувати державне замовлення. Саме це забезпечує об'єктивність і предметність гарантій медичної допомоги населенню. Частина медичних організацій не в змозі надавати послуги відповідно до державних медичних стандартів, що знижує результативність функціонування системи організації та надання медичних послуг і негативно впливає на їх якість.

На нашу думку, до основних причин такої ситуації належать:

- недостатня кількість у медичній організації фахівців і обладнання, необхідних для повноцінної реалізації окремих державних медичних стандартів;
- низький рівень координації та взаємодії між медичними організаціями та органами управління системою організації й надання медичних послуг;
- дезінтеграція регіональної мережі медичних організацій, адміністративна й фінансова фрагментація системи;
- неефективний менеджмент органів виконавчої влади та медичних організацій у сфері медичних послуг.

Схему оптимізації мережі медичних організацій на території планування в межах зони відповідальності закладів, які виконують державні замовлення на медичні послуги, представлено на рис. 2.6.

Об'єктивний попит населення на медичні послуги в зоні відповідальності конкретної медичної організації, виражений через набір лікувальних і діагностичних втручань, дозволяє сформувати оптимальну планову структуру закладу з позицій його «технологічних» можливостей, а саме:

- фонд стаціонарних ліжок та кількість діагностичних і лікувальних кабінетів;
- перелік послуг і обсяги діяльності діагностичних та лікувальних підрозділів;
- штатну чисельність персоналу, який безпосередньо надає медичні послуги;
- кількість одиниць діагностичного та лікувального обладнання;
- перелік і потужність допоміжних підрозділів, що не надають безпосередньо медичних послуг, але забезпечують їх організаційно-технологічну підтримку.

Порівняння «планової» структури медичної організації з фактичною дає змогу визначити ступінь їх відповідності за зазначеними параметрами. Виявлена відповідність або невідповідність дозволяє зробити висновок щодо

того, наскільки запит населення на медичні послуги співвідноситься з можливостями конкретної медичної організації задовольнити цей попит на території своєї зони відповідальності.

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



Рис. 2.6 Схема оптимізації мережі медичних організацій на території планування (на прикладі Харківського регіону)
(ЛПУ – лікувально-профілактичні заклади системи організації і надання медичних послуг)

За умов «відповідальної» пропозиції медична організація отримує повний обсяг державного замовлення в межах програми державних гарантій медичних послуг. У такій ситуації перед закладом постає завдання оптимізації власної внутрішньої структури – як з погляду побудови підрозділів, так і з позицій

формування раціональної штатної чисельності. Паралельно необхідно здійснювати комплекс заходів, спрямованих на забезпечення ефективного використання всіх видів ресурсів – кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних тощо. Питання взаємодії з іншими медичними організаціями при цьому вирішуються у площині загального регіонального планування медичних послуг.

Показовою є ситуація, коли медична організація володіє технологічним і кадровим потенціалом, що істотно перевищує потреби населення в межах її зони відповідальності. У такому випадку заклад може надавати послуги іншим медичним організаціям, фактично «підсилюючи» їх можливості та сприяючи підвищенню рівня їхньої «відповідальної» пропозиції.

Якщо ж виявляється невідповідність між «плановою» та фактичною структурою медичної організації, виникає потреба ухвалення управлінського рішення щодо обмеження державного замовлення – або за номенклатурою захворювань, які обслуговуються закладом, або за кількістю пацієнтів, котрі можуть отримати допомогу відповідно до встановлених стандартів. Надалі державне замовлення підлягає коригуванню в міру зміни технологічних та кадрових можливостей медичної організації, що зумовлено реалізацією заходів із модернізації національної системи організації та надання медичних послуг.

Отже, програма модернізації загальнодержавної та регіональної системи охорони здоров'я має базуватися на реальних потребах населення у медичній допомозі та фактичній пропозиції медичних послуг з боку медичних організацій по всій території держави. Вона повинна бути спрямована на те, щоб у результаті реалізації модернізаційних заходів рівень «відповідальної» пропозиції переважної більшості медичних закладів поступово зростав.

Узагальнюючи викладене, можна сформулювати такі висновки.

По-перше, з урахуванням об'єктивного попиту населення на медичні послуги в розрізі основних нозологій та їх груп необхідно здійснювати планування програми державних гарантій у сфері медичного обслуговування, а також оцінювати обсяги ресурсів, потрібних для її реалізації. Такий підхід дає

змогу визначати витрати на програму державних гарантій залежно від обраних медичних технологій, забезпечуючи альтернативність варіантів медичного втручання. Це, своєю чергою, відкриває можливості для запровадження механізмів економічного стимулювання медичних організацій, орієнтованих на пошук оптимальних технологічних і управлінських рішень при наданні медичних послуг населенню.

По-друге, за умови відповідності потенціалу медичних установ та потреб пацієнтів у межах певної території планування процес планування доцільно розглядати як формування державних замовлень на надання медичних послуг мешканцям цієї території. Іншими словами, йдеться про перехід від суто ресурсно-орієнтованого до пацієнт-орієнтованого, результативного підходу до планування.

По-третє, кожна медична організація має розглядатися як самостійний об'єкт планування, який покликаний виконувати державне завдання з максимально можливою технологічною ефективністю. Підвищення рівня її «відповідальної» пропозиції досягається, зокрема, шляхом:

- оптимізації власної кадрової структури (раціональний поділ функцій, забезпечення відповідності компетенцій персоналу вимогам медичних технологій);

- удосконалення технологічної структури (оновлення обладнання, упровадження сучасних технологій діагностики та лікування);

- розвитку горизонтальної взаємодії з іншими медичними організаціями в межах території планування (перерозподіл потоків пацієнтів, концентрація високоспеціалізованих функцій, створення інтегрованих мереж).

По-четверте, державна політика планування у сфері медичних послуг має спиратися як на об'єктивну потребу населення в сучасних медичних технологіях, так і на стратегічний орієнтир щодо підвищення рівня «відповідальної» пропозиції з боку медичних організацій. У межах заходів з модернізації національної системи організації та надання медичних послуг це

означає, що планувальні рішення, фінансові механізми, кадрова та інфраструктурна політика мають бути узгоджені між собою й спрямовані на:

- усунення дисбалансів між попитом і пропозицією медичних послуг у регіонах;
- стимулювання медичних організацій до дотримання державних медичних стандартів;
- поступове зростання технологічної спроможності закладів охорони здоров'я;
- підвищення результативності та якості медичної допомоги на всіх рівнях.

Таким чином, орієнтація на «відповідальну» пропозицію в поєднанні з об'єктивно вимірюваним попитом населення на медичні послуги створює засади для формування більш прозорої, керованої та ефективної моделі планування у сфері охорони здоров'я, здатної забезпечити реальне втілення проголошених державою гарантій медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

Установлено, що концептуальне ядро результативності інноваційного процесу, який охоплює послідовний ряд етапів – від виникнення інноваційної ідеї до її конкретного практичного втілення, – становлять, передусім, належний рівень ресурсного забезпечення, економічна стабільність усіх учасників цього процесу та сукупність чинників, що справляють позитивний вплив на динаміку такого розвитку. Саме поєднання достатніх матеріальних, фінансових, кадрових та інтелектуальних ресурсів із сприятливим інституційним і організаційно-економічним середовищем визначає можливість переходу інновацій із стадії проектних напрацювань до фази їх широкомасштабної реалізації в системі охорони здоров'я.

Серед факторів, що визначально впливають на інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, виокремлено такі ключові складові: стимулювання

розробки, пошуку й упровадження передових медичних технологій у практику охорони здоров'я; розбудова економічних відносин, спрямованих на формування повноцінного ринку в системі охорони здоров'я; ефективне й раціональне використання наявних кадрових і матеріальних ресурсів; забезпечення єдності медичної науки, клінічної практики та управлінських підходів; запровадження та розвиток системи безперервної медичної освіти; формування та поглиблення міжнародного партнерства з провідними країнами світу та їх науково-дослідними центрами; розвиток сектора державно-приватного партнерства як форми залучення інвестицій та управлінських інновацій; забезпечення дієвої охорони інтелектуальної власності медичних і наукових працівників; створення цільових медичних наукових програм, здатних об'єднувати різні установи навколо пріоритетних напрямів; формування дієвої системи мотивації працівників сфери охорони здоров'я та посилення їхньої зацікавленості у досягненні позитивних кінцевих результатів; розбудова системи раціональних, ефективних і взаємовигідних відносин між організаціями у сфері охорони здоров'я, підприємствами та громадянами; розширення ринку медичних технологій і медичних послуг; провадження політики, орієнтованої на створення рівних можливостей для різних форм власності в системі охорони здоров'я та їх заохочення до участі в інноваційних процесах; формування сприятливого бізнес-клімату, що підвищує інвестиційну привабливість охорони здоров'я для приватних партнерів.

Підкреслено, що одним із найбільш дієвих інструментів стимулювання інноваційного розвитку виступає програмно-цільове планування, логіка якого вибудовується за схемою «мета – заходи – ресурси – результат». У межах такого підходу, по-перше, визначаються стратегічні та оперативні цілі відповідної програми; по-друге, окреслюються способи, інструменти й механізми їх досягнення, що узгоджуються з компетентними органами державної влади; по-третє, ці заходи безпосередньо пов'язуються з обсягами й структурою необхідних для їх реалізації ресурсів; по-четверте, встановлюються чіткі індикатори та орієнтири кінцевого результату. У сфері охорони здоров'я

підсумковим результатом програмно-цільового планування є не лише кількісні показники, а насамперед соціально значущі ефекти – скорочення рівня смертності, зменшення інвалідності та захворюваності населення, підвищення якості і доступності медичної допомоги, поліпшення демографічної ситуації в країні та регіонах.

У дослідженні запропоновано програмно-цільову модель розвитку системи охорони здоров'я, елементне наповнення якої відображає орієнтацію на кінцевий результат, наскрізне (комплексне) планування об'єкта управління, безперервність інноваційних процесів, узгодженість і скоординованість управлінських впливів, а також регіоналізацію управлінських і організаційних процедур. Концептуальною основою зазначеної моделі є єдність цілей, ресурсів і заходів, що конкретизується в алгоритмі дій, який показує: яким саме шляхом досягатимуться поставлені цілі, які витрати (фінансові, матеріальні, кадрові, часові) будуть необхідні для їх реалізації, у який проміжок часу та за яких організаційно-правових умов можуть бути досягнуті очікувані результати.

Водночас строки реалізації програмних заходів і розв'язання завдань у рамках програмно-цільової моделі зумовлюються чітко продуманою логікою її побудови, обраною технологією планування та управління, змістовною структурою самої програми, послідовністю її реалізації та встановленими ресурсними лімітами. Таким чином, часові параметри виступають не лише зовнішнім обмеженням, а й невід'ємним елементом управлінської технології.

У роботі системно подано елементну структуру механізму регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, до складу якого входять цільова, управлінська, забезпечувальна та оціночна підсистеми. Крім того, цей механізм включає комплекс методів корпоративного та публічного управління, систему стимулів, важелів, інструментів впливу, що загалом формують методологічний базис для стратегічного планування організації медичної допомоги населенню, для її подальшого розвитку в умовах ринкової економіки, забезпечення ефективного державного регулювання ринку медичних послуг і раціонального використання матеріальних та нематеріальних ресурсів.

Державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я розглядається як комплексна, багатокomпонентна та багаторівнева система, спрямована на створення необхідних умов для ефективного функціонування галузі в цілому та максимально можливе забезпечення її ресурсами (матеріально-технічною базою, висококваліфікованим кадровим складом, стабільним і достатнім фінансуванням).

Наголошено, що сучасні державно-управлінські тенденції й принципи організації функціонування системи охорони здоров'я населення, узгоджені з економічною парадигмою інноваційного розвитку, мають спиратися на чинні й перспективні законодавчі норми. Ці норми мають бути зорієнтовані, по-перше, на вирівнювання територіальних диспропорцій у доступності медичної допомоги, зокрема – за рахунок упровадження нових технологічних стандартів; по-друге, на створення сприятливих умов для формування та розвитку ефективних економічних відносин у сфері охорони здоров'я; по-третє, на забезпечення комплексного підходу до охорони здоров'я, який передбачає міжвідомчу кооперацію та інтеграцію політик; по-четверте, на посилення відповідальності держави перед нацією за демографічну безпеку; по-п'яте, на підвищення ролі медичної науки та зростання її результативності; по-шосте, на пріоритетність профілактичних заходів зі збереження здоров'я та розвиток первинної медико-санітарної допомоги.

Виявлено низку деструктивних явищ, які суттєво гальмують інноваційний розвиток системи охорони здоров'я. До них, зокрема, належать: недостатня кількість у медичних організаціях висококваліфікованих спеціалістів і сучасного обладнання, що унеможлиблює повноцінну реалізацію державних медичних стандартів; недостатня координація та слабка взаємодія між медичними організаціями й органами управління системою організації та надання медичних послуг; дезінтеграція регіональної мережі медичних організацій, адміністративна й фінансова фрагментація системи; неефективний менеджмент з боку органів виконавчої влади та керівних структур медичних організацій у сфері медичних послуг.

Для подолання зазначених проблем і досягнення належної результативності процесів модернізації системи надання медичних послуг обґрунтовано потребу реалізації комплексу заходів, серед яких:

- проведення ґрунтового оцінювання попиту на медичні послуги та медичні технології в межах програми державних гарантій, аналіз можливостей і ресурсного потенціалу мережі медичних організацій регіонів, визначення рівня та характеру невідповідності між попитом населення і можливостями організацій, що надають медичні послуги;
- розроблення плану реструктуризації мережі медичних організацій із метою задоволення об'єктивного попиту населення та підготовки закладів охорони здоров'я до забезпечення визначеного державними стандартами рівня якості лікування за умов ефективного використання наявного ресурсного потенціалу;
- формування цільових програм поетапного виконання плану реструктуризації, які забезпечують розвиток мережі медичних організацій, їх оснащення сучасним медичним обладнанням, а також організацію системної підготовки та перепідготовки лікарських і інших медичних кадрів;
- розрахунок територіальних нормативів гарантованих державою медичних послуг, призначених для формування державного замовлення медичним організаціям, що реалізують територіальну програму державних гарантій і в подальшому орієнтовані на участь у програмі медичного страхування.

Обґрунтовано необхідність планування реалізації програми державних гарантій у сфері медичних послуг та оцінювання ресурсів, потрібних для її реалізації, відповідно до об'єктивного попиту населення на медичні послуги в розрізі основних захворювань конкретної територіальної спільноти. Такий підхід дозволяє визначати витрати на програму державних гарантій залежно від обраних медичних технологій, забезпечуючи, з одного боку, альтернативність варіантів медичних послуг, а з іншого – створюючи підґрунтя для впровадження механізмів економічного стимулювання медичних організацій.

Ці механізми мають бути орієнтовані на пошук та реалізацію оптимальних технологічних і управлінських рішень щодо надання медичних послуг населенню, що, у кінцевому підсумку, сприятиме підвищенню ефективності, якості й доступності медичної допомоги в умовах інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

-

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Беручи до уваги, що гетерогенна соціально-економічна система є багатоцільовою, багаторівневою та поліфункціональною, доцільно розглядати її як таку, що функціонує через послідовність основних етапів: «вхід» (залучення ресурсів), етап перетворення різних видів ресурсів, «вихід» (отримання результатів) та стадію взаємодії з навколишнім середовищем. Для кожного з цих етапів притаманна множинність цілей, а також наявність специфічних механізмів, спрямованих на їх досягнення. У підсумку, механізм управління, який розглядається як складова частина зазначеної системи, спирається на раціональний вибір ресурсів та методів управління з метою забезпечення відповідності та скоординованості поставлених цілей з інтересами окремих індивідів та соціальних груп.

Серед ключових напрямів, пов'язаних із підвищенням ефективності управління галуззю охорони здоров'я, особливого значення набуває аналіз передумов і можливостей реформування управлінських процесів на основі впровадження нових структурних підрозділів. Організаційні перетворення в системі управління охороною здоров'я неминуче спричиняють розширення її структури, доповнення її новими інституційними елементами. У цьому контексті автором пропонуються два важливі нововведення, здатні суттєво вдосконалити регіональну систему управління.

По-перше, доцільним є створення громадської ради, яка забезпечуватиме участь основного споживача медичних послуг – громадськості – у здійсненні контролю за функціонуванням системи регіонального управління охороною здоров'я. Залучення громадськості дасть змогу посилити прозорість прийняття

рішень, підвищити довіру населення до управлінських структур та інституціоналізувати інструменти громадського контролю.

По-друге, важливим кроком є формування ради зі стратегії – стратегічного, комплексного органу, який, аналізуючи перспективи розвитку та потенційні загрози для системи охорони здоров'я, враховуватиме широкий спектр чинників, включаючи вплив зовнішнього середовища. Такий орган має відігравати провідну роль у стратегічному плануванні, формуванні пріоритетів, оцінюванні ризиків та узгодженні дій різних суб'єктів галузі.

Прагнення суспільства до реформування системи охорони здоров'я підтверджують і соціологічні дані. Зокрема, у вересні 2016 р. Інститут Горшеніна провів телефонне опитування на тему «Медицина в Україні». Методом випадкової вибірки було опитано 1 тис. респондентів віком від 18 років у всіх обласних центрах України та м. Києві; похибка репрезентативності не перевищує $\pm 3,2\%$. Переважна більшість опитаних (93,3%) вважають, що в Україні потрібна реформа системи охорони здоров'я. Лише 4,3% респондентів висловили думку, що така реформа не потрібна, а 2,4% зауважили, що їм складно відповісти на це запитання.

При цьому 80,0% громадян незадоволені якістю медичного обслуговування, яке вони отримують: 40,3% обрали варіант «повністю незадоволений», 39,7% – «скоріше незадоволений». Задоволеними якістю медичного обслуговування виявилися лише 18,3% опитаних, серед яких 15,1% зазначили, що «скоріше задоволені», а 3,2% – «повністю задоволені». Водночас 1,7% респондентів було важко відповісти на дане запитання [101].

Необхідність реформування управління сферою охорони здоров'я, на думку вітчизняних науковців М. Б. Щербиніної та І. Ю. Скирди, зумовлена насамперед нездатністю старої управлінської моделі «самоокуповуватися» в умовах переходу до ринкової економіки. Дослідниці наголошують, що радянська модель системи охорони здоров'я була сконструйована для функціонування в умовах планової економіки та характеризувалася високим рівнем централізації (останній, зокрема, давав змогу досить ефективно

реагувати на масові епідемічні ситуації). Натомість у сучасних умовах така система виявилася неефективною: вона не здатна забезпечити належний фінансовий баланс, заробітна плата медичного персоналу залишається лише трохи вищою за прожитковий мінімум, професія медика значною мірою втрачає престиж, а «безкоштовна» медицина, за висновком дослідниць, сприяла формуванню образу лікаря як одного з найбільш корумпованих працівників сфери послуг [101].

Рівень технологічного розвитку системи охорони здоров'я та обсяги державного і приватного фінансування, безперечно, визначають її спроможність адекватно відповідати на запити й потреби суспільства. Водночас не менш важливим завданням є розвиток інститутів, які забезпечуватимуть безпосередній вплив громадян на лікарів і медичні заклади. У цьому аспекті можна виокремити низку ключових напрямів розвитку:

- одночасний розвиток механізмів страхування професійної відповідальності працівників медичної сфери у поєднанні з формуванням особистої відповідальності лікарів та удосконаленням правової бази захисту прав пацієнта;
- обмеження надмірної комерціалізації медичних послуг, забезпечення максимальної прозорості у сферах фінансування, розподілу коштів та оцінки результатів діяльності великих медичних установ шляхом створення й ефективного функціонування громадських рад;
- регулярне, доступне та повне інформування громадськості про поточну діяльність усіх медичних організацій і страхових установ;
- сприяння об'єднанню хворих із однаковими захворюваннями в некомерційні організації, які матимуть право брати участь в обговоренні проблем надання медичної допомоги на рівні керівників медичних закладів та органів управління;
- безпосередня участь представників громадськості у формуванні й обговоренні державної політики у медичній сфері.

Таким чином, реалізація основних напрямів посилення суспільного впливу на сферу охорони здоров'я (інформування населення, забезпечення громадського контролю, підтримка активності окремих громадських суб'єктів) потребує обов'язкового створення регіональних громадських рад як інституційних майданчиків для взаємодії між громадськістю та владою.

У цьому зв'язку важливим є звернення до міжнародного досвіду для виокремлення базових принципів співробітництва суспільства і влади, які сприятимуть координації діяльності різних суб'єктів державної системи охорони здоров'я та забезпеченню балансу їхніх інтересів. Російський дослідник Д. М. Кучерявенко пропонує виділити три основні принципи:

- принцип двостороннього зв'язку – забезпечення постійного обміну інформацією між органами державної влади та громадськістю у сфері охорони здоров'я в процесі розроблення рішень;
- принцип консультацій у процесі формування політики та прийняття рішень – зобов'язання державних службовців враховувати пропозиції громадських рад, надавати їм необхідну інформацію та аргументовано обґрунтовувати свої рішення у медичній сфері, особливо в разі розбіжностей із позицією суспільства;
- принцип спільної оцінки – розгляд результатів і наслідків діяльності громадських рад як одного з інструментів оцінки державної політики у сфері охорони здоров'я [101а].

Серед функцій систем охорони здоров'я, які потребують особливої уваги, провідна роль належить стратегічному управлінню. Підвищення прозорості й підзвітності розглядається як ключовий чинник поліпшення діяльності системи охорони здоров'я, на досягнення якого спрямовують свої зусилля органи, відповідальні за стратегічне управління. Для цього реалізується комплекс допоміжних функцій: формулювання стратегій та політики з метою досягнення визначених цілей; збір, аналіз і використання аналітичної інформації; координація діяльності з партнерами й іншими галузями та ведення інформаційно-пропагандистської роботи, спрямованої на зміцнення здоров'я

населення; забезпечення ефективного лідерства в секторі охорони здоров'я; створення умов для адаптації системи до мінливих потреб населення; мобілізація юридичних, регуляторних та політичних інструментів для керівництва діяльністю системи.

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

Запровадження в структурі охорони здоров'я ради зі стратегії як колективного органу управління, що здійснює загальне та стратегічне керівництво і контролює діяльність виконавчих органів, дозволяє безпосередньо розв'язувати завдання, поставлені в межах стратегічного управління медичною сферою.

Серед ключових ролей Ради зі стратегічного розвитку можна виокремити: визначення основних цілей і стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації для оцінки досягнутих результатів; забезпечення керівництва сектором охорони здоров'я на етичних засадах, що сприятиме реалізації довгострокових завдань; формування системи охорони здоров'я, здатної адаптуватися до змін зовнішнього середовища та появи нових викликів; налагодження співробітництва з іншими сферами суспільного життя, які формально не належать до медичної галузі, проте істотно впливають на стан здоров'я населення.

У тісній взаємодії з членами міністерства охорони здоров'я Рада зі стратегічного розвитку має обговорювати та затверджувати базові рамки функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію й цілі, систему внутрішнього контролю та управління ризиками. Досягнення

зазначених цілей потребує збереження та послідовної реалізації стратегії пріоритетного розвитку охорони здоров'я.

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

- сприяння формуванню здорового способу життя населення як провідного чинника профілактики захворювань;
- удосконалення медичних технологій і спрощення доступу до сучасного медичного обладнання;
- фінансову підтримку сегментів медичної допомоги, що надається безкоштовно;
- максимальне сприяння можливостям усіх соціальних груп отримувати своєчасну медичну допомогу;
- формування дієвого механізму громадського впливу на сектор охорони здоров'я;
- збільшення кількості медичних установ для створення більш конкурентного ринку медичних послуг;
- економічне мотивування лікарів, що має привести до зростання якості й ефективності медичної допомоги;
- удосконалення системи медичного страхування;
- активне співробітництво з приватним медичним сектором.

Якщо розглядати стратегічну роль Ради, виходячи з алгоритму її діяльності, то схематично цей алгоритм може бути представлений у вигляді послідовності етапів, проілюстрованої на рис. 3.1, де відображено логіку формування, реалізації, моніторингу та коригування стратегічних рішень у системі охорони здоров'я з урахуванням участі державних органів, професійної спільноти й громадськості.

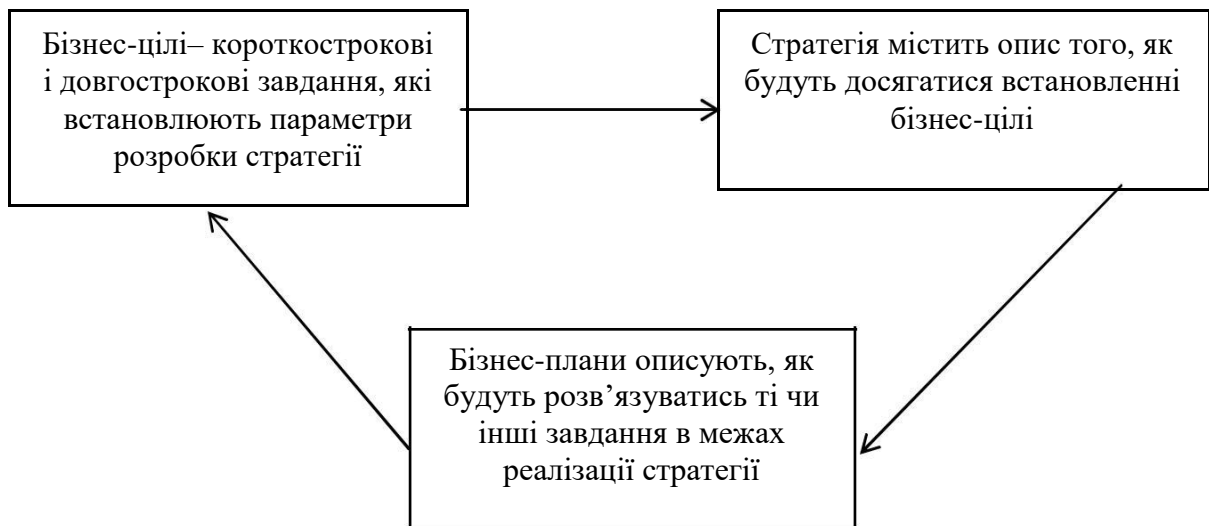


Рис. 3.1 Роль регіональної Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі Харківського регіону)

Насамперед саме на Раду покладається завдання обговорення та затвердження базових бізнес-цілей компанії (організації), а також комплексної оцінки й схвалення стратегії та бізнес-планів за ключовими напрямками її діяльності. У контексті системи охорони здоров'я це означає, що Рада має забезпечити узгодженість стратегічних цілей із національними та регіональними пріоритетами галузі, а також здійснювати системний контроль за тим, щоб стратегічне управління було результативним, узгодженим, прозорим і орієнтованим на підвищення якості медичної допомоги та ефективність функціонування всієї системи.

Окрім визначення та схвалення стратегії розвитку, Рада зі стратегічного розвитку повинна чітко усвідомлювати спектр ключових ризиків, які вже впливають або можуть у перспективі вплинути на функціонування системи охорони здоров'я. Йдеться як про внутрішні організаційні, фінансові, кадрові, технологічні ризики, так і про зовнішні – пов'язані зі змінами законодавства, соціально-економічною ситуацією, демографічними тенденціями, епідеміологічними викликами тощо. Глибинне розуміння таких ризиків створює передумови для вироблення ефективної, збалансованої політики та

виваженої стратегії управління ними, що включає систему превентивних заходів, механізмів мінімізації негативних наслідків і адаптаційних рішень.

Саме з цією метою доцільним є використання спеціально розробленого критеріально-аналітичного інструментарію, зокрема матриці основних ризиків та підходів до їх управління, структурованих за видами, джерелами виникнення та можливими управлінськими відповідями. Узагальнені результати такого ризик-орієнтованого підходу до стратегічного управління системою охорони здоров'я наведені у табл. 3.1.

На думку українського дослідника В. П. Мегедя, проблематика ризиків у сфері охорони здоров'я залишається однією з найменш опрацьованих у національній теорії та практиці державного управління. Учений наголошує: «Тому створення ефективного механізму функціонування служби чи медичного закладу стає актуальною проблемою розробки концепції безризикової діяльності в галузі охорони здоров'я» [103, с. 100]. Позиція фахівців МОЗ України цілком корелює із цією тезою: «Для надання якісної медичної допомоги та медичного обслуговування має важливе значення безпечне середовище з контрольованими ризиками, що не наносять шкоди, уражень і побічних ефектів» [104, с. 12].

З огляду на те, що участь громадськості поступово інтегрується в архітектоніку управління системою охорони здоров'я й набуває дедалі більш вагомого значення для суб'єктів ухвалення рішень, концепція зацікавлених сторін (стейкхолдерів) стала одним із ключових інструментів стратегічного менеджменту. У межах стратегічного керування стейкхолдерами вважають індивідів або групи, здатні впливати на результати діяльності системи охорони здоров'я, а також тих, на кого впливають рішення, прийняті у цій системі.

Система охорони здоров'я характеризується широкою палітрою взаємодій із різними групами стейкхолдерів. Взаємозв'язки між ними розглядаються як сукупність контрактів (*nexus of contracts*), згідно з якими стейкхолдери забезпечують систему необхідними ресурсами — фінансовими, кадровими, інформаційними, політичними — очікуючи натомість задоволення

власних інтересів, захист прав чи доступ до якісних медичних послуг. Такі контракти можуть набувати форми обміну, трансакцій, делегування повноважень або участі у процесах ухвалення управлінських рішень.

Для більш точної аналітичної оцінки пропонується класифікація груп зацікавлених сторін відповідно до їхнього просторово-функціонального розташування щодо системи охорони здоров'я:

- внутрішні стейкхолдери — персонал медичних організацій, лікарі, середній і молодший медичний персонал, адміністративні працівники;
- «прикордонні» групи (interface) — ті, хто безпосередньо взаємодіє з системою та середовищем (медичні асоціації, страхові компанії, громадські організації, професійні об'єднання, пацієнтські групи);
- зовнішні стейкхолдери — держава, органи публічної влади, населення, наглядові структури, бізнес-партнери, які не входять до структури системи, але мають інтереси щодо її діяльності або здатні впливати на її функціонування.

Головним завданням ідентифікації стейкхолдерів є визначення характеру та сили їхнього впливу на управлінські рішення медичних організацій. Зважаючи на це, автор здійснює поділ стейкхолдерів на «внутрішні» (медичні працівники та управлінський апарат) та «зовнішні» (населення та держава), наголошуючи, що поведінкові стратегії будь-якої групи можуть змінюватися залежно від ситуаційного контексту, соціально-економічних умов і рішень у сфері охорони здоров'я.

Визначення переліку зацікавлених сторін потребує їх подальшої оцінки за критеріями впливу та значущості. Саме для цього запропоновано відповідну аналітичну схему, що дозволяє структурувати інформацію про стейкхолдерів, оцінити їхні інтереси, можливості впливу й рівень участі у процесах управління (Рис. 3.2).

Таблиця 3.1

Безпекові заходи щодо потенційних загроз розвитку системі охорони здоров'я

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

ЗНАЧИМІСТЬ

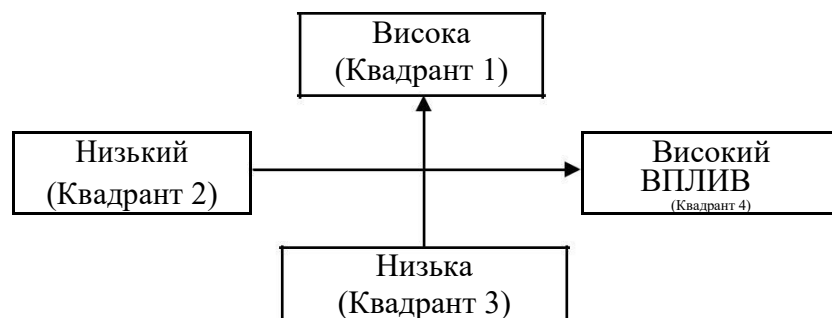


Рис. 3.2. Карта «груп стейкхолдерів».

У першому квадранті розміщуються ключові стейкхолдери, які володіють найвищим рівнем впливу на стратегічний розвиток системи охорони здоров'я та фактично визначають її політико-організаційний вектор. До цієї групи належать Комітет з охорони здоров'я при МОЗ України, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, центральний апарат Міністерства охорони здоров'я України, а також керівники регіональних і міських управлінь охорони здоров'я. Їх управлінські рішення є визначальними для функціонування галузі, а повноваження — системотворчими.

Другий квадрант охоплює стейкхолдерів, які, хоча й володіють помітним потенціалом впливу, однак їх участь менш критично впливає на стратегічну траєкторію розвитку системи. У цьому секторі перебувають Національна академія медичних наук України, ректори медичних університетів, експерти ВООЗ, пацієнтські об'єднання, професійні медичні товариства, а також керівники профільних науково-дослідних інститутів. Їхня роль здебільшого полягає у наданні експертних рекомендацій, формуванні фахової позиції та участі в розробці стратегій, але без вирішального впливу на їх ухвалення.

Третій квадрант включає стейкхолдерів із мінімальним рівнем впливу на систему охорони здоров'я. Це, передусім, здорова або неактивна частина населення, яка не демонструє вираженої зацікавленості у функціонуванні галузі до моменту прямої взаємодії із системою або виникнення потреби в медичній допомозі.

У четвертому квадранті розташовані групи, для яких результати діяльності системи охорони здоров'я є особливо значущими, однак їхній реальний вплив на прийняття управлінських рішень мінімальний. До цієї категорії належать пацієнти та медичний персонал. Попри високу чутливість до результатів роботи системи, їх можливість безпосередньо впливати на управління залишається обмеженою, що створює потребу у розвитку механізмів залучення та участі.

Необхідність удосконалення управління через сучасні технології.

Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я можливе лише за умови впровадження сучасних управлінських технологій. Особливої уваги заслуговують механізми, давно апробовані у приватному секторі, зокрема системи менеджменту якості (СМЯ) на основі стандартів ISO серії 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2008 *Quality management systems – Requirements* визначає мінімальні вимоги до системи управління якістю, які можуть застосовуватися як у приватних, так і в державних організаціях [105].

Як зазначають українські дослідники Г. А. Семенов, О. О. Єропутов та О. О. Плаксюк, управління якістю продукції «...це не просто контроль якісних

параметрів і причин їх відхилень, це управлінська діяльність, яка охоплює життєвий цикл продукції і системно забезпечує стратегічні й оперативні процеси підвищення якості продукції й функціонування самої системи управління якістю» [106, с. 188]. Такий підхід дозволяє розглядати якість не як кінцевий результат, а як безперервний процес.

Основні ознаки державної політики у сфері якості медичної допомоги.

Виходячи з міжнародних рекомендацій і національних потреб, процес планування якості медичної допомоги має ґрунтуватися на державній політиці, що включає такі ключові положення:

- Прозорість і поінформованість усіх учасників системи, передусім медичного персоналу, пацієнтів та страхових організацій, щодо пріоритетів і напрямів державної політики в сфері якості.

- Комплексність та узгодженість заходів, їх взаємна несуперечливість і логічний зв'язок з іншими елементами системи охорони здоров'я.

- Регламентація діяльності відповідними нормативно-правовими актами, що визначають повноваження, обов'язки та процедури реалізації політики якості.

- Персоніфікована відповідальність за якість медичної допомоги — конкретні посадові особи та установи повинні мати чітко визначені функції.

- Створення спеціальних структурних одиниць та інституцій, відповідальних за практичну реалізацію політики якості, моніторинг та корекцію процесів.

- Охоплення всіх рівнів системи охорони здоров'я, починаючи з індивідуальної роботи медичних працівників і закінчуючи управлінськими структурами державного рівня.

Таким чином, забезпечення високої якості медичної допомоги передбачає не лише удосконалення технологічних процесів, а й системну трансформацію управління, розширення участі зацікавлених сторін та впровадження інструментів, спрямованих на підвищення відповідальності, прозорості та результативності системи охорони здоров'я.



Рис. 3.3. Методи і технології контролю якості медичної допомоги

Оцінювання ефективності діяльності виробничої системи традиційно розглядається як комплексне завдання, що передбачає встановлення співвідношення, порівняння та аналіз взаємозв'язку між витратами й отриманими результатами. Важливим елементом такого аналізу є точне визначення обсягу ресурсів, витрачених на досягнення поставлених цілей, а також фіксація результативності у кількісних показниках (зокрема, прибутку чи обсягу наданих послуг та виготовленої продукції). Саме ці величини слугують основою для об'єктивного оцінювання результативності функціонування системи.

У сфері охорони здоров'я інформація щодо ефективності діяльності системи є важливою для трьох ключових груп споживачів:

1. Менеджмент середньої ланки, який забезпечує оперативне управління та потребує детального аналізу конкретних сегментів функціонування системи.

2. Вище керівництво, відповідальне за стратегічне планування та об'єктивну оцінку загальної ефективності, визначення сильних і слабких сторін системи охорони здоров'я.

3. Держава та страхові компанії – зовнішні стейкхолдери, які виступають одночасно джерелами фінансування й отримувачами інформації про доцільність здійснених витрат.

Відповідно до «Концепції інформатизації сфери охорони здоров'я України», розробленої МОЗ України у 2012 р., основною метою інформатизації визначено підвищення якості, своєчасності й доступності медичної допомоги, а також забезпечення ефективного управління галуззю шляхом створення сучасного інформаційного простору, інтегрованого до національних і міжнародних систем [107].

Водночас, застосування традиційних критеріїв економічної ефективності до сфери охорони здоров'я значно ускладнене, адже медична галузь не має безпосередніх економічних показників, які б відображали рівень здоров'я населення. У зв'язку з цим використовується підхід, що базується на

оцінюванні розміру попередженого економічного збитку. Йдеться про втрати, яких держава могла зазнати через тимчасову непрацездатність працівників, зменшення трудового потенціалу через передчасну смертність, збільшення витрат на соціальне забезпечення та медичне обслуговування. Порівняння цих величин із фактичними витратами на медичну допомогу дозволяє оцінити ефективність системи охорони здоров'я.

Таким чином, економічний збиток, спричинений захворюванням, включає не лише витрати на медичну допомогу, але й оплату лікарняних листків, соціальні виплати, а також втрати, пов'язані зі зменшенням обсягів виробленої продукції або припиненням трудової діяльності внаслідок смерті.

Формула загальної економічної ефективності сфери охорони здоров'я має вигляд:

Економічна ефективність = Результат / Витрати.

На сучасному етапі лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ) функціонує як організація, що надає як безоплатні, так і платні послуги населенню, керуючись нормами цивільного законодавства, Бюджетним і Податковим кодексами України. У зв'язку з цим виникає суперечність між завданням керівника забезпечити рентабельність діяльності та вимогою суворого дотримання фінансової дисципліни й цільового використання коштів. Нерідко зміна категорії закладу внаслідок оптимізації стає не вигідною через жорсткі обмеження кошторисного фінансування.

Наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р. «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги» [108] визначив стратегічні напрями модернізації галузі, які стосуються удосконалення системи контролю якості медичної допомоги, лікування та лікарських засобів, а також зміцнення організаційних механізмів надання медичних послуг.

У межах визначеного Кабінетом Міністрів України комплексного механізму державного управління подальший розвиток охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях зосереджується на аналізі кадрових

потреб, матеріально-технічного забезпечення, а також оптимізації мережі закладів. Пріоритетним є створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), реорганізація існуючих закладів у комунальні некомерційні підприємства та формування міжрайонних об'єднань.

Як зазначають Б. Лемішко та І. Мартинюк, ефективність функціонування центрів ПМСД полягає у забезпеченні доступності медичної допомоги за менших витрат та у досягненні якості, що відповідає потребам населення, оскільки сімейна медицина орієнтується на безпечність, ефективність, персоніфікованість та своєчасність медичної допомоги [109, с. 220].

Запровадження бюджетування, орієнтованого на результат, робить завдання планування та контролю діяльності державних і приватних ЛПЗ значною мірою подібними. У комерційних медичних організаціях стратегічний розвиток базується на механізмах бізнес-планування, які можуть бути ефективно адаптовані і для некомерційних закладів. Ширше використання бізнес-планів дозволяє медичним установам реалізовувати економічно обґрунтовані проєкти та досягати позитивних фінансових результатів.

До ключових показників економічних результатів належать:

- виручка від наданих послуг (визначається ціною та обсягом послуг);
- прибуток = виручка – всі витрати;
- чистий прибуток = прибуток – податки – відсотки за кредитами;
- рентабельність = чистий прибуток / собівартість.

Ці показники є індикаторами економічної ефективності діяльності медичних організацій, а їх зіставлення дозволяє сформулювати різні варіанти економічної оцінки результатів.

Перехід від кошторисного фінансування до можливості гнучкого використання виділених ресурсів зумовлює потребу визначення пріоритетів розвитку та оцінювання досягнутих результатів. У наукових роботах Л. А. Габуєвої та Д. В. Мочалова наведено порівняльні дані, що відображають різні варіанти індикаторів економічної ефективності (табл. 3.2) [109а].

Таблиця 3.2

Основні показники економічної ефективності діяльності ЛПЗ

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

Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності управління сферою охорони здоров'я дали змогу окреслити групу ключових соціально-економічних показників, які визначають інноваційну специфіку функціонування системи охорони здоров'я та відображають її здатність адаптуватися до сучасних викликів. У результаті аналітичного узагальнення було сформовано систему індикаторів, що у своїй сукупності характеризують як внутрішні можливості галузі, так і ефективність її взаємодії із зовнішнім середовищем, рівень задоволеності потреб населення та спроможність забезпечувати сталість розвитку. Структурно ці показники репрезентовані на рис. 3.4, де подано узагальнену модель оцінювання соціально-економічного потенціалу інноваційного розвитку охорони здоров'я.

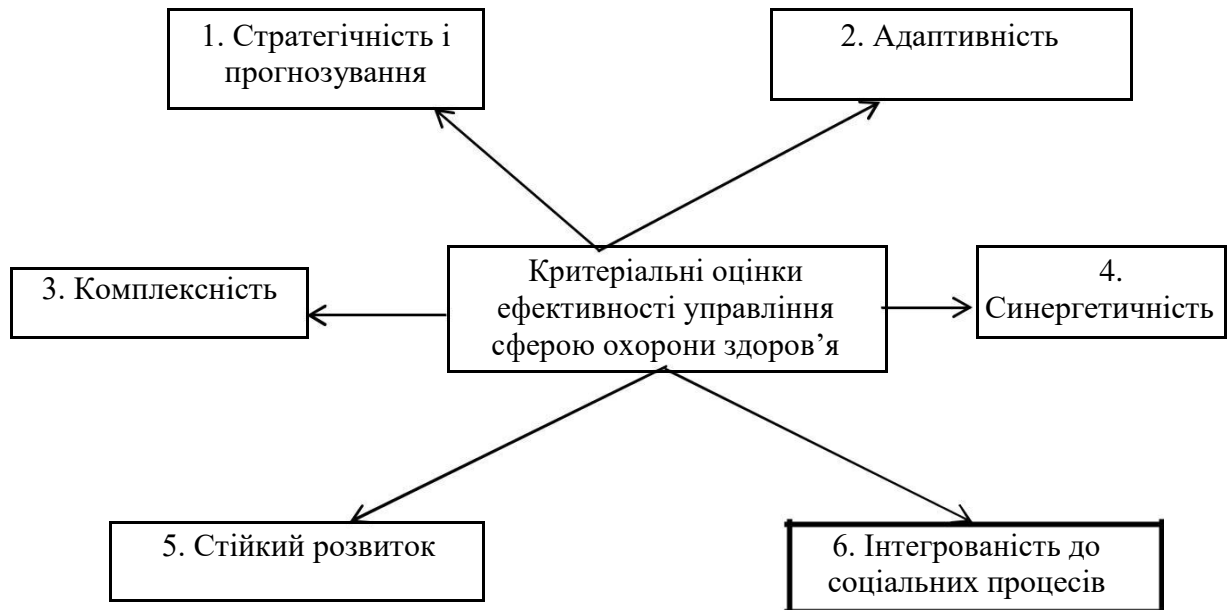


Рис. 3.4. Соціально-економічні критерії, що визначають нововведення в системі охорони здоров'я

Стратегічність і прогнозування є базовими параметрами сучасного управління сферою охорони здоров'я, адже саме вони забезпечують можливість формування далекоглядної політики, її практичної реалізації на регіональному рівні, а також передбачення змін у зовнішньому середовищі. Розробка стратегії управління охоплює оцінювання соціально-економічного контексту, моделювання бажаних результатів і визначення інструментів впливу, що дає змогу вибудувати узгоджену систему управлінських рішень. У цьому аспекті стратегічне управління характеризується низкою визначальних показників, серед яких:

- стан економічної ситуації в регіоні (обсяг національного доходу в розрахунку на душу населення, рівень споживання матеріальних благ, наслідки економічної нестабільності, дефіцит трудових ресурсів);
- рівень науково-технічного прогресу, що визначає потенціал упровадження сучасних технологій та нових медичних рішень;

- характер демографічного розвитку (чисельність населення, структурні параметри здоров'я населення, показники дитячої смертності, віково-статеву структуру та інші демографічні індикатори);
- екологічний стан регіону (вміст шкідливих речовин у повітрі, рівень ультрафіолетового випромінювання, наявність пестицидів та інших токсичних елементів у продуктах харчування);
- ступінь соціальної вразливості населення, що впливає на потребу у соціальній підтримці, обсяги медико-соціальної допомоги та загальну стабільність регіональних соціальних систем.

Адаптивність системи охорони здоров'я передбачає її здатність своєчасно й ефективно реагувати на зміни зовнішнього середовища. Модифікація управлінських параметрів у відповідь на нові умови стає необхідною для забезпечення стійкості галузі, оскільки сама система функціонує в умовах постійної динаміки, багатовимірності зовнішніх впливів і складності внутрішніх процесів.

Комплексність управління проявляється в єдності всіх ключових його елементів — організаційних, фінансових, інноваційних, кадрових тощо. Реалізація комплексного підходу передбачає одночасне врахування різних факторів, що впливають на результати діяльності галузі, а також подолання потенційних суперечностей між окремими компонентами управління. Одним із стратегічних завдань тут виступає гармонізація функціональних елементів системи з метою досягнення єдиного цільового результату.

Синергічність як принцип управління означає поєднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів, що у взаємодії формують додатковий ефект. Таке ресурсне злиття дає змогу знизити загальні управлінські витрати, забезпечити узгодженість дій різних підсистем управління, зміцнити фінансову та структурну стійкість галузі, а також підвищити результативність механізмів контролю за реалізацією ухвалених рішень.

Сталий розвиток розглядається як відносно стабільне та прогнозоване функціонування системи охорони здоров'я на всіх її рівнях — від

регіонального до інституційного. Для динамічно розвивальної системи характерними є безперервність процесів оновлення, циклічність відновлення функціональних зв'язків, повторюваність ключових управлінських процедур. Стабільність забезпечується шляхом своєчасного виявлення небезпечних відхилень і корекції управлінських рішень, що дозволяє запобігати порушенням системної рівноваги.

Інтегрованість у соціальні процеси означає активну участь системи охорони здоров'я у формуванні соціальних потреб і очікувань населення. Система має здатність не лише реагувати на суспільні запити, а й формувати нові соціальні орієнтири, спрямовувати розвиток суспільства у напрямку, де здоров'я, соціальна солідарність і відповідальність за власний життєвий вибір стають визначальними цінностями. У підсумку формується взаємозалежність, в якій суспільство підтримує систему охорони здоров'я, а система, своєю чергою, сприяє соціальному розвитку.

3.2. Організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Зобов'язання держави у сфері забезпечення безоплатної медичної допомоги та охорони здоров'я населення, хоча й задекларовані як один із ключових напрямів державної політики, на практиці часто не отримують належної фінансової та інституційної підтримки. За відсутності реального ресурсного забезпечення ці зобов'язання нерідко залишаються декларативними. Чинна бюджетно-страхова модель, що мала би стати важливою складовою багатоканальної системи фінансування медицини, фактично використовується частково, що обумовлює хронічний дефіцит ресурсів.

На сучасному етапі фінансові ресурси системи охорони здоров'я розподіляються нерівномірно та часто неефективно. Значна частина державних заходів у медичній сфері не враховує повною мірою реальні потреби закладів

охорони здоров'я та очікування населення. Попри те, що загальний обсяг фінансування медичної галузі потребує постійного зростання, державні видатки залишаються обмеженими, а їх використання — малоефективним. Це значною мірою пояснюється інституційними дисфункціями, зокрема фрагментацією між бюджетною та страховою складовими системи, а також складністю раціонального розподілу коштів між амбулаторною та стаціонарною допомогою. Сукупність цих чинників ускладнює реалізацію реформ і посилює існуючі проблеми галузі.

Водночас врахування фінансових можливостей страхових компаній у формуванні політики фінансування охорони здоров'я має важливе значення. Активне залучення страхових організацій до співфінансування поряд із державними інституціями дозволило б перетворити їх на повноцінних і рівноправних учасників ринку медичних послуг, а не лише на посередників між пацієнтом та медичною установою. Така участь сприяла б розширенню фінансової бази галузі, забезпеченню конкуренції та підвищенню якості наданих послуг.

Забезпечення належних умов для охорони здоров'я населення є однією з основних функцій держави, проте її реалізація неможлива без оптимального механізму формування й розподілу бюджетних ресурсів. Раціональний вибір схем фінансування та їх узгодженість із завданнями системи охорони здоров'я визначають реальну можливість держави гарантувати доступ до якісних медичних послуг. Як зазначають українські науковці Т. Д. Сіташ і С. В. Підгаєць: «На сучасному етапі одним із основних напрямів трансформації економіки України є подальше реформування системи охорони здоров'я. Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів цієї галузі, професіоналізму лікарів. Але серед обов'язкових умов належної якості медичного обслуговування – фінансове забезпечення, один із основних чинників, що впливає на розвиток охорони здоров'я та її соціально-економічну результативність» [110, с. 316].

Отже, розвиток сучасної системи охорони здоров'я потребує цілісної, структурно логічної та ресурсно збалансованої моделі. У цьому контексті доцільним є представлення функціонування галузі у вигляді організаційно-функціональної моделі розвитку системи охорони здоров'я (рис. 3.5), що дозволяє систематизувати ключові елементи управління, визначити взаємозв'язки між ними та виявити оптимальні механізми підвищення ефективності галузі.

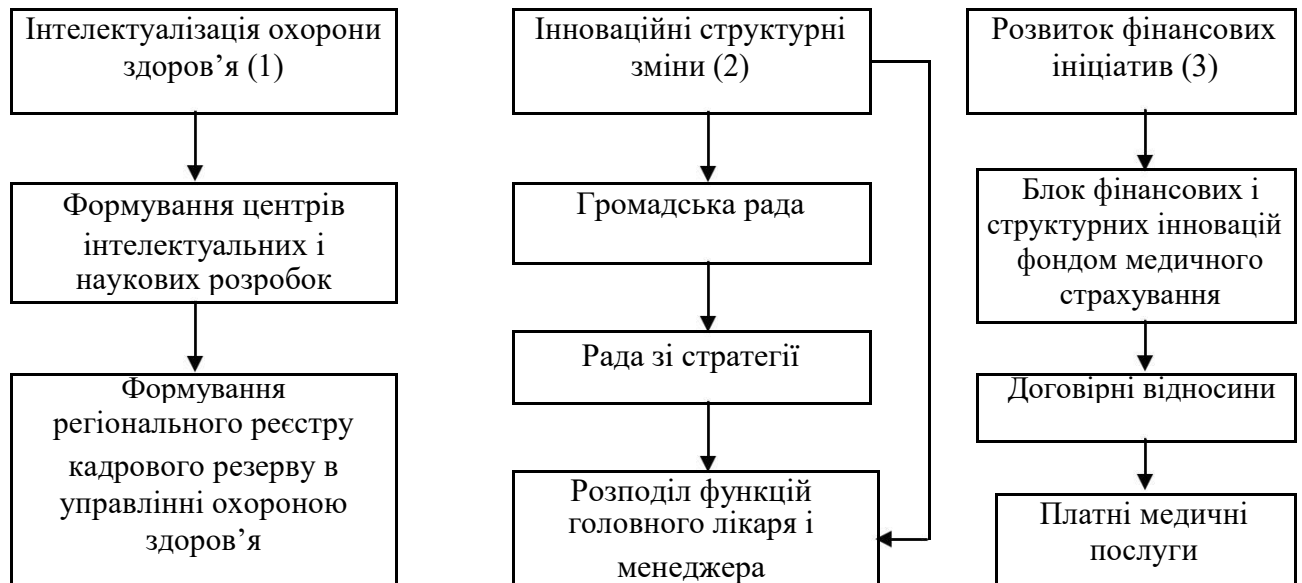


Рис.3.5 Організаційно-функціональна модель регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Основним структурним елементом першого сектору зазначеної моделі виступає інтелектуалізація системи охорони здоров'я загалом та її окремих підсистем (1). Реалізація цього напрямку можлива через низку ключових завдань, що формують стратегічний контекст розвитку галузі. Серед таких завдань варто виокремити:

- підтримку реалізації науково-дослідних, прикладних та інноваційних проєктів, безпосередньо пов'язаних із соціально-економічним поступом медичної сфери;

- систематичне підвищення кваліфікації державних службовців, які здійснюють управлінські функції в галузі охорони здоров'я, та посилення контролю за результативністю їх професійної діяльності;
- формування сприятливих умов для працевлаштування випускників медичних університетів, їх професійне закріплення у закладах охорони здоров'я, забезпечення можливостей перепідготовки та створення стабільного кадрового резерву високої якості.

Проблематика кадрового забезпечення, таким чином, стає центральною складовою державної політики у сфері розвитку охорони здоров'я. Це підтверджує і зміст Державної програми реформування системи охорони здоров'я на 2013–2018 рр., де одним із 27 пріоритетів було визначено кадрове, фінансове й матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я відповідно до реальних потреб населення. За офіційними даними, щорічний ліцензований обсяг підготовки інтернів та підвищення кваліфікації лікарів у середньому становив близько 40 630 осіб [111]. Проте, як наголошує О. В. Худоба, стратегічний кадровий дефіцит продовжує зростати: міграція медичних працівників набуває некерованого й незворотного характеру, а Україна фактично стала донором кваліфікованих кадрів для країн ЄС та США [112].

Тривалий час відбір кадрів у державній службі та органах місцевого самоврядування базувався на обмеженому переліку формальних критеріїв — освіті, досвіді роботи, результатах тестування та оцінці рефератів. Проте сьогодні очевидно, що такі критерії не дають змоги об'єктивно оцінити інтелектуальний потенціал та інноваційність мислення кандидатів. Освітні документи самі по собі не свідчать про спроможність до саморозвитку, а традиційні форми відбору часто фіксують лише поверхові компетентності. У зв'язку з цим виникає потреба у запровадженні альтернативних підходів до оцінки кадрового потенціалу, насамперед у сфері державної служби.

Кандидатів доцільно умовно розмежувати на два типи — самостійно сформовані особистості та цілеспрямовано підготовлені управлінські кадри. Для першої групи значущими можуть стати нетривіальні критерії: наявність

ступеня MBA, участь у міжнародних та національних освітніх програмах, залучення до проєктів розвитку, грантових ініціатив, а також оприлюдні результати практично реалізованих проєктів. Для другої групи релевантним є довгостроковий моніторинг професійного зростання, що по суті наближає процес підготовки кадрів до лонгitudних досліджень, спрямованих на формування якісного управлінського резерву.

Важливою організаційно-технологічною інновацією має стати створення системи стратегічного формування кадрового резерву, яка передбачає функціонування спеціалізованої інформаційної бази «Перспективний резерв управлінських кадрів» із включенням до неї найбільш ініціативної молоді. Передбачається простеження їхньої професійної траєкторії, надання підтримки та створення умов для подальшої управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Інноваційні зміни структури

Другою складовою моделі розвитку є структурні інновації, що повинні реалізовуватися на двох взаємопов'язаних рівнях:

1. державному та регіональному — через запровадження Ради зі стратегічного розвитку як колегіального органу, уповноваженого формувати стратегічну політику та оцінювати ризики системи;

2. локальному — через розмежування лікувальних функцій головного лікаря та управлінських компетенцій менеджера охорони здоров'я. Такий підхід дає змогу уникнути ситуацій, коли керівник медичного закладу володіє високою клінічною майстерністю, але не має необхідних управлінських навичок.

Українські дослідники М. М. Білинська та Т. П. Понченко вважають, що оптимізація управління можлива лише через підвищення інтелектуальної складової менеджменту та формування нового корпусу управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, орієнтованих на сучасні економічні реалії [113, с. 70].

Третій блок — фінансові ініціативи

Наступною складовою моделі є сектор фінансових інновацій, спрямований на забезпечення переходу від моделі виживання до концепції сталого розвитку медичної галузі. До ключових фінансових напрямів належать:

- реструктуризація та запровадження інновацій у сфері діяльності Фонду медичного страхування;
- стимулювання розвитку медичного страхування та формування сучасної страхової інфраструктури;
- створення договірних механізмів взаємодії між медичними закладами, страховиками, благодійними фондами та іншими суб'єктами;
- посилення державного контролю за якістю та прозорістю надання платних послуг.

Сучасний український ринок медичних послуг характеризується суттєвою залежністю пацієнтів від платних і неформальних механізмів оплати праці медичних працівників, що створює значні ризики — від вимагання платежів до виникнення зайвих послуг. У цьому контексті страхова модель розглядається як необхідний інститут-посередник, здатний забезпечити збалансованість інтересів пацієнта й медичної організації.

За визначенням Г. В. Артамонової та її колег, медичне страхування — це «система економічних відносин, що охоплює формування цільових фондів грошових коштів і їх використання для відшкодування збитків та надання допомоги громадянам» [113а]. Основні його ознаки охоплюють наявність страхового ризику, замкненість перерозподільних відносин, формування страхового фонду, залежність ефективності від кількості учасників та двоканальний перерозподіл збитків — у просторі та часі.

Українські дослідники І. Е. Астахова та Є. О. Касьян підкреслюють: «Запровадження медичного страхування в Україні належить до першочергових завдань, які потребують невідкладного вирішення» [114, с. 120]. Подібний підхід підтримують і фахівці Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького [115].

Страховання, будучи економічною категорією, нерозривно пов'язане з фінансами та кредитом. Обсяги акумульованих страхових резервів роблять страхові компанії впливовими фінансовими інститутами. За рахунок переходу до страхової моделі фінансування можливо досягти таких результатів:

- концентрація основного державного фінансування у межах системи страхування;
- оплата медичних послуг відповідно до їх якості та обсягу;
- контроль за дотриманням прав пацієнтів;
- моніторинг виконання договірних зобов'язань між медичними організаціями та страховиками;
- розвиток конкурентного ринку страхових програм;
- формування баз даних, необхідних для персоніфікованого обліку медичного обслуговування;
- удосконалення системи оплати медичної допомоги.

Паралельно з розвитком основного сегмента медичного страхування важливим є створення програм додаткового страхового забезпечення, орієнтованих на відшкодування вартості медикаментів, стоматологічної допомоги дорослим, первинної медичної допомоги тощо. Використання механізмів регульованих тарифів робить такі програми доступнішими для населення.

Підсумкові положення

Стан та розвиток системи охорони здоров'я вимагають системного моніторингу та прогнозування управлінських процесів, адже саме від ефективності управління залежить функціонування медичних закладів, регіональних систем та галузі загалом. Перехід до інноваційної моделі розвитку охорони здоров'я повинен базуватися на практичній реалізації таких заходів:

- стимулювання розвитку медичної науки;
- модернізація організаційної структури галузі;
- концентрація фінансових і кадрових ресурсів у пріоритетних напрямках;
- створення центрів наукових досліджень у медичній сфері;

- формування регіональних систем обліку кадрового резерву;
- розвиток страхової моделі фінансування;
- якісне планування та прогнозування політики у сфері медичного обслуговування;
- підтримка «проривних» технологій із високим практичним потенціалом;
- поглиблення партнерства між державним і приватним секторами.

Інноваційні процеси в охороні здоров'я є складним та багаторівневим об'єктом управління, тому ефективність їх розвитку безпосередньо залежить від упровадження сучасних методів і технологій інноваційного менеджменту. Саме інноваційний менеджмент визначає конкурентоспроможність медичних закладів в умовах трансформації ринку медичних послуг та зростання вимог населення до якості медичної допомоги.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерського дослідження обґрунтовано доцільність інституціоналізації в системі охорони здоров'я спеціального колегіального органу – Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я (у тому числі на регіональних рівнях), яка покликана забезпечити стратегічне бачення, довгострокове планування та узгодження управлінських рішень між ключовими стейкхолдерами галузі. Цей орган розглядається як важливий елемент підвищення керованості, прозорості та відповідальності в процесах реформування охорони здоров'я.

У роботі запропоновано орієнтири інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, на основі яких сформульовано концепт організаційно-функціональної моделі регулювання інноваційного розвитку галузі. Зазначена модель спирається на три взаємопов'язані смислові блоки:

- інтелектуалізацію системи охорони здоров'я та її структурних компонентів;
- інноваційні зміни організаційної структури на регіональному й локальному рівнях управління;

- фінансові ініціативи, орієнтовані на зміцнення фінансової стійкості, забезпечення безперервного фінансування та досягнення прийняттого рівня рентабельності функціонування медичної сфери.

Показано, що перехід на інноваційну траєкторію розвитку системи охорони здоров'я є можливим лише за умови реалізації комплексу взаємопов'язаних заходів, серед яких визначальне значення мають: модернізація структури управління системою охорони здоров'я; створення сприятливих організаційно-правових та економічних передумов для розвитку пріоритетних напрямів медичної науки через концентрацію фінансових і кадрових ресурсів; формування та функціонування центрів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; розбудова системи обліку та управління кадровим резервом у регіонах; розвиток системи медичного страхування як ключового фінансового інструменту; ретельне планування політики у сфері медичного обслуговування населення та прогнозування її можливих соціально-економічних наслідків; цільове фінансування наукових досліджень; формування дієвої системи співробітництва між державним і приватним секторами медичної сфери, здатної забезпечити впровадження новітніх наукових розробок у практику охорони здоров'я.

Констатовано, що методологічний інструментарій інноваційного розвитку системи охорони здоров'я формують, насамперед, методи стимулювання інноваційних процесів у медичній сфері, методи сприяння розбудові й модернізації медичної інфраструктури, а також методи розширення та диверсифікації ресурсної бази. Ефективність та доцільність застосування зазначених методів відображається у результатах моніторингу низки ключових індикаторів, до яких віднесено: зростання обсягів поставок сучасного медичного обладнання та техніки в межах системи загальнодержавного лізингу; зниження ставок за користування лізинговими інструментами для закладів охорони здоров'я; розширення практики надання медичним установам пільгових кредитів; активізацію співпраці з Центром підготовки та перепідготовки працівників медичної сфери тощо.

Як критерії оцінювання ефективності застосування інструментів і методів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я запропоновано розглядати: ступінь досягнення визначеної стратегічної мети; рівень інноваційної активності в галузі; економічну доцільність та окупність упроваджених нововведень; динаміку соціально-економічного стану суспільства; зміни в системі управління людським капіталом, передусім у частині формування, використання та розвитку кадрового потенціалу медичної сфери.

У роботі обґрунтовано необхідність глибокої модернізації структури управління у досліджуваній сфері, що зумовлює потребу в реалізації комплексу заходів, а саме: упровадження прогресивних форм керівництва, заснованих на принципах демократії, децентралізації та розширення автономії; оновлення законодавчої й нормативно-правової бази охорони здоров'я з урахуванням вимог сучасної медичної, соціальної та економічної політики; модернізації інформаційної складової системи охорони здоров'я на основі застосування сучасних комп'ютерних технологій та електронних інформаційних платформ; посилення та інституціоналізації взаємодії між усіма структурними ланками системи, зокрема між лікувально-профілактичними закладами, державними органами управління, соціальними й страховими інституціями, органами санітарно-епідеміологічного нагляду.

Реалізація зазначених заходів дасть змогу формувати корпоративні регіональні об'єднання закладів охорони здоров'я, здатні забезпечити більш ефективний розподіл управлінських повноважень, удосконалити систему моніторингу та контролю, поглибити впровадження механізмів громадського контролю у сферу охорони здоров'я України, протидіяти проявам службових зловживань, сприяти розв'язанню проблем якісної медичної освіти, справедливої оплати праці й збалансованої кадрової політики, а також підвищити результативність системи підвищення кваліфікації та післядипломної освіти працівників медичної галузі.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі розв'язано актуальне наукове завдання, спрямоване на теоретичне обґрунтування та розробку практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Досягнуті результати, а також виконання поставленої мети та дослідницьких завдань дали змогу сформулювати такі узагальнення та висновки.

1. Проведено оцінювання стану наукової розробленості проблематики державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я та визначено сучасні теоретико-методологічні підходи до його реалізації. Доведено, що активізація інноваційних процесів у галузі, які охоплюють як удосконалення існуючих рішень, так і впровадження принципово нових технологій, методів та організаційних форм, потребує кардинального оновлення змісту, інструментів, технологій і засобів державного регулювання. Підкреслено, що результативність інноваційного розвитку системи прямо залежить від ефективності механізмів державної регуляції, рівня їх комплексності, узгодженості функцій і методів, конструктивної взаємодії підсистем, а також від якості та послідовності управлінських рішень у процесі надання медичної допомоги.

2. Установлено, що ключовою проблемою регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є потреба у створенні умов, які б забезпечили здатність гетерогенної соціально-економічної системи до самотрансформації. Цей процес має відбуватися в межах розбудови мережі мультиорганізаційних структур управління, діяльність яких спрямована на підвищення соціальної справедливості, реалізацію міжсекторального підходу, формування потенціалу громадського здоров'я та стимулювання населення до ведення здорового способу життя.

3. Розкрито особливості реалізації регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Доведено, що результативність інноваційного процесу визначається належним ресурсним забезпеченням,

економічною стабільністю учасників інноваційної діяльності та сукупністю сприятливих чинників. Підтверджено важливу роль програмно-цільового планування як інструменту стимулювання інноваційного розвитку. Його сутність полягає у логіці «мета – заходи – ресурси – результат», що забезпечує послідовність та безперервність інноваційних процесів, узгодженість управлінських впливів, системність планування і регіональну диференціацію.

4. Узагальнено зарубіжний досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони здоров'я. Показано, що універсальної моделі не існує, а вибір оптимальної моделі залежить від соціально-економічних умов розвитку держави. Європейський вектор України зумовлює формування власної моделі охорони здоров'я, базованої на рівноправному доступі до медичної допомоги, верховенстві права, суспільній солідарності, соціальній справедливості та застосуванні ефективних механізмів державної регуляції.

5. Систематизовано методологічні основи забезпечення ефективності регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та представлено концепт його вимірювання. Визначено, що механізм регулювання складається з цільової, управлінської, забезпечуючої та оціночної підсистем, а також включає комплекс методів корпоративного й публічного управління, інструментів, стимулів та важелів впливу. Сукупність цих елементів формує методологічний базис стратегічного планування розвитку медичної допомоги, підвищення ефективності ринку медичних послуг і раціонального використання матеріальних та нематеріальних ресурсів.

6. Запропоновано концептуальні підходи до формування програми державних гарантій медичних послуг, що ґрунтуються на співвідношенні попиту населення на сучасні медичні технології та пропозиції медичних організацій. Наголошено, що застосування цих підходів забезпечує підвищення структурної ефективності регіональних систем медичного обслуговування та максимізацію технологічної ефективності на основі інтеграційних і конкурентних механізмів.

7. Розроблено і науково обґрунтовано комплекс системних засобів удосконалення механізмів регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Виокремлено перспективні моделі галузевих систем: фрагментовану, соціально диференційовану та інтегровану. Доведено, що найбільш результативною є модель інтегрованої системи охорони здоров'я, яка забезпечує оптимальне поєднання ресурсної ефективності, рівного доступу населення до медичних послуг та справедливого розподілу відповідальності між суб'єктами галузі.

8. Сформульовано пропозиції щодо модернізації управлінських механізмів регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України (зокрема в межах Харківського регіону). Обґрунтовано доцільність створення Ради зі стратегічного розвитку системи охорони здоров'я, покликаної затверджувати стратегічні рамки функціонування галузі, її цілі, здійснювати координацію системи внутрішнього контролю та керування ризиками. Запропоновані орієнтири інноваційного розвитку формують концепт організаційно-функціональної моделі, що включає: інтелектуалізацію системи; інноваційні зміни структури управління на регіональному та локальному рівнях; фінансові ініціативи, спрямовані на забезпечення її стійкого фінансування і рентабельності.

Проведене дослідження не вичерпує всього спектра проблем, пов'язаних із регулюванням інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Подальші наукові пошуки доцільно спрямувати на модернізацію механізмів державного регулювання відповідно до європейських стандартів, адаптацію їх до умов динамічних соціально-економічних трансформацій та поглиблення інтеграційних процесів у національній системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Концепція нової системи охорони здоров'я / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [//http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf). – Назва з екрана.

Князевич В. М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко, Г. О. Слабкий, Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, М. В. Голубчиков, Д. Д. Дячук. – К. : Вид-во «Київ», 2009. – 437 с.

Wolf R. Number of uninsured Americans rises to 50,7 million / R. Wolf [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [// http://usatoday30.usatoday.com/news/nation/2010-09-17-uninsured17_ST_N.htm](http://usatoday30.usatoday.com/news/nation/2010-09-17-uninsured17_ST_N.htm). – Назва з екрана.

Слабкий Г. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [// http://kazatin-rda.gov.ua/upload/files/Politika/stategiya_reformuvannya.pdf](http://kazatin-rda.gov.ua/upload/files/Politika/stategiya_reformuvannya.pdf). – Назва екрана.

Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку / В. Д. Долот [Електронний ресурс] // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2013. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>. – Назва з екрана.

Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2011. – № 720. – С. 357-364.

Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.

Арзянцева Д. А. Ринок медичних послуг: особливості функціонування та регулювання / Д. А. Арзянцева // Вісник Технологічного університету Поділля. – 2003. – № 5. – Ч. 2. – Т. 2. – С. 168-171.

Закон України Про інноваційну діяльність від 4 липня 2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http:// zakon.nau.ua/doc/?code=40-15](http://zakon.nau.ua/doc/?code=40-15). – Назва з екрана.

Закон України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 16 жовтня 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3715-17>. – Назва з екрана.

Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / С. Гладун. – Тернопіль: «Економічна думка», 2005. – 460 с.

Дериколенко О. М. Інноваційні ризики: сутність, класифікація / М. Дериколенко // Прометей. – 2012. – № 1. – С. 78-81.

Жежуха В. Й. Ризики інноваційної діяльності підприємств / Й. Жежуха // Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України. – 2009. – Вип. 19.2. – С. 177-182.

Музика М. С. Методи та механізми державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я / М. С. Музика // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукра. наук.-практ. конф., 17-18.04.2008. – Львів, 2008. – С. 202-207.

Закон України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» від 11 липня 2001 р. (зі змінами від 16 жовтня 2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2623-14>. – Назва з екрана.

Галась О. І. Внутрішні інвестиції як стабілізаційний інструмент держави / О. І. Галась, Д. Б. Круцяк // Академічний огляд. – 2010. – № 1 (32). – С. 115-119.

Жаліло Л. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні / Л. І. Жаліло, М. І. Мартинюк [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>. – Назва з екрана.

Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я / Н. В. Авраменко // Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. – Х. : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. – 320-322.

Гринів Л. С. Регіональні цільові програми : навч. посіб. / Л. С. Гринів. – Л. : ЛНУ, 2010. – 156 с.

Шарапова А. Основи розробки місцевих цільових програм / Шарапова, С. Сухобойченко, О. Севостьянова. – Сімферополь : ФОП Сташевський О.В. – 2011. – 92 с.

Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Університетські наукові записки. – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. – Назва з екрана.

Концепція наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dsmu.edu.ua/research/normdoc/891-20110815-2012>. – Назва з екрана.

Проект Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html. – Назва з екрана.

Денисюк В. Фактори та модель іноваційно орієнтованого економічного розвитку / В. Денисюк, А. Марков // Економіст. – 2009. – № 4. – 20-25.

Апанасенко Г. Л. Валеологія – перші досягнення / Г. Л. Апанасенко // Валеологія. – 2006. – № 1, 2. – С. 16-17.

Москаленко В. Ф. Системи охорони здоров'я: класифікації, цілі,

цінності, пріоритети, ключові функції, стратегії, проблеми та завдання / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 25-44.

Закон України від 07.07.2011 р. «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрана.

Куцин І. М. Проактивні методи державного управління та регулювання розвитку медичної галузі сфери охорони здоров'я України /

М. Куцин // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. – 2011. – Вип. 29. – С. 279-289.

Коропецька Т. О. Проблеми та результати впровадження медичного страхування в Україні / Т. О. Коропецька, І. І. Мельничук // Інноваційна економіка. Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – 2011. – № 7. – С. 31-34.

Акуленко О. В. Чинники формування професійної компетентності керівників органів управління охорони здоров'я / О. В. Акуленко // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. – 2012. – № 1 (6). – С. 9-13.

Шевчук І. Б. Методика оцінки просторової асиметрії формування регіональних ринків медичних послуг / І. Б. Шевчук // Економіка і управління. – 2008. – № 2-3. – С. 26-33.

Семигіна Т. Подарунок лікарю – корупція чи подяка? У будь-якому разі потрібні зміни у взаєминах «пацієнт–лікар» / Т. Семигіна, І. Грига, Степурко // Віче. – 2011. – № 19. – С. 36-39.

Щербиніна М. Б. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скирда // Газета «Новости медицины и фармации». – 2012. – № 4 (402) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.mif-ua.com/archive/article_print/26830. – Назва з екрана.

Мегедь В. П. Ризик-діяльність у відомчій системі охорони здоров'я: формування та впровадження / В. П. Мегедь // Український медичний часопис. – 2008. – № 4 (66). – С. 100-105.

Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : заг. ред. В. Ф. Москаленко. – К. : ДП «Державний експертний центр МОЗ України», 2012. – 23 с.

Лемішко Б. Основний модуль у державному управлінні клінікою сімейної медицини / Б. Лемішко, І. Мартинюк : зб. наук. пр. : Ефективність державного управління. – 2011. – Вип. 26. – С. 216-221.

Сіташ Т. Д. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети / Т. Д. Сіташ, С. В. Підгаєць // Інноваційна економіка. – 2012. – № 2. – С. 316-318.

Поліщук М. Підготовка висококваліфікованих фахівців – першочергове завдання медичної галузі / М. Поліщук // Ваше здоров'я [Електронний ресурс]. – 12 (789). – Режим доступу : www.vz.kiev.ua/med/12_05/5.shtm. – Назва з екрана.

Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України / О. В. Худоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...4/.../06.pdf. – Назва з екрана.

Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко // Главный врач. – 2007. – № 11. – С. 69-73.

Астахова І. Е. Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні / І. Е. Астахова, Є. О. Касьян // Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики. – 2009. – № 1(6). – С. 120-125.

Борецька О. Б. Соціальне медичне страхування в Україні: минуле і нові перспективи / О. Б. Борецька, Б. Я. Николайчук, А. Л. Федущак // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1-2. – С. 137-145.

Проект Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253443>. – Назва з екрана.

Парламентські слухання щодо реформи у сфері охорони здоров'я: у Верховній Раді України зареєстровано проект Рекомендацій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/253466>. – Назва з екрана.

Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг / Г. Ф. Ігнат'єва [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/e_journals/dutp/2007_2/txts/07igfsas.htm. – Назва з екрана.

Артамонова Н. О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності /

Глуховський В. В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В. В. Глуховський, Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 27.

Глуховський В. Громадські ради у системі охорони здоров'я: досвід, позиції і можливості / В. Глуховський // Упр. закл. охорони здоров'я. – 2011. – № 11. – С. 28-39.

Богомаз В. М. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина, О. М. Новічкова, Г. Росс, А. В. Степаненко // Український медичний часопис. – 2010. – № 1 (75). – С. 7-13.

Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи / С. Я. Пак // Електронний науковий фаховий журнал «Державне управління: теорія і практика». – 2011. – № 1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>. – Назва з екрана.

Ярош Н. П. Регіональні пріоритети розвитку соціальних стандартів сфері охорони здоров'я / Н. П. Ярош [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.academy.gov.ua/ej/ej7/doc_pdf/yarosh.pdf. – Назва з екрана.

Державний комітет статистики України. Населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2013.html>. – Назва з екрана.

Скрипник О. Що скорочуватимемо: лікарняні ліжка чи крісла чиновників? / О. Скрипник // Дзеркало тижня. – 2013. – № 3. – С. 13.

Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). – 2011. – № 4 (55). – С. 66-73.

Беліченко А. В. Сучасні принципи державного управління процесом забезпечення населення лікарськими засобами / А. В. Беліченко // Державне будівництво [Електронний ресурс]. – 2007. – № 1. – Ч. 2. – Режим доступу : http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2007_2/doc/2/10.pdf. – Назва екрана.

Кряж М. С. Державна політика забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян України / М. С. Кряж // Держава та регіони. Серія: Державне управління : наук.-вироб. журнал. – Запоріжжя : Гуманітарний університет «Запорізький інститут державного та муніципального управління», 2009. – № 1. – С. 104-108.

Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я України / Д. В. Карамішев, М. Федак // Теорія та практика державного управління. – 2011. – № 3 (34). – С. 1-7.

Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я / Н. Карпишин, М. Комуницька // Світ фінансів. – 2008. – № 1 (14). – 110-117.

Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.

Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К. : Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. – 384 с.

Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. – 2010. – Вип. 24. – С. 285-293.

Концепція розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я. Схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 вересня 2013 р. № 776-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/776-2013-%D1%80>. – Назва з екрана.

Вирва О. Є. Приватний медичний проект в Україні: можливості й обмеження / О. Є. Вирва, В. П. Кідонь [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mdclux.com.ua/public/prywatnyj-medychnyj-proekt-v-ukraine.html>. – Назва з екрана.

Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : УЗ, 2004. – 116 с.

Жаліло Я. Економічна стратегія як категорія сучасної економічної науки / Я. Жаліло // Економіка України. – 2005. – № 1. – С. 20-27.

Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.

Карамишев Д. В. Єдиний соціальний податок – панацея чи профанація / Д. В. Карамишев // Віче. – 2006. – № 6. – С. 46-48.

Карамишев Д. В. Процес планування стратегії управління та інноваційні перетворення в системі охорони здоров'я / Д. В. Карамишев // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 47-51.

Могильницкая Т. Л. Совершенствование финансирования системы здравоохранения как важный фактор повышения мотивации труда медицинских работников / Т. Л. Могильницкая // Экономика здравоохранения.

– 2006. – № 5. – С. 5-7.

Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 271 с.

Солоненко Н. Д. Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні / Н. Д. Солоненко // Управління сучасним містом. – 2004. – № 3/7-9 (15). – С. 112-117.

Чевганова В. Кластери та їх економічне значення / В. Чевганова, І. Брижань // Економіка України. – 2002. – № 11. – С. 35-41.

