

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО  
ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ

**ІНСТИТУЦІЙНА ТРАНСФОРМАЦІЯ  
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я:  
УКРАЇНА ТА ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД**

*Монографія*

**За науковою редакцією  
д. е. н., проф. Сазонця І.Л.**

*Видавництво  
"Волинські обереги"*



2019

*Рекомендовано до друку Вченою радою Національного університету водного господарства та природокористування (протокол №2 від 15.03.2019 р.)*

**Рецензенти:**

*д. держ. упр., проф. Гончаренко І.Г.,* завідувача кафедрою фінансів Черкаського державного технологічного університету (м. Черкаси);

*д. мед. н., проф. Неханевич О.Б.,* завідуючий кафедрою фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро);

*д. е. н., проф. Ханін І.Г.,* професор кафедри міжнародних економічних відносин Національного університету водного господарства та природокористування (м. Рівне).

С 148 Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід [Текст]: Колективна монографія [Сазонець Л.І., Саричев В.І. та ін.] : За наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І.Л. – Рівне : Волин. обереги, 2019. – 396 с.

ISBN 978-966-416-650-5

В монографії досліджено теоретичні основи державного управління охороною здоров'я та тенденції її розвитку в Україні, та виявлено вплив інституційної системи на розвиток соціальних процесів та процесів у сфері охорони здоров'я, проведено огляд соціальних інститутів охорони здоров'я та їхнього впливу на трансформацію системи охорони здоров'я в Україні, визначено напрями трансформації системи державного управління охороною здоров'я.

Проаналізовано інститути, що впливають на підготовку кадрів, створення нормативної бази та медичного забезпечення в корпораціях, розглянуто національні моделі охорони здоров'я та проаналізовано світові тенденції їх трансформацій, а також механізми діяльності закладів охорони здоров'я.

Для фахівців з державного управління, працівників сфери охорони здоров'я, студентів магістерського рівня, які навчаються за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», науковців, аспірантів.

**УДК 364-3:061.1]:351.773**

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b> .....	6
<b>ВСТУП</b> .....	8
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ТА ТЕНДЕНЦІЇ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ</b> .....	11
1.1. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі .....	11
1.2. Охорона здоров'я як складова реалізації соціальної політики держави .....	26
1.3. Актуальні проблеми державного управління системою охорони здоров'я.....	42
<i>Висновки до першого розділу</i> .....	58
<i>Список використаних джерел до першого розділу</i> .....	60
<b>РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНА СИСТЕМА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	65
2.1. Інституційна концепція «економічного імперіалізму» в еволюції суспільно-наукових підходів дослідження соціальних процесів .....	65
2.2. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я .....	76
2.3. Формування сучасних підходів діяльності корпорацій як соціаль- них інститутів .....	92
<i>Висновки до другого розділу</i> .....	107
<i>Список використаних джерел до другого розділу</i> .....	109
<b>РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я</b> .....	112
3.1. Проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів .....	112
3.2. Соціальні та медичні інституції в трансформації державної системи охорони здоров'я .....	126
3.3. Визначення проблем реформування соціальної системи управ- ління охороною здоров'я в Україні.....	141
<i>Висновки до третього розділу</i> .....	153
<i>Список використаних джерел до третього розділу</i> .....	156

<b>РОЗДІЛ 4. ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я</b> .....	158
4.1. Визначення напрямів трансформації управління системою охорони здоров'я на основі опитування експертів .....	158
4.2. Вдосконалення системи охорони здоров'я Рівненської області на основі впровадження проекту Світового банку .....	170
4.3. Основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств .....	182
<i>Висновки до четвертого розділу</i> .....	198
<i>Список використаних джерел до четвертого розділу</i> .....	200
<b>РОЗДІЛ 5. ІНСТИТУЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА ТРАНСФОРМАЦІЮ СКЛАДОВИХ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	202
5.1. Значення освітніх інститутів у вдосконаленні системи державного управління підготовкою медичних кадрів .....	202
5.2. Нормативно-правове забезпечення реформування системи управління охороною здоров'я .....	218
5.3. Діяльність корпорацій як соціальних інститутів та їх вплив на систему охорони здоров'я .....	235
<i>Висновки до п'ятого розділу</i> .....	252
<i>Список використаних джерел до п'ятого розділу</i> .....	253
<b>РОЗДІЛ 6. СИСТЕМНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УКРАЇНА ТА ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД</b> .....	257
6.1. Глобалізаційний контекст функціонування системи охорони здоров'я України у вимірах міжнародних інституцій .....	257
6.2. Національні моделі та загальносвітові тенденції в організації систем охорони здоров'я .....	294
6.3. Вдосконалення діяльності закладів охорони здоров'я Республіки Лівія .....	308
<i>Висновки до шостого розділу</i> .....	327
<i>Список використаних джерел до шостого розділу</i> .....	333
<b>РОЗДІЛ 7. ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	338
7.1. Дослідження економічної діяльності закладу охорони здоров'я на прикладі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» .....	338

7.2. Досвід діяльності Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни».....	353
7.3. Напрями розвитку медичного страхування та діяльності страхових компаній.....	360
<i>Висновки до сьомого розділу</i> .....	371
<i>Список використаних джерел до сьомого розділу</i> .....	373
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	374
<b>ДОДАТКИ</b> .....	378

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АТ – андське товариство (ісп. Comunidad andina, CAN, чи англ. Andean Common Market, ANCOM);

АСЕАН – асоціація країн Південно-Східної Азії (англ. Association of South-East Asian Nations);

ВІЛ – (англ. Human Immunodeficiency Virus, HIV) – вірус імунодефіциту, що призводить до захворювання людини на ВІЛ-інфекцію/СНІД;

ВООЗ – Всесвітня організація хорони здоров'я;

ДУ – державна установа;

ДМС – добровільне медичне страхування;

ЕКОВАС – економічне співтовариство країн Західної Африки (англ. The Economic Community of West African States (ECOWAS));

ЕКОЦАС – торгово-економічний союз країн Центральної Африки (фр. Communauté économique des États de l'Afrique centrale, англ. Economic Community of Central African States);

ЄврАзЕС – Євразійський економічний союз;

ЗВО – заклад вищої освіти;

ІЛР – індекс людського розвитку;

ІІС – Індонезійський Ісламський союз;

КСВ – корпоративна соціальна відповідальність;

КОМЕСА – економічний союз країн Східної та Південної Африки (англ. Community of East and South Africa (COMESA));

КТ – карибське товариство (англ. Caribbean Community (CARICOM));

МЕРКОСУР (MERCOSUR) – спільний ринок країн Південної Америки;

МСАК – митний союз арабських країн;

МКЧХ – Міжнародний Комітет Червоного Хреста;

ММСП – міжнародні медико-санітарні правила;

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я;

МОМ – Міжнародна організація з міграції;

МСЧ ПАТ – медико-санітарна частина публічного акціонерного товариства;

НАФТА – північноамериканська угода про вільну торгівлю (англ. North American Free Trade Agreement, NAFTA);

НАТО – Організація Північноатлантичного договору, також Північноатлантичний альянс (від англ. North Atlantic Treaty Organization – NATO);

НАЗЯВО – Національна агенція забезпечення якості вищої освіти;

НАМН – Національна Академія медичних наук України;

- НАН – Національна Академія наук України;
- НІНМ – нетрадиційна та народна медицина;
- ОЕСР – організація економічної співпраці та розвитку;
- ООН – Організація об'єднаних націй;
- ПАР – Південно-Африканська Республіка;
- ПТС – Південно-африканський союз (англ. Southern African Customs Union (SACU));
- ПКС – паритет купівельної спроможності;
- РСАДПЗ – Рада співробітництва арабських держав Перської затоки (англ. Cooperation Council for the Arab States of the Gulf);
- SAC – Східноафриканське співтовариство;
- COT – Світова організація торгівлі (англ. World Trade Organization);
- COTЖ – середня очікувана тривалість життя;
- ЦСЕ – країни Центральної та Східної Європи;
- ЦАСР – центральноамериканський спільний ринок (англ. Central American Common Market);
- СААРК – Південно-Азіатська асоціація регіональної співпраці (англ. South Asian Association for Regional Cooperation – SAARC);
- CAC – східноафриканський союз (англ. The East African Community (EAC));
- CBI – соціально відповідальне інвестування;
- СКМ – провідна фінансово-промислова група України. Консолідований дохід групи 2016 року склав \$11,385 мільярдів. Активно проводить заходи корпоративної соціальної відповідальності;
- СНІД – синдром набутого імунodefіциту (англ. AIDS);
- ТНК – транснаціональна корпорація;
- УВКБ – Представництво Управління Верховного Комісара у справах біженців в Україні, Білорусі, Молдові;
- ЮНЕСКО – (англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO);
- ЮНЕЙДС – Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД (англ. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS);
- ЮНІСЕФ – програма США із прийняття біженців; дитячий фонд ООН;
- GIZ – Німецьке товариство міжнародного співробітництва (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH);
- MSF – «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières);
- USAID – Агентство США з міжнародного розвитку.

## **ВСТУП**

Система охорони здоров'я України перебуває на теперішній час в стані трансформації. Ця трансформація стосується не тільки охорони здоров'я, але й всієї соціальної сфери і багатьох аспектів суспільно-політичного та економічного життя країни. Особливістю сучасних змін в системі охорони здоров'я є орієнтація на кращі світові аналоги. В світі існують усталені моделі організації охорони здоров'я, кращі зразки яких необхідно впроваджувати в нашу дійсність. Ще однією особливістю є проникнення в сферу управління охороною здоров'я потужної системи міжнародних інституцій. Без цих організацій неможливо уявити діяльність систем охорони здоров'я в жодній країні світу. В країнах третього світу, де слабко розвинені системи охорони здоров'я, а ця сфера представлена поодинокими закладами, діяльність таких міжнародних організацій є по суті єдиним системним інструментом організації медицини. Важливою є роль таких організацій і в країнах, де відбуваються збройні конфлікти. Важливими для становлення системи охорони здоров'я є також рекомендації, пропозиції та зразки щодо формування нових відносин в медицині.

Система охорони здоров'я базується не тільки на закладах охорони здоров'я та моделях керівництва цими закладами. Вона пронизує всю систему життєдіяльності людини. Важливими індикаторами турботи суспільства про здоров'я є наявність розгалуженої та фінансово спроможної соціальної системи, в якій складовою частиною є опції з охорони здоров'я.

Такі складові соціальної системи ми можемо побачити в діяльності великих корпорацій в сфері корпоративної соціальної відповідальності та реалізації заходів щодо поліпшення здоров'я працівників та місцевих громад, можливості санаторно-курортного лікування, розвитку медичного, рекреаційного, зеленого туризму. Трансформація системи охорони здоров'я зміщує акценти в бік попередження та профілактики захворювань, що може бути забезпечено означеними системами.

Європейська спрямованість соціально-політичного та економічного розвитку країни зумовлює орієнтацію вітчизняної



системи охорони здоров'я на кращі європейські зразки та наближення до європейських стандартів якості життя. Тому в монографії досліджуються питання щодо імплементації в Україні іноземного досвіду і, перш за все – європейського досвіду управління охороною здоров'я. За всіма показниками відносно країн Європи Україна поки що відстає. Це зумовлено і недостатнім фінансуванням медицини, і неможливістю оздоровлення громадян та недостатньо дбайливим відношенням до свого здоров'я, і негативним впливом на здоров'я громадян подій на Сході України, тому запозичення кращих зразків європейської охорони здоров'я, європейського ставлення до свого здоров'я, запровадження європейських стандартів життя – важлива умова подовження середньої тривалості життя, зменшення хронічних захворювань.

Вітчизняні науковці вже дослідили в монографіях та відобразили в навчальних виданнях великий пласт науки менеджменту в сфері охорони здоров'я. Найбільш відомі праці таких авторів, як: Баєва О.В., Білінська М.М., Жаліло Л.І., Згалат-Лозинська Л.О., Клименко П.М., Коваленко О.С., Мартякова О.В., Новальська Н.І., Радиш Я.Ф., Солоненко Н.Д., однак подальшого опрацювання потребують питання вдосконалення інтеграційних процесів державного управління та системи міжнародних інституцій в умовах перспектив євроінтеграційного вибору України.

В монографії подано спробу відобразити кращі практики співпраці органів державного управління з міжнародними організаціями та теоретично обґрунтувати окремі – найважливіші за думкою авторів – аспекти інституційно-правового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я.

В підготовці монографії взяли участь науковці Національного університету водного господарства та природокористування д. е. н., проф., завідувач кафедри державного управління, документознавства та інформаційної діяльності Сазонець І.Л. (вступ, п. 2.1, п. 2.3, п. 4.3), к. м. н., головний лікар КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Зима І.Я. (п. 1.1, п. 2.2, розділ 3, п. 4.1, п. 4.2, розділ 5, п. 6.2), к. м. н., начальник Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної Ради Бурачик А.І. (п. 7.2), д. е. н., професор, завідувач

кафедрою трудових ресурсів і підприємництва Безтелесна Л.І. (п. 1.2), д. е. н., професор, завідувача кафедрою міжнародних економічних відносин Сазонець О.М. (п. 7.1, висновки), аспірант кафедри міжнародних економічних відносин Альшаафі Мохамед Алі (п.1.3, п. 6.4, п. 7.1), к. е. н., доцент кафедри фінансів та економіки природокористування Білоус Н.М. (п. 7.3); а також д. е. н., доц., професор кафедри економіки та управління національним господарством Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара Саричев В.І. (п. 6.1).

Особливу подяку за допомогу у виданні монографії автори висловлюють ректору Національного університету водного господарства та природокористування професору Мошинському Віктору Степановичу – за створення необхідних умов для творчої та наукової діяльності, шановним рецензентам – за глибокий аналіз монографії та цінні методичні поради – д. держ. упр., професору, завідуючій кафедрою фінансів Черкаського державного технологічного університету Гончаренко Ірині Георгіївні, д. мед. н., доценту, завідувачому кафедрою фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро) Неханевичу Олегу Борисовичу, д. е. н., професору Ханіну Ігорю Григоровичу, професору кафедри міжнародних економічних відносин Національного університету водного господарства та природокористування.

Сподіваємось, що монографія буде цікавою для науковців, фахівців з державного управління, організації медицини, аспірантів, студентів магістерського рівня, які навчаються за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування».

## **РОЗДІЛ 1.**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ТА ТЕНДЕНЦІЇ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ**

#### **1.1. Сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі**

Сучасна система охорони здоров'я є такою ж інтегрованою в світові процеси глобалізації, як і такі сфери людської економічної і соціальної діяльності, як культура, фінанси, трудові ресурси, ІТ-технології і т.і. Участь системи охорони здоров'я в світових процесах зумовлена тим фактом, що глобальні чинники, які впливають на національні системи медичного забезпечення, неможливо обмежити протекціоністськими заходами, фізичними бар'єрами та санкціями. На процеси інтернаціоналізації охорони здоров'я впливають наступні фактори, що є притаманними для інших сфер діяльності: міжнародна міграція у різних її проявах, посилення процесів туризму та іноземного відпочинку, міжнародна торгівля, транснаціоналізація та інтернаціоналізація економіки, збільшення потоків транспортних вантажних та пасажирських перевезень. Крім цих чинників, необхідно виділити специфічні, що інтенсифікують найбільшою мірою процеси об'єднання національних систем охорони здоров'я. До таких чинників необхідно віднести постійне проведення військових операцій, локальних збройних конфліктів, надзвичайні ситуації в різних куточках земної кулі, що зумовлені глобальним потеплінням та змінами в кліматі окремих регіонів, стрімке поширення інфекційних захворювань з місця виникнення вірусу до різних куточків планети завдяки транспорту, комунікаціям, міграції, мутації вірусів у зв'язку з їх перенесенням до значної кількості носіїв, розповсюдження пандемій, яке має широку соціальну та економічну основу тощо.

Протистояти глобальним викликам та загрозам здоров'ю окремі національні системи управління охороною здоров'я не в змозі. Для такого протистояння держави не мають достатньої кількості матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних кадрів, науково-технологічної бази для проведення фармакологічних

досліджень, розробки та виготовлення сучасної медичної апаратури, розробки передових технологій лікування.

Країни, що розуміють важливість глобальних викликів охороні здоров'я, намагаються адаптувати свої системи державного управління до сучасних світових та європейських стандартів. Система державного управління охороною здоров'я України на теперішній час знаходиться на етапі активної модернізації під впливом міжнародних інституцій медичної сфери і заходів економічного та соціального спрямування. Не дивлячись на провідну роль державної системи управління охороною здоров'я, активну діяльність МОЗ України, все більше питань в країні вирішуються міжнародними організаціями сфери охорони здоров'я. Міжнародні інституції надають гранти на модернізацію системи охорони здоров'я.

Незважаючи на різноманіття варіантів фінансування медичного забезпечення, яке існує сьогодні в світі і буде впроваджене в Україні повною мірою після проведення медичної реформи, однією з головних характеристик системи охорони здоров'я повинна лишитися її соціальна спрямованість. Саме тому співпраця офіційних органів державного управління охороною здоров'я з міжнародними соціальними інституціями є важливим практичним та науково-методичним завданням.

Як кожна система, що потребує вдосконалення управління, система охорони здоров'я базується на фундаментальних класичних канонах управлінської науки. З метою аналізу питань вдосконалення державного регулювання системи управління необхідно розглянути онтологію системності в організації охорони здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я розглядають охорону здоров'я населення як «систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [1]. Слід зазначити, що поняття «система заходів» не повною мірою описує системність в охороні здоров'я, оскільки в кожній системі крім заходів повинні бути об'єкт та суб'єкт управління.

На думку дослідників Н.Б. Найговзіної та М.А. Ковалевського, для визначення змісту поняття «система охорони здоров'я» можливі наступні два варіанти:

- система охорони здоров'я – це система суб'єктів, що здійснюють охорону здоров'я громадян;
- система охорони здоров'я – це система відносин, метою якої є охорона здоров'я громадян [2, с. 19].

І в першому визначенні і в другому відсутній об'єкт управління охороною здоров'я – громадяни, а точніше здоров'я громадян. Іноземний досвід організації систем охорони здоров'я доводить нам, що пацієнти приймають активну участь у функціонуванні системи охорони здоров'я, зокрема в таких сферах, як електронна організація охорони здоров'я, забезпечення прав пацієнтів, створення асоціацій пацієнтів, фінансові механізми функціонування системи охорони здоров'я.

Більш повним та деталізованим є інше визначення. З.С. Гладун в монографії «Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування та реалізації)» визначає, що «система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення громадянам конституційних прав на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, надання кваліфікованої медико-санітарної допомоги, здійснення комплексу спеціальних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на діагностику та лікування захворювань, зміцнення здоров'я, підвищення медико-санітарної культури населення, запобігання захворюванням та інвалідності, реабілітацію хворих та інвалідів, організацію роботи закладів охорони здоров'я та управління ними» [3, с. 240].

Це трактування системи охорони здоров'я поєднує в собі дії суб'єкта управління у відповідності до об'єкта, містить в собі перелік сфер медичної та профілактичної діяльності, але не враховує активний регулюючий вплив державних органів та інституцій на систему.

Навпаки, визначення системи охорони здоров'я, що подається на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я, трактує це поняття через інститути: «Система охорони здоров'я охоплює всі організації, інститути і ресурси, призначені для виконання дій, основною метою яких є поліпшення здоров'я. Багатонаціональні системи охорони здоров'я включають державний, приватний,

традиційний і неофіційний сектори. Визначено чотири основні функції систем охорони здоров'я: надання послуг, формування ресурсів, фінансування і керівництво» [4].

На сайті Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я можемо знайти інше за формою визначення: «Системи охорони здоров'я гарантують надання послуг, які покращують, підтримують або відновлюють здоров'я людей та їхніх громад. Це включає в себе допомогу, надану лікарнями та сімейними лікарями, запобігання та контроль за інфекційними захворюваннями, зміцнення здоров'я, планування трудових ресурсів у сфері охорони здоров'я та поліпшення соціальних, економічних або екологічних умов, в яких живуть люди» [5]. В цьому визначенні також не відображається інституційна та регулююча складова системи охорони здоров'я.

З метою формулювання власного поняття системи охорони здоров'я необхідно згадати, що таке система взагалі. В довідниковому матеріалі ми можемо знайти декілька визначень поняття «система»: Система (від дав.-гр. σύνστημα – «сполучення», «ціле», «з'єднання») – множина взаємопов'язаних елементів, що утворюють єдине ціле, взаємодіють із середовищем та між собою і мають мету. Системою називають багато різноманітних понять, як фізичних (нервова система, транспортна система, система керування базами даних), так і логічних (банківська система, політична система, система рівнянь). З точки зору логіки система – це скінченна множина функціональних елементів й відношень між ними, виокремлена з середовища відповідно до певної мети в межах визначеного часового інтервалу. З більш філософської точки зору, позицій суб'єктивізму система – це відображення у свідомості суб'єкта (дослідника, спостерігача) властивостей об'єктів та їх відношень у вирішенні завдання дослідження, пізнання [6]. Такі підходи до визначення системи та системності необхідно враховувати при визначенні дефініції «система охорони здоров'я».

Суто теоретичні позиції у визначенні системи охорони здоров'я ми можемо побачити у Найговзіної Н.Б. та Ковалевського М.А.: система охорони здоров'я – це система відносин, що мають на меті охорону здоров'я людини [2, с. 19].

Тому найбільш актуальним та сконцентрованим можна вважати наступне визначення: «система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя на основі державного забезпечення фінансових гарантій та регуляторного інституційного впливу».

Авторське визначення системи охорони здоров'я дає можливість перейти до аналізу основних чинників управління в сфері охорони здоров'я. Так, Назаренко Г.І., Полубенцева Е.І. визначають основні відмінності та особливості управління в сфері охорони здоров'я:

- результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірові;
- надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто вимагає невідкладних рішень;
- при наданні медичної допомоги можуть бути допущені об'єктивно обумовлені несистемні помилки;
- медична допомога надається значною кількістю вузько-спеціалізованих спеціалістів і вимагає екстраординарної координації;
- у більшості систем організації медичної допомоги одночасно співіснують дві авторитарні лінії (управлінська і клінічна);
- лікарі часто є професіоналами як у медичній діяльності, так і в управлінні;
- в адміністрації медичних закладів існує мінімальний управлінський контроль над працюючими (тобто лікарями) при більшому ступені відповідальності за результати виконуваної роботи і витрати [7, с. 14–15].

Ці особливості системи охорони здоров'я та управління цією системою визначають і іноземні науковці. Так, на думку авторів класичного підручника «Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організацій охорони здоров'я», існують наступні відмінності управління системою охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я від інших суб'єктів управління:

- більш складне визначення та вимірювання результатів;
- виконувана робота дуже різноманітна та складна;
- більшість роботи за своєю природою є терміною та невідкладною;
- робота не допускає терпимості до невизначеності та помилок;
- виробнича діяльність надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, вимагає високого ступеня координації дій різних професійних груп;
- робота потребує надзвичайно високого ступеня спеціалізації [8, с. 2].

Однак управління системою охорони здоров'я має не тільки функціональні відмінності. Безумовно, що у великій за територією та кількістю населення країні система охорони здоров'я буде мати власні особливості. Так, О.В. Баєва, І.М. Солоненко в роботі «Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я» визначають регіональні відмінності в системі охорони громадського здоров'я за такими ознаками:

- ступенем зв'язку із центром (віддалені, близькі);
- фінансовою і соціальною автономністю;
- ступенем довіри до регіонального керівництва;
- рівнем соціальної і громадської самосвідомості;
- рівнем освіченості населення;
- інвестиціями;
- господарською спеціалізацією;
- економічним потенціалом;
- рівнем безробіття;
- рівнем бідності, у тому числі й суб'єктивною його оцінкою;
- середньою заробітною платою;
- іншими факторами стресогенного напруження;
- природними ресурсами;
- ступенем розвитку галузі охорони здоров'я;
- екологічними, у тому числі антропогенними, умовами [9, с. 18].

Це ще раз доводить думку про складність та багатокомпонентність системи управління охороною здоров'я. З.С. Гладун з огляду на цей чинник визначає три рівні системи управління охо-



роною здоров'я. За його думкою, «По-перше, це вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, тобто інституційний механізм охорони здоров'я. По-друге, це сукупність повноважень та відносин вказаних органів між собою та іншими суб'єктами, яка включає правові відносини, що виникають при реалізації політики охорони здоров'я, та специфічні ролі, форми і методи діяльності суб'єктів реалізації цієї політики. По-третє, це система правових норм та принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес реалізації політики охорони здоров'я, тобто правовий механізм охорони здоров'я» [3, с. 195]. Першу тезу автора слід доповнити наявністю не тільки органів державного регулювання, а й міжнародних та неурядових організацій. З іншими думками слід погодитися.

Можна зазначити, що цей автор не робить різниці між системою державного управління охороною здоров'я та системою охорони здоров'я. Систему охорони здоров'я він представляє як дії органів державної влади. Тому є доцільним розглянути підходи саме до системи державного управління охороною здоров'я. У відповідності до існуючого законодавства, зокрема Указу Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні» від 22.07.1998 № 810/98 «Система державного управління – складне поняття, зміст якого охоплює такі складові елементи: а) суб'єкти управління, тобто органи виконавчої влади; б) об'єкти управління, тобто сфери та галузі суспільного життя, що перебувають під організуючим впливом держави; в) управлінська діяльність (процес), тобто певного роду суспільні відносини, через які реалізуються численні прямі та зворотні зв'язки між суб'єктами і об'єктами управління» [10].

В монографії «Державне управління охороною здоров'я України», яка підготовлена колективом авторів ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», автори визначають державне управління як цілеспрямований, тобто продуманий, організаційний і регуляторний вплив на населення, його суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосеред-

ньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Воно складається з таких елементів: цілі та завдання, функції управління, форми і методи їх проведення [11, с. 6].

Відповідно ми можемо надати визначення терміну «державне управління охороною здоров'я». Державне управління охороною здоров'я – це цілеспрямований, продуманий організаційний і регуляторний вплив на суспільну життєдіяльність шляхом покращення показників охорони здоров'я, який здійснюється державою через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Державне управління охороною здоров'я має свої цілі та завдання, функції управління, форми.

Продовжуючи аналіз системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі, необхідно розглянути функції основних органів та представників влади. За висновками О.В. Баєвої в її роботі «Основи менеджменту охорони здоров'я», до повноважень Президента України в галузі охорони здоров'я належать такі: бути гарантом права громадян на охорону здоров'я; забезпечувати виконання чинного законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади; реалізовувати державну політику охорони здоров'я; інші, передбачені Конституцією України. На Кабінет Міністрів України покладаються такі завдання: організація розробки та реалізації комплексних і цільових загальнодержавних програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів стимулювання ефективної діяльності в галузі охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я; укладення міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я; здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я. До їх компетенції також належать: встановлення єдиних науково обґрунтованих державних стандартів, критеріїв та вимог, що повинні сприяти охороні здоров'я населення; формування і

розміщення державних замовлень для матеріально-технічного забезпечення галузі охорони здоров'я; здійснення державного контролю і нагляду за сферою охорони здоров'я; інша виконавчорозпорядча діяльність у галузі охорони здоров'я [12, с. 81–82].

В загальному вигляді функції Міністерства охорони здоров'я, регіональних органів управління охороною здоров'я, базових органів управління на місцях, неурядових та громадських організацій, система нормативно-правових інституцій виконує наступні функції в системі управління охороною здоров'я представлено у табл. 1.1.

Як можна побачити в таблиці, ключовими ланками системи державного управління охороною здоров'я в Україні є Міністерство охорони здоров'я України, регіональні структури, що забезпечують впровадження державної політики охорони здоров'я в регіонах, органи управління охороною здоров'я в районах, неурядові та громадські організації, що працюють в регіонах та в столиці, а також система законодавчих та нормативних документів, на які спираються в процесі організації діяльності системи охорони здоров'я як у центрі, так і в регіонах.

Особливу значущість має діяльність міжнародних, громадських та неурядових організацій в регіонах, що наближені до зони конфлікту на Сході України та в тих регіонах, де складаються несприятливі епідеміологічні ситуації. Така активність окремих міжнародних організацій є притаманною не тільки для України, це загальна практика їх діяльності в усьому світі.

Центральним органом в системі державного управління охороною здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Це міністерство здійснює керівництво сферою охорони здоров'я населення в таких формах:

- а) реалізації державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних, національних та місцевих програм охорони здоров'я;
- б) оперативного управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності;
- в) державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я;

Таблиця 1.1

## Функції органів управління та інституцій сфери охорони здоров'я [розроблено автором]

Центральний орган управління	Регіональний орган управління	Базовий орган управління	Неурядові та громадські організації	Законодавчі та нормативні документи
Розробка та реалізація стратегії і тактики розвитку охорони здоров'я в державі; підготовка проектів законів про медичну допомогу, що виносяться на розгляд Верховної Ради; розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають загальнодержавне значення; управління медичною наукою; підготовка медичних кадрів; розробка та реалізація методології і методики ціноутворення в	Розробка та реалізація в регіоні заходів щодо здійснення державної стратегії і тактики розвитку медичної допомоги; розробка проектів нормативних документів, що подаються на затвердження до органів місцевого самоврядування; оптимізація мережі медичних закладів та їхнього економічного доцільного розподілу згідно з рівнями обслуговування; розробка та реалізація цільових комплексних програм, що	Максимальне задоволення потреб людей у лікувально-профілактичній допомозі; забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги згідно з заданою якістю та ефективністю (вартістю); забезпечення балансу попиту та пропозиції на медичну допомогу; пошуки та забезпечення раціонального, економічно доцільного співвідношення факторів медичної	Організація контролю з боку громадянського суспільства; дорадчі та консультативні функції; участь у волонтерських програмах та проектах; організація конкурсів на участь у міжнародному фінансуванні проектів з охорони здоров'я; здійснення функцій посередника у міжнародних миротворчих операціях та в зоні збройних конфліктів; імплементація міжнародних норм	Створення законодавчого поля зміни стратегії розвитку системи охорони здоров'я; формування законодавчої бази трансформації системи державного управління охороною здоров'я; створення умов для реалізації концепцій та програм в сфері охорони здоров'я; забезпечення дії законодавства в електронних мережах охорони здоров'я та в системі телемедицини;

Продовження таблиці 1.1

<p>системі медичної допомоги; розробка та реалізація методології і методики інформаційного забезпечення управління медичною допомогою; забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя держави.</p>	<p>мають регіональне значення; пошук резервів оптимізації ціноутворення медичних послуг; забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя регіону.</p>	<p>допомоги на рівні медичних закладів; забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя на рівні району (міста); контроль за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.</p>	<p>та процедур в законодавство України та в практику системи охорони здоров'я; участь у процесі підготовки та перепідготовки кадрів для системи охорони здоров'я; фінансування проектів медичної сфери в Україні, що спрямовані на трансформацію системи охорони здоров'я.</p>	<p>розробка та затвердження нормативних документів, що подаються на затвердження до органів місцевого самоврядування; формування механізмів контролю за дотриманням медичного законодавства з боку приватної та громадської медичної мережі.</p>
---	---	---	--	--

г) державного контролю за якістю надання медичної допомоги і охорони здоров'я, ліків, наркотичних речовин та ін.

Виходячи з цього, можна визначити характерні ознаки міністерства, суть яких полягає у тому, що:

- 1) міністерство є органом публічної (державної) влади;
- 2) міністерство відноситься до особливого виду державних органів – до органів виконавчої влади;
- 3) міністерство є центральним (а не місцевим) органом;
- 4) міністерство покликане здійснювати державне управління певними об'єктами, які утворюють систему міністерства;
- 5) міністерство здійснює державне керівництво, у тому числі і державне регулювання в межах відповідної сфери чи галузі відносин.

Значна організаторська робота в сфері трансформації системи охорони здоров'я в Україні зумовлює співпрацю Міністерства з міжнародними організаціями, що допомагають налагодити діяльність в різних сферах. На офіційному сайті Міністерства 27 міжнародних організацій представлені як партнери в діяльності Міністерства [13]. В таблиці 1.2 проаналізовано співучасть міжнародних організацій-партнерів МОЗ у вирішенні основних задач, що стоять на теперішній час перед системою охорони здоров'я, а також механізми, які застосовують міжнародні організації у спільній діяльності.

Таблиця 1.2

Напрями співпраці МОЗ  
з міжнародними організаціями-партнерами

№	Функція	Окремі міжнародні організації – партнери МОЗ	Напрями співпраці в реалізації функцій
1	Розробка та реалізація стратегії і тактики розвитку охорони здоров'я в державі	Програма розвитку ООН в Україні; НАТО; Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я – WHO	Участь у розробці та реалізації Концепції реформування системи охорони здоров'я; Моніторинг реалізації стратегій і концепцій, що приймаються органами державного управління; Проведення семінарів, конференцій, зустрічей

Продовження таблиці 1.2

2	Підготовка проектів законів про медичну допомогу, що виносяться на розгляд Верховної Ради	Організація з безпеки і співробітництва в Європі, Програма ООН з навколишнього середовища	Внесення змін в уже діючі законодавчі акти; Підготовка проектів законів про медичну допомогу; Участь у розробці проектів Постанов Верховної ради
3	Розробка та реалізація цільових комплексних програм, що мають загальнодержавне значення; управління медичною наукою	ЮНІСЕФ – UNICEF, Світовий банк – World Bank, Міжнародний Комітет Червоного Хреста, «Британський медичний журнал» – The BMJ	Участь у розробці Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.; Участь у розробці Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»; Експертиза Наказу МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я»
4	Підготовка медичних кадрів	Спільний зі Світовим банком проект МОЗ України, «Лікарі без кордонів» – Médecins Sans Frontières (MSF)	Програми інституційного управління в галузі вищої освіти; Програми оцінювання іноземних студентів; Програми міжнародного оцінювання компетентностей; Навчання, підвищення кваліфікації, стажування на обладнанні, що поставляється Світовим банком; Нові навчальні дисципліни та оновлення навчальних програм
5	Розробка та реалізація методології і методики ціноутворення в системі медичної допомоги	Міжнародний валютний фонд, Краун Ейджентс – Crown Agents	Перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні підприємства; Запровадження основ державно-приватного партнерства; Вдосконалення методології і методики ціноутворення в системі медичної допомоги

Продовження таблиці 1.2

6	Розробка та реалізація методології і методики інформаційного забезпечення управління медичною допомогою	Агентство США з міжнародного розвитку – USAID, Швейцарське бюро співробітництва, GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH	Започаткування та розвиток телемедицини; Запровадження програми e-Healz; Запровадження електронних карток пацієнтів; Запровадження єдиного реєстру лікарів; Запровадження on-line реєстрацій хворих
7	Забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя держави	Центр контролю та профілактики захворювань, ЮНЕЙДС – UNAIDS, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією	Надання безкоштовних вакцин; Облаштування санітарно-епідеміологічних лабораторій; Волонтерська діяльність в небезпечних регіонах; Поширення основ медичної грамотності для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією

Трансформація системи охорони здоров'я призводить до реформування системи органів державного управління в цій сфері. Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення. НСЗУ контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати закладам за надані послуги. Служба утворена і Положення про неї затверджене Кабміном 27.12.2017 р.



Згідно з Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» основними функціями Національної служби здоров'я України є:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

- проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

- розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів;

- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

- перевірка дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;

- забезпечення функціонування eHealth – електронної системи охорони здоров'я [14].

Проаналізувавши сутність та функції системи державного управління охороною здоров'я в інституційному середовищі, слід зробити наступні висновки:

Найбільш актуальним та сконцентрованим можна вважати запропоноване авторське визначення поняття «система охорони здоров'я»: «Система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя на основі державного забезпечення фінансових гарантій та регуляторного інституційного впливу»;

Відповідно до запропонованої трактовки поняття «система охорони здоров'я» ми можемо надати визначення терміну «державне управління охороною здоров'я». Державне управління охороною здоров'я – це цілеспрямований, продуманий організаційний і регуляторний вплив на суспільну життєдіяльність шляхом покра-

щення показників охорони здоров'я, який здійснюється державою через спеціально створені органи і структури. Державне управління охороною здоров'я має свої цілі та завдання, функції управління, форми;

ключовими ланками системи державного управління охороною здоров'я в Україні є Міністерство охорони здоров'я України, регіональні структури, що забезпечують впровадження державної політики охорони здоров'я в регіонах, органи управління охороною здоров'я в районах, неурядові та громадські організації, що працюють в регіонах та в столиці, система норм, на які спираються в процесі організації діяльності системи охорони здоров'я як в центрі, так і в регіонах;

значна організаторська робота в сфері трансформації системи охорони здоров'я в Україні зумовлює співпрацю Міністерства охорони здоров'я з міжнародними організаціями, що допомагають налагодити діяльність в різних сферах. На офіційному сайті Міністерства 27 міжнародних організацій представлені як партнери в діяльності Міністерства. Міжнародні організації-партнери активно співпрацюють з МОЗ у вирішенні основних задач, що стоять на теперішній час перед системою охорони здоров'я.

## **1.2. Охорона здоров'я як складова реалізації соціальної політики держави**

У науковому середовищі і дотепер тривають дискусії щодо трактування суті соціальної політики держави, а тим паче ролі та механізмів, принципів функціонування і реформування інститутів у її реалізації. Підтвердженням цього є аналіз різних підходів як вітчизняних, так і зарубіжних вчених до трактування суті та складових соціальної політики, який викладено у праці Л. Безтелесної та Г. Юрчик [15].

У монографії О.В. Макарова стверджує, що трактування соціальної політики полягає у її розумінні як частини внутрішньої політики будь-якої держави. Адже реальна соціальна політика визначається як властивостями певного історичного моменту, так і

національними та культурними особливостями певного суспільства. На сучасному етапі розвитку суспільства сутність державної соціальної політики трактується як діяльність держави щодо підтримання відносин між соціальними групами; створення умов для забезпечення добробуту та прийнятного рівня життя членів суспільства; забезпечення соціальних гарантій [16, С.8]. Абсолютно не заперечуючи такого підходу до трактування суті соціальної політики, вважаю, що він не ілюструє того, як практично реалізується соціальна політика.

Відповідь на це питання знаходимо у наступному визначенні: «соціальна політика – це діяльність державних і громадських інститутів, суспільних груп та окремих осіб (суб'єктів соціальної політики), спрямована на реалізацію соціальних потреб людини, що забезпечують її життєдіяльність і розвиток як соціальної істоти на основі принципу соціальної справедливості за беззастережного дотримання її громадянських прав та свобод», яке викладено у праці Мочерного С.В. [17]. Аналогічний підхід до трактування соціальної політики із орієнтацією на її практичне впровадження знаходимо і у Сергієнко О. [18].

Найпріоритетнішою соціальною потребою людини є здоров'я, її задоволення у суспільстві забезпечується соціальною політикою держави, а саме через функціонування соціального інституту – системи охорони здоров'я.

Охорона здоров'я є одним з важливих чинників якості життя, а також соціального розвитку, запорукою збереження і відтворення людського і трудового потенціалу нашої держави.

Приведення вітчизняної соціально-економічної системи до європейських стандартів є одним з першочергових завдань на шляху до європейської інтеграції України й обумовлює аналіз діяльності та реформування соціальних інститутів у системі соціальної політики, а саме системи охорони здоров'я.

Функціонування національної системи охорони здоров'я відбувається у визначеному правовому полі, що закріплено в першу чергу в Основному Законі держави, а саме: у статті 3 Конституції України визнано життя і здоров'я людини (поряд з честю і гідністю, недоторканністю і безпекою) в Україні найвищою соціальною

цінністю. А стаття 49 Конституції України закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [19]. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» конституційні положення розширюються твердженням, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [20].

Забезпечення здоров'я людини є головним пріоритетом не лише соціального інституту – національної системи охорони здоров'я, а й глобальних інституцій. У діяльності ООН у переліку Цілей сталого розвитку, ухвалених Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року» однією із найважливіших визнано «Міцне здоров'я і благополуччя» [21].

За різних умов, підкреслює Т.Д. Сіташ, забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я, про що наголошено в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів. Цілі та завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення населення доступною й якісною медичною допомогою відповідно до рівня технологічного розвитку, реальних потреб і згідно з дотриманням принципів рівності та справедливості [22, С. 164].

Окрім того, підзаконні нормативні акти визначають повноваження і завдання органів виконавчої влади. Саме стаття 14

Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що «Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я» [20].

Діяльність системи охорони здоров'я в Україні протягом багатьох десятиліть відбувалася за екстенсивною моделлю та за концепцією суспільного блага [23, С. 208].

У теоретико-економічній площині погоджуємося із зауваженням С.В. Дубінського, що частина медичних послуг має властивості «суспільних товарів», вони є об'єктом колективного споживання (наприклад, санітарно-гігієнічні заходи, пов'язані із запобіганням інфекційним захворюванням); існує недостатня інформованість споживача щодо ціни, обсягу і якості набутих благ, з одного боку, з іншого – незалежність дій виробників і споживачів; особливої ролі набуває принцип рівності в отриманні медичної допомоги [24, С. 54].

Проте нинішній час функціонування соціально-ринкової економіки вимагає не лише трансформації концепції функціонування системи охорони здоров'я, а й поширення розуміння серед громадян того, що саме у системі охорони здоров'я відбувається виконання державою універсальних соціальних гарантій перед населенням шляхом соціальних інвестицій [25, С.18].

Суспільна зміна концепції функціонування охорони здоров'я обумовлює і вимір показників оцінки діяльності.

Традиційно оцінювання діяльності соціального інституту охорони здоров'я розпочинається із обсягу фінансування галузі. Обсяги фінансування охорони здоров'я у 2012–2016 рр. в Україні наведені у таблиці 1.3.

Отож, у цей період спостерігаємо суттєве скорочення витрат на охорону здоров'я, а саме загальних витрат у 2014 р. Проте у 2016 р. відбулося їх збільшення до рівня 2013 р. Водночас суттєво скоротилась частка державних витрат на охорону здоров'я в загальних видатках зведеного бюджету.

Таблиця 1.3

Динаміка фінансування охорони здоров'я [26]

Показники	2013	2014	2015	2016
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн	2 548,2	2 743,0	3 630,0	4 264,3
Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	7,60	7,42	7,81	7,62
Частка державних витрат на охорону здоров'я в загальних видатках зведеного бюджету, %	12,9	11,7	11,2	9,8

Проте в Україні порівняно з іншими європейськими державами рівень приватних видатків у сфері охорони здоров'я, починаючи ще з 2000-х років, завжди є надто високим [23, С.274].

За даними статистики, в Україні загальні витрати на охорону здоров'я по фінансуючих організаціях (фінансових агентствах) розглядаються за трьома групами: уряд (у т.ч. центральний та муніципальний уряд, а також фонди соціального страхування), приватний сектор (включає інше приватне добровільне страхування, витрати домогосподарств, некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства, приватні фірми та корпорації, лікарняні каси), а також весь інший світ.

Динаміка розподілу витрат за групами «уряд» і «приватний сектор» відображена на рис. 1.1.

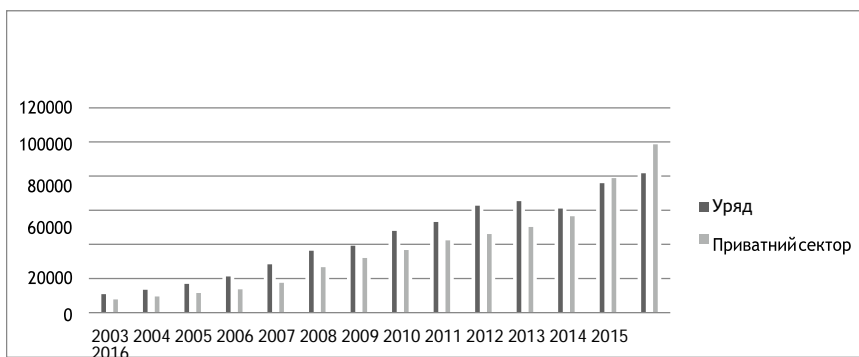


Рис. 1.1. Динаміка розподілу загальних витрат на охорону здоров'я [26]

Впродовж десятирічного періоду 2003–2014 рр. у структурі витрат на охорону здоров'я державні витрати перевищували приватні. Проте з 2015 року витрати приватного сектору перевищили державні витрати. Доцільно враховувати також витрати, що відносяться до категорії «увесь інший світ». Результати аналізу за цією групою представлено на рис. 1.2. Оцінка динаміки витрат на охорону здоров'я за складовою «весь інший світ» свідчить про суттєве зростання впродовж 2003–2014 рр.

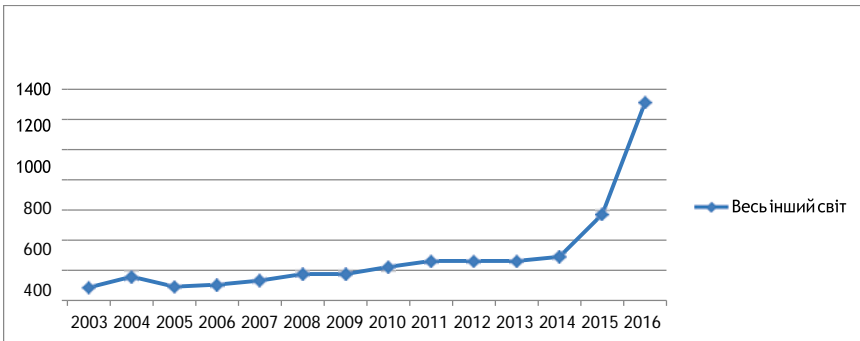


Рис. 1.2. Обсяги загальних витрат на охорону здоров'я по групі «весь інший світ», млн грн [26]

Поєднання приватного і державного фінансування у галузі охорони здоров'я провокує корупційні дії. Так, за даними соціологічного дослідження «Стан корупції в Україні», у 2015 р. у сфері охорони здоров'я зберігались корупційні тенденції з 2007 р. Так, примушування пацієнтів до купівлі ліків та інструментів при прийомі у лікаря чи у лікарні спостерігалось у 54,4% випадків; примушування до здавання грошових внесків у т. зв. «благодійні фонди» – у 50,6% випадків; примушування до надавання безплатних послуг чи оплати неофіційних платежів у обмін на медичну послугу – у 34,8% випадків [27, С. 54].

За результатами Загальнонаціонального опитування населення України, проведеного Фондом «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва та фірмою «Юкрейніан соціолоджі сервіс», спостерігається наступна ситуація щодо корупції у сфері охорони

здоров'я [28, С. 21–22]. Протягом останніх 3-х років давали гроші або будь-які цінності працівникам державних установ охорони здоров'я 31,9% опитаних. Найбільш поширений спосіб оплати медичних послуг, пов'язаний з корупційними діями – готівкою, без квитанцій (53,8%) та благодійний внесок, сплачений по квитанції (24,9%) [28, С. 22].

Важливим питанням, що безпосередньо пов'язане з приватним фінансуванням охорони здоров'я, пов'язаним з корупцією, є витрати сімейного бюджету пацієнта. Дані опитувань за цим напрямком узагальнено на рис. 1.3.

Спостерігаємо суттєву розбіжність між показниками для різних регіонів України. Такі результати є наслідком нерівномірних фінансових можливостей домогосподарств при загальному достатньо високому рівні корупційної складової у фінансуванні медичних послуг.

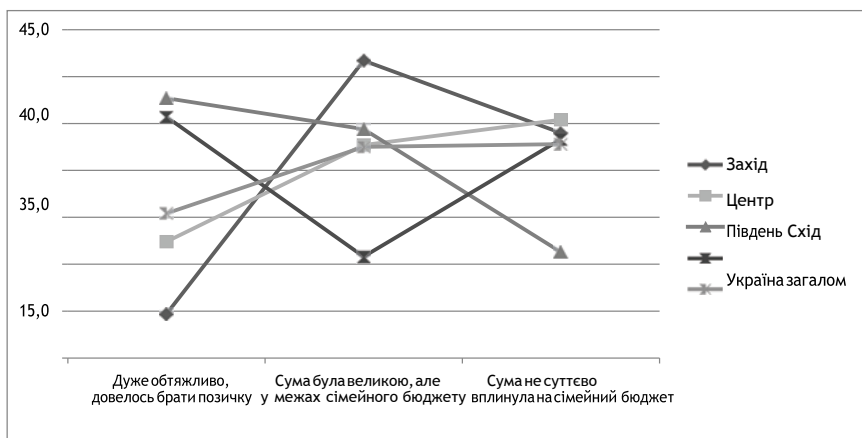


Рис. 1.3. Значущість корупційних витрат для сімейного бюджету пацієнта (за регіонами у 2017 р.), % [28, С. 22]

Структурно найчастіше корупція спостерігається за напрямком консультації лікаря і призначення схеми лікування (41,3%), використання витратних матеріалів (27,5%), операція (25,5%), отримання направлення на лікування, аналізи, обстеження, консультацію (22,2%), більш уважне ставлення лікарів/медичних



сестер/санітарок (14,2%). Найрідше випадки корупційних платежів спостерігаються за напрямками отримання лікарняного листа (2,4%), позачергового обслуговування (5,7%) та отримання дефіцитних ліків, виробів медичного призначення (6,0%) [28, С. 23].

Що стосується структури отримувачів корупційних платежів, найчастіше ними стають лікарі, що проводили лікування (74,8%), медсестри чи медбрати (23,7%). Працівникам адміністрації платежі справляли у 2,9% випадків, вищому керівництву медичного закладу у 8,4%, санітаркам/санітарам у 11,3% [28, С. 23].

Парадоксально, що лише у третині випадків корупційні дії дозволили пацієнту отримати якісну послугу (30,4%). У 40,3% випадків пацієнт отримав необхідну послугу; у 19,4% хабар прискорив отримання послуги. У 17,2% випадків хабар жодним чином не вплинув на надання медичної послуги [28, С. 24].

За період 2007–2015 рр. дещо змінилась оцінка респондентами заходів щодо подолання корупції у сфері охорони здоров'я. Якщо у 2007 р. найбільший відсоток ствердних відповідей спостерігався щодо заходів з виділення більших коштів на охорону здоров'я (51,3%) та підвищення зарплати працівникам охорони здоров'я (45,8%), то у 2015 р. превалюють адміністративно-організаційні ідеї – звільняти викритих у корупції з роботи із подальшою забороною на професійну діяльність (43,7%), посилити адміністративну та кримінальну відповідальність за корупцію (40,2%) [27, С. 54].

За даними опитування Фонду «Демократичні ініціативи», на думку респондентів, позбутись корупції у сфері медицини допоможе страхова медицина (42,7%), негайне звільнення з роботи тих, хто бере хабарі (41,7%), кримінальна відповідальність за факти корупції у медичних закладах (41,1%) [28, С. 24].

Окремо можна виділити проблему неефективного та незаконного використання бюджетних коштів у системі охорони здоров'я.

У 2016 р. аудиторами Рахункової палати України встановлено, що з порушенням чинного законодавства використано 455,3 млн грн коштів державного бюджету, неефективно – 118,4 млн гривень.

Як свідчить аналіз звіту РПУ, МОЗ України не забезпечило належного виконання заходів Загальнодержавної цільової соціаль-

ної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки та досягнення запланованих результатів, зокрема, майже 82% заходів Програми, дія якої закінчилася, реалізовані частково або не виконані взагалі. Парадоксальним, на нашу думку, є те, що всього на виконання Програми було спрямовано понад 3,2 млрд грн, з них 2,1 млрд грн – бюджетні кошти і 1,1 млрд грн – міжнародна допомога [29, С. 194].

Схожа ситуація спостерігалась і з закупівлею лікарських засобів і медичних виробів. Так, «внаслідок безгосподарності МОЗ на рахунках міжнародних спеціалізованих організацій ПРООН і ЮНІСЕФ залишилися кошти державного бюджету 2015 року в сумі 93,6 млн грн, або 6,5% від загального обсягу перерахованих ним коштів. Кошти в сумі 4,6 млн грн упродовж 12 місяців не були витрачені на закупівлю лікарських засобів і медичних виробів та повернені МОЗ наприкінці 2016 року і, як наслідок, перераховані до держбюджету. Загалом 98,2 млн грн бюджетних коштів від 12 до 20 місяців перебувало на рахунках міжнародних спеціалізованих організацій і не використовувалося за призначенням» [29, С. 198].

З іншого боку, за результатами аудиту ефективності використання бюджетних коштів, виділених закладам охорони здоров'я Державної прикордонної служби України, Рахунковою палатою України зроблено висновок, що використання у 2015–2016 роках і I півріччі 2017 року клінічним госпіталем і клінічним санаторієм «Аркадія» Державної прикордонної служби України 91,5 млн грн виділених бюджетних коштів дало можливість надати медичну допомогу 6244 та оздоровити 8884 військовослужбовців, працівників, пенсіонерів Держприкордонслужби та членів їхніх сімей. Із зазначеної суми на поточне утримання цих установ спрямовано 89,4 млн грн (97,7%) і лише 2,1 млн грн (2,3%) витрачені на оновлення наявного медичного обладнання. Як наслідок, зазначається у звіті, «більшість проблем матеріальнотехнічного забезпечення відомчих закладів охорони здоров'я не були вирішені. Через відсутність сучасного медичного обладнання, застарілість і майже стовідсоткову його зношеність не здійснювалось автономне комплексне медичне дослідження військовослужбовців, профілактика тяжких захворювань, рівень санаторно-курортного лікування не

підвищився. У результаті клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України вимушений був спрямовувати 0,6 млн грн бюджетних коштів на оплату діагностичного обстеження та лікування військовослужбовців Державної прикордонної служби України в інших закладах охорони здоров'я» [29, С. 200].

Незаперечним є факт того, що система охорони здоров'я у тому вигляді, якому вона існує зараз в Україні, не відповідає вимогам Європейського співтовариства. З огляду на це Носуліч Т.М. констатує важливість орієнтації на міжнародні стандарти функціонування медичної сфери, вона повинна мати пріоритетний характер для вітчизняної охорони здоров'я, це в свою чергу забезпечить високу якість та доступність медичних послуг, розширить географію обслуговування (залучення іноземних пацієнтів) та дасть можливість сфері вийти на якісно новий рівень свого розвитку [30, С. 200].

В умовах глобалізації інтегральним показником оцінки діяльності системи охорони здоров'я є очікувана тривалість життя населення при народженні. Цей показник моніторить і оприлюднює ООН при представленні Звіту з людського розвитку.

Україна у світовому рейтингу країн за індексом людського розвитку належить до групи країн з високим індексом. Очікувана тривалість життя в Україні згідно звіту 2017 року становила 71,1 рік. У цій групі країн менша тривалість життя була у таких країнах, як у Казахстані (69,9 р.), Тринідад і Тобаго (70,5 р.), Азербайджані (70,9 р.), Фіджі (70,2 р.), Монголії (69,8 р.), Белізі (70,1 р.), Узбекистані (69,4 р.). Проте Україна значно відстає від країн-лідерів за тривалістю життя, а саме Норвегії – на 10,7 р., Австралії – 11,4 р., Швейцарії – 12 р. Порівнюючи тривалість життя в Україні з окремими країнами Європейського Союзу видно, що Україна суттєво відстає за цим показником від цих країн.

Функціонування існуючої моделі охорони здоров'я потребує удосконалення саме через підвищення ефективності управління. Д.В. Карамишев та Н.М. Удовиченко зазначають, що досягти цього можна шляхом: забезпечення обґрунтованої стратегії та тактики розвитку системи охорони здоров'я; удосконалення форм організації всіх ланок системи охорони здоров'я; модернізації матеріально-технічної бази галузі та впровадження нових технологій; сприяння інвестиціям у сферу охорони здоров'я та мотивації праці медичних

кадрів; контролю за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я [31, С. 11–12]. Солідарні з таким підходом є І.А. Голованова, О.І. Краснова, які стверджують, що сьогодні сфера охорони здоров'я України перебуває в стані реформування. Головна мета цієї реформи – побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, їх високу якість та економічність при збереженні соціально прийняттого обсягу державних гарантій, а також сприяла забезпеченню ефективного розвитку медичної галузі [32, С. 22].

Низька тривалість життя в Україні порівняно з іншими країнами свідчить про неефективне управління охороною здоров'я і потребу її реформування.

Глибоку порівняльну оцінку забезпеченості ресурсами та персоналом охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу зроблено у працях [23, С.208-209; 25, С.98-103], де обґрунтовується висновок про необхідність оптимізації витрат та реформування.

Аналізуючи в динаміці ресурсні показники функціонування охорони здоров'я, можна стверджувати про певні досягнення у цьому напрямку саме за останні роки.

Так, з 1995 по 2017 рр. кількість лікарняних закладів скоротилась з 3,9 тис. до 1,7 тис. Водночас зросла кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів з 7,2 до 10,4 тис. одиниць (рис. 1.4.).

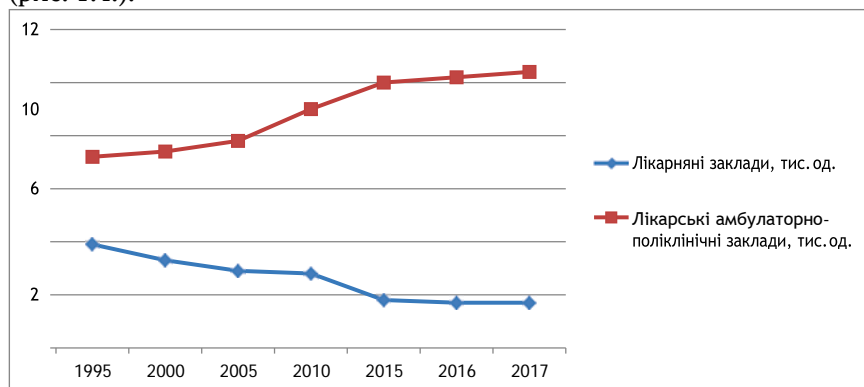


Рис. 1.4. Динаміка кількості лікарняних закладів і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів [34]

За аналізований період більш ніж удвічі скоротилась кількість лікарняних ліжок – з 639 тис. од. до 309 тис. од. Водночас скоротилась і планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів з 966 до 923 тис. відвідувань за зміну. У розрахунку на 10 тис. населення динаміка зміни відповідних показників представлена на рис. 1.5. Скорочення кількості лікарняних ліжок при одночасному зростанні планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів свідчить про послідовне втілення реформ щодо забезпечення для населення доступності первинної медичної допомоги. Для порівняння, станом на 2015 р. у Європейському Союзі у середньому на 10 тис. населення припадало 51,4 лікарняних ліжка. При цьому найнижчий показник спостерігався у Данії – 25,3, найвищий у Німеччині – 81,3 [35].

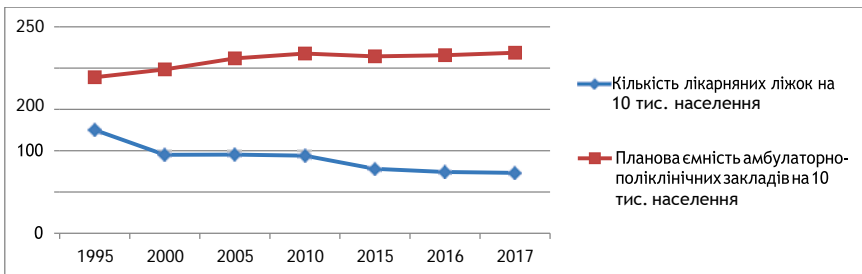


Рис. 1.5. Динаміка кількості лікарняних ліжок та планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів [34]

Отже, слід визнати, що скорочення кількості лікарняних ліжок зі 125,1 до 73,1 од. на 10 тис. населення, що відбулось протягом 1995–2017 рр., відповідає загальноєвропейській тенденції та свідчить про певну оптимізацію мережі системи охорони здоров'я. Водночас необхідно враховувати технологічну оснащеність та фінансування, а також матеріальне забезпечення населення Європейського Союзу і високу мобільність щодо одержання необхідних медичних послуг.

Катастрофічною є ситуація з мережею лікувально-профілактичних закладів, розташованих у сільській місцевості. У 2017 р. порівняно з 2000 у двадцять разів скоротилась кількість лікарняних

закладів (з 1007 до 52) та у 10 – кількість ліжок у них (з 20275 до 2734), зокрема, з 943 дільничних лікарень залишилось 26. Кількість самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік скоротилась з 2321 у 2000 р. до 474 у 2017 р. Скорочення кількості фельдшерсько-акушерських пунктів склало 3108 од., зокрема, 200 таких пунктів закрито за 2015–2017 рр. [34].

На 1229 од. скоротилась у 2017 р. порівняно з 2000 р. кількість жіночих консультацій і закладів, у складі яких перебувають жіночі консультації, акушерсько-гінекологічні відділення (кабінети); на 1063 од. – кількість дитячих поліклінік і закладів, у складі яких перебувають дитячі відділення (кабінети). Зі 143 дитячих лікарняних закладів у системі МОЗ у 2017 р. залишилось лише 90. На 18 од. скоротилась кількість пологових будинків [34].

Слід відзначити, що один з показників, який може характеризувати діяльність охорони здоров'я – середня тривалість перебування хворого у стаціонарі – протягом 2000–2017 рр. зменшувався. Якщо у 2000 р. цей показник складав 14,9 днів, то 2017 р. – 11 днів. Динаміку скорочення відповідного показника представлено на рис. 1.6.



Рис. 1.6. Динаміка середньої тривалості перебування хворого у стаціонарі [34]

Вважаю, що причиною такого скорочення може бути використання нових методів лікування та ліків, підвищення кваліфікованості лікарських кадрів, а також підвищення ефективності профілактичних заходів та раннього виявлення захворювань.

До проблеми функціонування охорони здоров'я привертається постійно увага й представників законодавчої гілки влади. Свідченням цього є Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я» (О.В. Ляшко, І.І. Куровський). У ній автори вказують, що «Внаслідок низького рівня ефективності функціонування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності сьогодні постало питання необхідності реформування системи охорони здоров'я в Україні. Однак замість організації цілеспрямованої та системної роботи, направленої на забезпечення належних умов та матеріально-технічного забезпечення діяльності медичних установ, таке реформування зводиться до масового закриття медичних закладів та скорочення кількості їх працівників, що унеможливує отримання своєчасної медичної допомоги громадянами та обмежує їх конституційне право на охорону здоров'я. Будь-які дії щодо зменшення обсягів надання медичної допомоги та скорочення мережі закладів охорони здоров'я суперечать статті 49 Конституції України» [36].

Поряд зі скороченням мережі закладів охорони здоров'я відбулось також скорочення кількості лікарів (з 230 тис. осіб у 1995 р. до 186 тис. осіб у 2017 р.) та середнього медичного персоналу (з 595 тис. до 360 тис. осіб за цей же період). Показник кількості лікарів на 10 тис. населення відзначився поступовим зростанням у період 1995-2010 рр. (з 45,1 до 49,3), й відтак, після падіння станом на 2015 р. до 43,7 до 2017 р. піднявся на рівень 44,1. Порівняння забезпеченості лікарями вітчизняної системи охорони здоров'я і країн Європейського Союзу наведено на рис. 1.7.

Зауважимо, що в Україні за наявності достатнього трудового потенціалу сфери охорони здоров'я, актуальні фінансові та організаційні проблеми унеможливають досягнення рівня ефективності охорони здоров'я Німеччини та Данії, зокрема у частині доступності охорони здоров'я для населення. Це, зокрема, доводить

інтерв'ю з Т. Лещуком – українським лікарем з досвідом роботи у Німеччині. Щодо питання забезпеченості лікарень Т. Лещук зазначає наступне: «Німецькі лікарні завжди цілком і усім забезпечені, включаючи й спеціальне обладнання. Усе потрібне є в кожній лікарні. Наприклад, комп'ютерну томографію чи МРТ пацієнт отримує одразу у лікарні, навіть у маленькому містечку, нікуди ходити не потрібно. Будь-які ліки – від антибіотиків до інфузій – пацієнт не купує, усім цим лікарня забезпечена» [37].

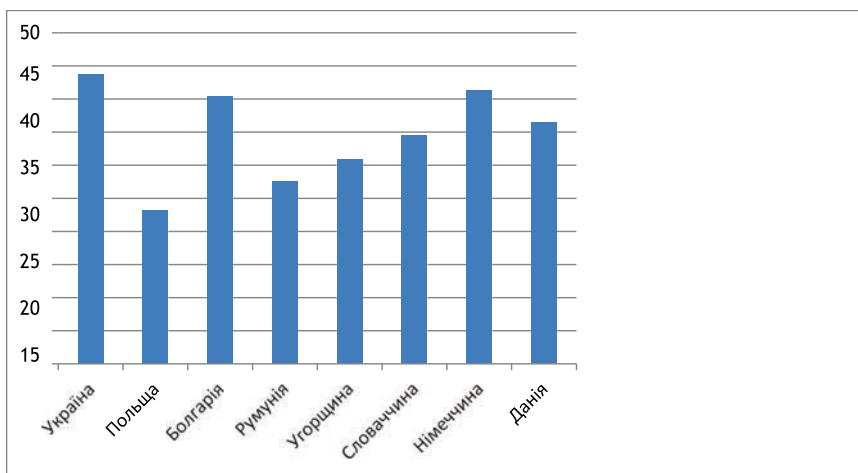


Рис. 1.7. Кількість лікарів на 10 тис. населення в Україні та окремих країнах Європейського Союзу [34, 35]

Як стверджують Н.М. Орлова та В.Л. Корецький: «Гарантована державою «безоплатна» медична допомога також не стала реальністю. Склалася ситуація, за якої держава надала гарантії, але не забезпечила їх фінансування. Можливості вибору у споживача медичних послуг також не змінилися, хоча реформи мали на меті їх розширити. Якісну медичну допомогу отримують лише ті, хто може за неї платити. Інші відчують негативне ставлення медичного персоналу і тому відкладають візит до лікаря. Звідси – запущені та хронічні форми захворювань» [38, С. 60].

Функціонування охорони здоров'я вимагає використання фінансових ресурсів, джерелом яких є бюджет. Проте їх спряму-



вання потребує встановлення певних нормативів. Звісно, що фінансові можливості держави обумовлюють їх перегляд, а також демографічна ситуація в країні та професійна кваліфікація персоналу галузі. Впровадження реформи охорони здоров'я в Україні базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом» і встановленні таких нових нормативних засад:

1) доїзд швидкої до пацієнта у хвилинах. Окрім того, швидку допомогу розділять на екстрену та невідкладну. Екстрена передбачає наявність загрози життя для пацієнта і передбачає швидку госпіталізацію, а невідкладна – умови наявності загрози здоров'ю та надання допомоги. У європейських країнах смертність на догоспітальному рівні складає 10%, а в Україні – 70%. Звісно, що нинішнє обладнання бригад швидкої допомоги не дозволяє досягти такого результату. Тому прийнято урядове рішення виділити 1 млрд грн на фінансування галузі [40];

2) кількість людей в госпітальному окрузі – 150000 осіб. Наприклад, в Фінляндії цей норматив становить 275000 осіб;

3) кількість осіб, що обслуговуються сімейним лікарем – 2000 осіб для терапевта, для сімейного лікаря – 1800, для педіатра – 900. Норматив корегується у напрямку зменшення за наявності осіб віком 65+ та дітей. Чітко визначені повноваження сімейного лікаря. Існує можливість сімейному лікареві працювати як фізична особа-підприємець [41];

4) вартість обслуговування 1 пацієнта в сімейного лікаря фіксована у рік і становить 370 грн. у 2019 р. Дохід сімейного лікаря формується від кількості підписаних пацієнтів, а не тих, що хворіють. Проте при перевищенні норми обслуговування у оплаті праці лікаря будуть застосовувати понижувальні коефіцієнти [41];

5) кількість операцій, проведених у лікарні в рік – 500 і більше. У Німеччині, Франції, Великобританії цей показник складає 4000 в рік [28];

6) кількість прийнятих пологів лікарем – 400 і більше в рік. За стандартами ВОЗ, лікар має приймати не менше 400 пологів на рік, в такому разі він здатен забезпечити якість своїх послуг [42].

При менших показниках, що відображені у п.5 і 6, у рік вважається, що втрачається професійна кваліфікація лікарів.

Система охорони здоров'я є одним із головних інститутів у реалізації соціальної політики держави, що виконує універсальну соціальну гарантію – право на отримання медичної допомоги громадянами України.

Функціонування галузі охорони здоров'я впродовж років незалежності України весь час трансформувалося від оптимізації використання ресурсів до впровадження системних реформ, які розпочалися з 2017 року і триватимуть за прогнозами ініціаторів принаймні до 2023 року і довше.

Успіх реформ у охороні здоров'я, а відтак й реалізації соціальної політики держави визначатиметься відношенням людей та їх довірою, прихильністю до функціонування національної системи охорони здоров'я.

### **1.3. Актуальні проблеми державного управління системою охорони здоров'я**

Право на охорону здоров'я задекларовано на міжнародному рівні в 1946 р. у Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я. Воно знайшло також відображення в документах регіональних організацій, в Конституції Європейського Союзу (ЄС) [43] та національних конституціях усіх країн. Забезпечення права на здоров'я є пріоритетною справою у сфері світового розвитку, є запорукою для благополуччя та добробуту окремої особистості, суспільства в цілому, знайшло своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття ООН [44].

Медичне обслуговування здійснюється закладами охорони здоров'я і фізичними особами – підприємцями, зареєстрованими та тими, що одержали відповідні ліцензії та дозволи законним шляхом в області охорони здоров'я [45]. Ця діяльність безпосередньо пов'язана з наданням медичної допомоги, але може бути розширеною додатковими послугами. Такі послуги можуть бути платними. Наприклад, розповсюдженими платними послугами можуть бути косметична допомога, що надається поза межами допомоги за медичним показанням; анонімне обстеження та лікування хворих,

заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД); лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона; протезування, в тому числі зубне, слухове та очне; надання стоматологічної допомоги госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я; медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів; лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря, зокрема із застосуванням телемедицини; перебування у стаціонарі батьків у зв'язку з доглядом за дітьми віком понад 6 років, якщо це не зумовлено станом хворої дитини; проведення профілактичних щеплень особам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує; проведення судово-психіатричної експертизи за межами територіального розподілу тощо [46]. Таким чином, можна зобразити складові системи охорони здоров'я (рисунок 1.8).

Також Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» висвітлено поняття здоров'я таким чином: «здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад, а охорона здоров'я – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [45].

Охорона здоров'я фінансово забезпечується в Україні стягненням коштів з Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, з інших джерел, які не суперечать закону.



Рис. 1.8. Складові системи охорони здоров'я  
*Джерело: складено автором на основі [46]*

В медичній практиці широко використовується поняття домедичної допомоги. Виконання домедичної допомоги може здійснюватися особами, що не є медиками за освітою, але мають службові обов'язки щодо володіння основними практичними навичками, здійснюваними для рятування та збереження життя людей, які перебувають у невідкладному стані. Ці особи відповідно до закону повинні здійснювати необхідні дії та заходи для врятування й збереження життя людини, що знаходиться у невідкладному стані та мінімізувати наслідки впливу цього стану на її здоров'я.

У преамбулі Статуту Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначатися лише як ідеальне здоров'я, якого практично не буває. Також вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Отже, можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з навколишнім середовищем [47].

З приводу тематики охорони здоров'я видатні діячі людства висловлювались таким чином:

«Здоров'я – це не все, але все без здоров'я – ніщо» (Сократ).

«Життя і здоров'я – це найцінніше, що ми маємо» (Пан Гі Мун).

«Єдина краса, яку я знаю – це здоров'я» (Генріх Гейне).

5 березня 2013 р. у Києві прочитав лекцію «Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті» академік НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор НМУ імені О.О. Богомольця Віталій Москаленко з нагоди ювілею – 20 років з дня заснування Національної академії медичних наук на конференції молодих учених [48]. Він зазначив, що головна мета будь-якої країни – як за мінімальні ресурси побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я та досягти найвищого рівня здоров'я населення. Здоров'я – це беззаперечна цінність. В.Москаленко підкреслив, що значущість здоров'я сьогодні визначається як

універсальна цінність, яка стосується усіх – і багатих, і бідних, і молодих, і літніх, людей різних рас. Це невід'ємне право людини, важливість забезпечення якого зростає з кожним роком. За даними Європейського регіонального бюро (ЕРБ) ВООЗ до чинників, які визначають сучасні тренди чи тенденції в охороні здоров'я, належать глобалізація, серйозні демографічні зміни, екологічні проблеми (забруднення довкілля, зміна клімату), соціально-політичні конфлікти, технологічні нововведення, поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до послуг, маркетингова міграція населення, урбанізація тощо. Він підкреслив, що економічна залежність від здоров'я населення дуже висока. У структурі витрат прямі витрати на охорону здоров'я становлять 47,9%, а непрямі, зумовлені втратою доходів, пов'язаних із захворюваністю та передчасною смертністю – 52,1% [48].

За словами Гро Харлем Брундтланд, яка була міністром охорони здоров'я і двічі – прем'єр-міністром Норвегії, а також директором ВООЗ, те, як спроектовані системи охорони здоров'я, те, як ними керують і як їх фінансують, – все це позначається на житті людей та стані їх здоров'я. За висловом директора ВООЗ Маргарет Чен, сектор охорони здоров'я слугує головним інтересам людства, ґрунтується на твердих моральних критеріях і має сильний набір соціальних цінностей серед своїх численних переваг.

Основними досягненнями у сфері охорони здоров'я в третьому тисячолітті є збільшення середньої тривалості життя, розвиток профілактичних технологій, подолання багатьох інфекційних хвороб, створення нових поколінь ліків, поява генної медицини, розвиток сучасних медичних технологій, збільшення витрат на охорону здоров'я, підвищення рівня життя в цілому, високий професіоналізм медичного персоналу.

Це, безумовно, позитивні прояви. Але є і негативні явища щодо цієї сфери. У суспільстві відбувається різке постаріння населення, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності факторів навколишнього середовища, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, проблеми фінансування в умовах обмеження ресурсів, швидка поширюваність хвороб через дуже високу мобільність населення, розвиток резистентності мікро-

організмів, зростання вартості послуг, підвищення вимог до якості медичної допомоги, що формують здоров'я.

В сучасному світі відбувається справжня епідемія хронічних неінфекційних захворювань, що пов'язана з нездоровим способом життя, низькою фізичною активністю, незбалансованим харчуванням тощо.

Ми зараз є свідками негативних екологічних наслідків, а саме: значного забруднення довкілля, деградації, проявів зміни клімату, які негативно впливають на здоров'я людини, що призводить до зростання проявів екологічно залежної патології, великих медичних та отже соціально-економічних збитків для всього суспільства.

Треба також сказати, що в системі охорони здоров'я значну роль відіграє якість наданих послуг. На якість допомоги закладів охорони здоров'я мають вплив адекватність, наступність і безперервність, доступність, дієвість, результативність, своєчасність, задоволеність потреби та очікувань, безпека, постійне вдосконалення та поліпшення, стабільність процесу та результату. У багатьох системах охорони здоров'я в різних країнах світу приділяється багато уваги контролю якості надання медичних послуг.

Охорона здоров'я у будь-якій країні повинна бути пріоритетом в діяльності держави, суспільства, одним з головних факторів виживання та розвитку народу країни.

В державі повинні бути дотримані права і свободи людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення державних гарантій, пов'язаних з ними. Необхідно забезпечувати пріоритет загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищувати медично-соціальний захист найбільш вразливих представників населення держави. Також необхідно забезпечувати рівноправність громадян. Медична допомога та інші послуги в сфері охорони здоров'я повинні бути загальнодоступними. Система охорони здоров'я повинна бути орієнтована на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднавши при цьому вітчизняні традиції і досягнення із світовим досвідом в області охорони здоров'я.

Працівники сфери охорони здоров'я не повинні забувати про профілактику захворювань, про те, що питання охорони здоров'я повинні бути розглянуті в комплексі з соціальними, екологічними, медичними аспектами. Не треба забувати, що економіка охорони здоров'я носить багатокладний характер, фінансування її йде з багатьох каналів. При цьому поєднуються державні гарантії з демонополізацією. В світлі сучасного розвитку суспільства назріло більш активне заохочення підприємництва і конкуренції у цій сфері. Наболілим питанням в сучасній дійсності є розвиток самоврядування, децентралізація державного управління закладами охорони здоров'я, самостійність медичних працівників на правовій та договірній основі.

Гнидюк І.В. [49] наголошує на тому, що фінансування медичної галузі здійснюється з конкретною метою: поліпшення стану здоров'я населення, якості життя, продовження тривалості життя. З огляду на показники фінансування, можна сказати, чи є достатнім фінансове забезпечення галузі, а також визначити те, наскільки дієвим є сучасний механізм фінансування. Резюмувати медико-демографічну ситуацію в Україні можна наступним чином. Смертність в Україні становить 15,2 випадки / 1000 населення, тоді як в Європейському Союзі – 6,7. В Україні кожного року помирає близько 700000 людей, третина яких – це люди працездатного і репродуктивного віку. В Україні рівень смертності від серцево-судинних захворювань (64% у структурі смертності) та від онкологічних захворювань (13%) є одним з найвищих у світі. На жаль, Україна лідирує в Європі за випадками захворювання на туберкульоз. Треба зазначити, що сьогодні Україна за таким показником, як рівень витрат на охорону здоров'я на одну людину, займає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце. Така ситуація в охороні здоров'я загрожує національній безпеці. У даний час в Україні діє бюджетна модель системи охорони здоров'я, тому більшість видатків на цю галузь спрямовується саме з Державного бюджету України, а також з місцевих бюджетів. Автор наголошує, що в Україні існує залишковий принцип фінансування охорони здоров'я. Частка видатків на охорону здоров'я є мінімальною. Лише впродовж 2011–2013 років вона дещо збіль-



шується. Такий стан справ є неприпустимим. Українським науковцем М.І. Мальованим доведено існування залежності між витратами на охорону здоров'я та тривалістю життя населення. В дослідженнях Мальованого М.І. встановлено, що зростання загальних витрат на фінансування охорони здоров'я на 1000 дол. США призводить до збільшення тривалості життя в країні в середньому на 3,96 роки.

Великого значення набуло медичне оснащення Української армії під час проведення антитерористичної операції на сході України. У зв'язку з цим великий інтерес представляє вивчення досвіду НАТО, до якого Україна виявила бажання вступити на сучасному етапі розвитку. Тому цікавим є дослідження цього досвіду, а саме у світлі розгляду логістичних питань медичного обслуговування сил НАТО, що вдало описано в статті М.В. Білоус, О.П. Шматенко, О.А. Рижової, Д.В. Дроздова «Основні аспекти медичного постачання у збройних силах держав-членів НАТО» [50].

Вони, зокрема, пишуть, що медичний персонал несе відповідальність за визначення потреб у медичному майні, номенклатуру та норми постачання, він надає консультації щодо пріоритетності його постачання. Логістичний персонал відповідає за координацію управління медичним майном у межах загального плану логістичного забезпечення. Медичний та логістичний персонал поділяють відповідальність за контроль доставки медичного майна від джерела видачі до кінцевого користувача.

Автори відзначають, що координація роботи медичного персоналу та персоналу логістики дуже важлива, оскільки медичне забезпечення є частиною функціонального напрямку бойового забезпечення. Головними напрямками співпраці є: розроблення концепції та плану забезпечення; визначення вимог до функціонування; ресурсне забезпечення; визначення структур служб логістики й медичного забезпечення; розгортання, підтримка роботи та зміна дислокації лікувальних закладів; координація логістичних аспектів аеромедичної евакуації, при чому планування та виконання координуються з персоналом оперативного рівня авіаційного командування; вирішення питань виділення транспорту для медичної евакуації. Важливими чинниками взаємодії персоналу двох служб є

своєчасний обмін інформацією, гнучкість ухвалення рішень, командна робота та взаємна довіра [50].

Тематику взаємодії Збройних сил України та медичного забезпечення розвинули В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах в статті «Система медичного забезпечення військ (сил) – складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України» [51], де вони пишуть, що принцип та алгоритм роботи військових медичних установ і установ цивільної охорони здоров'я в особливий період, схема надання медичної допомоги, рівні та етапи медичної евакуації, лікувально-діагностичні протоколи і стандарти повинні бути єдині та розроблятися у вітчизняній школі підготовки й удосконалення медичних кадрів, акумулюючи найсучасніші світові досягнення в галузі організації та практичного надання медичної допомоги громадянам у воєнному конфлікті. При цьому необхідно, щоб лікувально-діагностичні протоколи і стандарти максимально відповідали міжнародним і передбачали здійснення заходів медичного забезпечення військовослужбовців у взаємодії з медичним персоналом інших країн, з урахуванням можливості участі в розв'язанні збройного конфлікту міжнародної гуманітарної медичної місії. Говорячи про міжнародний характер протоколів і стандартів, необхідно насамперед вести мову про ті, які розроблялися спільно з медичною службою збройних сил країн, котрі входять у політичні та економічні блоки за участю держави й повинні містити номенклатуру фармацевтичних засобів вітчизняного виробництва з можливим заміщенням виробництва країн-союзників [51].

Автори наголошують на тому, що у правовому полі необхідно затвердити єдність організаційних принципів, єдність етапів медичної евакуації, єдність порядку застосування сил і засобів медичного забезпечення військовослужбовців та інших контингентів силових структур. Таким чином, принципи будівництва й удосконалення системи медичного забезпечення необхідно здійснювати з урахуванням світового досвіду і практики застосування сил і засобів медичної служби збройних сил на міжнародних медичних стандартах. Функціонування всієї системи охорони здоров'я держави в особливий період повинно відбуватися в єдиному медичному

просторі і бути законодавчо закріпленим, одночасно має бути затверджений Координаційний орган управління, який забезпечуватиме функціонування військової та цивільної складових на єдиних принципах, чітке регулювання й керівництво з розмежуванням функцій і повноважень органів управління медичного забезпечення населення країни та відомчих силових контингентів [51].

Сіташ Т.Д. в статті «Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування» [52] визначає різні типи системи охорони здоров'я. Так, є країни з переважно державною системою охорони здоров'я (Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія), що ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави. У таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Франція, система охорони здоров'я функціонує на засадах страхової медицини та за різних фінансових умов. У США, Південній Кореї та деяких інших країнах із переважно приватною системою охорони здоров'я медицина ефективно працює лише для заможних груп населення.

Усі країни стикаються з необхідністю скорочення та стримування зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою перерозподілу фінансових ресурсів за рахунок інших статей бюджету, підвищення податків та внесків у рамках системи соціального страхування, регулювання попиту на медичні послуги, регулювання пропозицій медичних послуг. Але при цьому бідні країни шукають на це кошти, тому що не вистачає на найнеобхідніше медичне обслуговування, а багаті витрачають їх на впровадження нових медичних технологій, довготривале лікування хронічних інфекційних хвороб і медико-соціальну допомогу.

Якщо проаналізувати темпи зростання витрат на систему охорони здоров'я в Україні протягом останніх років, то вони випереджають темпи ВВП. Тому, узагальнюючи практику, очевидно, що пріоритетною сферою реформування системи фінансування охорони здоров'я є перегляд існуючого механізму розподілу ресурсів залежно від наданих послуг і результатів лікування, так як існуюча система постатейного фінансування не дозволяє прив'язати фінансові потоки до якості та кількості наданих послуг, а така прив'язка є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управ-

ління системою надання медичних послуг. Ситуація загострюється й тим, що рівень зношеності основних фондів охорони здоров'я перевищив 60%-вий бар'єр, при цьому в лікувально-профілактичних закладах обсяги заміни морально застарілої медичної техніки та обладнання не перевищують 1,5% на рік. В економічно розвинутих країнах цей показник для активної частини основних фондів охорони здоров'я складає 10–12% на рік. Розміри бюджетного фінансування не відповідають ресурсним потребам галузі [52].

В наші часи велика увага має бути приділена санаторно-курортному оздоровленню населення. Цьому питанню присвячена стаття І.Л. Сазонця «Концептуальні основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств». В ній він говорить про те, що «рекреаційна діяльність санаторно-курортних підприємств в Україні традиційно є складовою частиною державної політики і важливим розділом національної системи охорони здоров'я, що дозволяє цілеспрямовано і ефективно здійснювати профілактику захворювань і відновлювальне лікування хворих, проводити їх реабілітацію. Організація санаторно-курортної допомоги заснована на принципах профілактичної і реабілітаційної спрямованості, етапності та наступності між амбулаторно-поліклінічними, стаціонарними і санаторно-курортними організаціями, спеціалізації наданої допомоги» [53].

Він пише, що «головною метою державної політики в санаторно-курортній сфері є створення в Україні високого рівня обслуговування рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, що забезпечуватиме широкі можливості для задоволення потреби громадян у санаторно-курортному лікуванні з метою загального оздоровлення населення» [53].

Аль Ширафі М. А. провів кореляційно-регресійний аналіз щодо визначення залежності показника очікуваної тривалості життя від наступних показників:

- 1) Кількість лікарень на 100 тисяч населення;
- 2) Забезпеченість стаціонарними ліжками на 100 тисяч населення;
- 3) Забезпеченість лікарями на 100 тисяч населення;
- 4) Державні витрати на охорону здоров'я, у відсотках від загальних витрат на охорону здоров'я [54].

Для аналізу були взяті дві групи країн – країни з розвинутою системою охорони здоров'я (Італія, Франція, Німеччина, Австрія, Фінляндія) та країни з недостатньо розвинутою системою охорони здоров'я (Росія, Білорусь, Україна). З проведеного аналізу витікає, що в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я більше всього на показник очікуваної тривалості життя впливають кількість лікарень і державні витрати на розвиток системи охорони здоров'я. Причому коефіцієнт показника кількості лікарень в таких країнах, як Італія та Німеччина, має від'ємне значення, що означає, що кількість лікарень в цих країнах досягла свого оптимального значення, і тепер треба укрупнювати ці заклади шляхом злиття. Також вони мають від'ємні коефіцієнти і при показнику державних витрат, що означає, що в цих країнах необхідно активно втілювати комерційні методи регулювання медичного обслуговування. У країнах з недостатньо розвинутою системою охорони здоров'я найбільш вагомими показниками – це кількість лікарень в країні, забезпеченість пацієнтів лікарями, обсяг державних витрат на охорону здоров'я. Коефіцієнти при показнику щодо кількості лікарень в Росії та Україні мають теж від'ємне значення. Тому треба активно проводити укрупнення цих закладів охорони здоров'я. В Росії коефіцієнт при показнику щодо забезпеченості лікарями має від'ємне значення, що означає перенасиченість лікарями медичних закладів. Тобто необхідним є скорочення кількості лікарів за рахунок зростання забезпеченості лікарень більш кваліфікованими кадрами. Автор статті [54] робить висновок, що існує тісний зв'язок між результативним показником очікуваної тривалості життя та державними затратами на охорону здоров'я. Він наголошує на тому, що для України, враховуючи сучасний економічний стан, нарощувати державні витрати на охорону здоров'я неможливо. У зв'язку з цим виникає необхідність у розвитку добровільного медичного страхування в країні.

Якщо побудувати однофакторні діаграми розсіювання щодо залежності очікуваної тривалості життя від загальних витрат на охорону здоров'я, щодо залежності очікуваної тривалості життя від забезпеченості лікарями, щодо залежності очікуваної тривалості життя від забезпеченості стаціонарними ліжками, то тут можна

сказати, що висока якість побудованої моделі міститься тільки в першому випадку. Але у всіх трьох випадках має місце пряма залежність.

Згідно з ВООЗ існує тісний зв'язок між показником очікуваної тривалості життя та загальними витратами на охорону здоров'я. Представимо результати цього дослідження в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4

Зв'язок між показником очікуваної тривалості життя та загальними витратами на охорону здоров'я [55]

Показник загальних витрат на охорону здоров'я (в рік)	Показник очікуваної тривалості життя
100-500 доларів на душу населення	47-67 років
1000 доларів на душу населення	70-75 років
3000 доларів на душу населення	75-80 років

*Джерело: систематизовано автором на основі [55]*

Зробимо порівняння з системою охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки. Охорона здоров'я у Сполучених Штатах забезпечується багатьма окремими організаціями. Заклади охорони здоров'я значною мірою належать приватним підприємцям та експлуатуються ними. 58% громадських лікарень США є некомерційними, 21% – урядовими, 21% підпорядковані некомерційним організаціям. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Сполучені Штати витратили більше на охорону здоров'я на душу населення (\$ 9403) та більше на охорону здоров'я у відсотках від ВВП (17,1%), ніж будь-яка інша країна в 2015 році.

У 2015 році 64% витрат на охорону здоров'я було сплачено урядом та профінансовано за допомогою таких програм, як Medicare, Medicaid, Програма медичного страхування для дітей та Управління охорони здоров'я ветеранів. Люди у віці до 67 років отримують страхування через своїх родичів або членів сім'ї, роботодавця, купуючи медичне страхування самостійно або вони залишаються незастрахованими. Медичне страхування працівників державного сектора насамперед забезпечується урядом, що виступає у ролі роботодавця.

Середня тривалість життя у Сполучених Штатах становить 79,8 років, у порівнянні з 75,2 роками в 1990 році, але вони зараз лише на 42 місці серед 224 країн, і скотились на 22-ге з 35 промислово розвинутих країн ОЕСР – з 20-го у 1990 році. З 17 країн з високим рівнем доходу, які вивчались Національним інститутом охорони здоров'я у 2015 році, Сполучені Штати мали найвищу або майже найвищу поширеність ожиріння, дорожньо-транспортних пригод, дитячої смертності, захворювань серця і легень, інфекцій, що передаються статевим шляхом, підліткової вагітності, травм і вбивств. У середньому американець може жити майже на чотири роки менше, ніж у іншій розвинутій країні, хоча американці, що досягли віку 75 років, живуть потім довше, ніж ті, хто досяг цього віку в інших розвинутих країнах. Дослідження системи охорони здоров'я у 11 розвинутих країнах за 2016 рік показало, що система охорони здоров'я США є найдорожчою та найгіршою за показниками доступу до медичних послуг, ефективності та справедливості.

Зараз все більш розповсюдженим у світі стає медичне страхування. Існує так зване міжнародне страхування.

Всеосяжним міжнародним полісом медичного страхування або простим продуктом, який охоплює випадки, при яких необхідно скористатися послугами швидкої медичної допомоги, є Health Care International, який має план охорони здоров'я. При чому ним може скористатися будь-який емігрант.

Мета Health Care International полягає в тому, щоб в першу чергу забезпечити медичні потреби його клієнтів. Отже, незалежно від того, які особисті обставини пацієнта можуть бути, або яке місце проживання чи місце роботи, ця міжнародна медична страховка призначена для реалізації рішення, якого шукає клієнт. Вбудована гнучкість цих продуктів медичного страхування також означає, що їх плани здатні йти в ногу з пацієнтом і його сім'єю протягом життя, враховуючи те, що його медичні потреби змінюються.

Переваги цієї міжнародної медичної страховки наступні:

- доступ до більш ніж 7000 всесвітніх медичних центрів та 350 000 лікарів та медсестер в більш ніж 160 країнах;
- власна 24-годинна, 365-денна допомога на випадок надзвичайної ситуації та доступ до глобальної мережі медичних працівників та центрів;

– дає можливість організувати невідкладний транспорт до найближчого відповідного медичного центру або репатріацію людини на її батьківщину.

Членство є відкритим для практично всіх, якщо вони приєднуються до цієї програми до досягнення 75 років, при чому робітники зобов'язуються знизити вплив з боку будь-якого обмеження, пов'язаного з минулими або попередніми медичними умовами, до абсолютного мінімуму. Також вони надають послуги щодо заявок на охорону здоров'я від людей віком від 75 років.

Для роботодавців вони пропонують корпоративні програми охорони здоров'я як корисну медичну допомогу працівникам, і якщо стандарти цієї програми не цілком відповідають вимогам охорони здоров'я компанії, робітники можуть створити індивідуальне рішення для медичного страхування. Поряд з індивідуальними планами страхування Health Care International також пропонує варіанти, пристосовані до вимог охорони здоров'я підприємств та інших організацій.

Її рентабельні плани страхування були створені для охоплення багатьох випадків, практично в будь-якій точці світу, де практично кожна країна має членство. Щоб її страхові премії були максимально конкурентоспроможними, клієнтам пропонується викуп та сплата із заробітної плати, а також надається два варіанти медичного страхування, призначені для клієнтів корпорацій та інших організацій із відповідними знижками:

- схеми групового страхування – для клієнтів великих корпорацій та організацій з більш ніж 50 членами;
- страхові схеми груп з менш ніж 50 учасниками із загальним інтересом (тобто членів клубу).

Знижки до 25% можна отримати за схемами страхування корпоративних та споріднених груп.

Пільги корпоративному страхуванню пропонують справжню гнучкість, що означає, що вони також є дуже рентабельними, і поряд із вище згаданим міжнародним медичним покриттям вони можуть надавати ряд інших пов'язаних страхових виплат, включаючи [56]:

- послуги дантиста;
- послуги окуліста;



- покриття затрат на швидку медичну допомогу;
- захист доходів;
- страхування життя;
- страхування від критичних захворювань;
- багаторазове страхування під час подорожей.

Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Кожна країна визначає способи їх формування на власний розсуд, ураховуючи політичне та економічне підґрунтя. Держави з великим національним прибутком (США, Велика Британія, Швейцарія тощо) відрізняються більш високими витратами на медичні послуги на душу населення в порівнянні з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика тощо). В Україні фінансування галузі охорони здоров'я здійснюється на 40–50% від потреби. Тому проведення реформ в охороні здоров'я, направлених на створення нової, бюджетно-страхової медицини стало життєвою необхідністю [52].

Цікавими є дослідження в галузі реформування медицини в Україні Корбутяка В.І. та Герасимчук І.В. Вони пишуть, що отримана в спадщину радянська система охорони здоров'я дає державі монопольну владу у цій сфері, що затримує підвищення ефективності медичного спостереження та лікування. Не надає поштовху розвитку медичної сфери існування третинної моделі медичного обслуговування, в результаті втілення якої пацієнт вимушений пройти три етапи перед тим, як він отримає кінцеву медичну допомогу. Також автори відмічають, що доставка ліків в теперішній час є дуже коштовною за рахунок існування дистриб'юторів до приватних аптек, які теж піднімають додатково ціни. Якщо прибрати посередника і доставляти медичні препарати напряму до медичних закладів, то ціна ліків буде набагато нижчою (на 40 %) [57].

Автори наполягають на реформуванні медицини в Україні. Це зокрема стосується впровадження страхової медицини. Страхова медицина – це форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичення страховиком коштів [57]. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу

медичних послуг при виникненні страхового випадку порушення здоров'я за наявності договору зі страховою медичною організацією [48]. При чому при здійсненні страхового процесу створюються страхові товариства, до яких входять юристи, економісти та висококваліфіковані експерти-лікарі, що разом формують ціну наданої медичної послуги.

При цьому також створюється благодійний фонд, який є юридичною особою приватного права, установчі документи якої визначають благодійну діяльність в даному випадку у сфері медицини як основну мету її діяльності [58]. Таким чином вирішується проблема лікування соціально незахищених верств населення, до яких відносяться пенсіонери, сироти, малозабезпечені люди. Тоді тягар соціальної медицини перерозподіляється між державою та закладами охорони здоров'я.

Таким чином, у результаті проведеного аналізу нормативно-правових документів, наукових робіт, становища медичної сфери в Україні та інших державах світу, необхідно наголосити на необхідності оновлення медичної сфери, а стосовно України – на її реформуванні.

### **Висновки до першого розділу**

Найбільш актуальним та сконцентрованим можна вважати запропоноване авторське визначення поняття «система охорони здоров'я»: «Система охорони здоров'я – це мережа закладів, установ та органів охорони здоров'я України, метою діяльності яких є забезпечення збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя на основі державного забезпечення фінансових гарантій та регуляторного інституційного впливу».

Відповідно до запропонованої трактовки поняття «система охорони здоров'я» ми можемо надати визначення терміну «державне управління охороною здоров'я». Державне управління охороною здоров'я – це цілеспрямований, продуманий організаційний і

регуляторний вплив на суспільну життєдіяльність шляхом покращення показників охорони здоров'я, який здійснюється державою через спеціально створені органи і структури. Державне управління охороною здоров'я має свої цілі та завдання, функції управління, форми.

Ключовими ланками системи державного управління охороною здоров'я в Україні є Міністерство охорони здоров'я України, регіональні структури, що забезпечують впровадження державної політики охорони здоров'я в регіонах, органи управління охороною здоров'я в районах, неурядові та громадські організації, що працюють в регіонах та в столиці, система інститутів-норм, на які спираються в процесі організації діяльності системи охорони здоров'я як в центрі, так і в регіонах.

Значна організаторська робота в сфері трансформації системи охорони здоров'я в Україні зумовлює співпрацю Міністерства охорони здоров'я з міжнародними організаціями, що допомагають налагодити діяльність в різних сферах діяльності. На офіційному сайті Міністерства 27 міжнародних організацій представлені як партнери в діяльності Міністерства. В роботі проаналізовано співучасть міжнародних організацій-партнерів МОЗ у вирішенні основних задач, що стоять на теперішній час перед системою охорони здоров'я та механізми, які застосовують міжнародні організації у спільній діяльності.

Система охорони здоров'я є одним із головних інститутів у реалізації соціальної політики держави, що виконує універсальну соціальну гарантію – право на отримання медичної допомоги громадянами України. Функціонування галузі охорони здоров'я впродовж років незалежності України весь час трансформувалося від оптимізації використання ресурсів до впровадження системних реформ, які розпочалися з 2017 року і триватимуть за прогнозами ініціаторів принаймні до 2023 року і довше. Успіх реформ у охороні здоров'я, а відтак й реалізації соціальної політики держави визначатиметься відношенням людей та їх довірою, прихильністю до функціонування національної системи охорони здоров'я.

В державі повинні бути дотримані права і свободи людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення державних

гарантій, пов'язаних з ними. Необхідно забезпечувати пріоритет загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищувати медично-соціальний захист найбільш вразливих представників населення держави. Також необхідно забезпечувати рівноправність громадян. Медична допомога та інші послуги в сфері охорони здоров'я повинні бути загальнодоступними. Система охорони здоров'я повинна бути орієнтована на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднавши при цьому вітчизняні традиції і досягнення із світовим досвідом в області охорони здоров'я.

### **Список використаних джерел до першого розділу**

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. – Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>.
2. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. – М.: Классик-Консалтинг, 1999. – С. 19.
3. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування та реалізації): Монографія. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 460 с.
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Офіційний сайт. – Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.who.int/en/>.
5. Європейське регіональне бюро ВОЗ. Офіційний сайт. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/ru/home>.
6. Система. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/система>.
7. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи: Монографія. – М.: Медицина, 2000. – 240 с.
8. Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організацій охорони здоров'я [Текст] : підручник / уклад.: С.М. Шортел, А.Д. Калюжний; пер. з англ. Л. Тарануха. – 3-тє вид. – К. : Основи, 1998. – 556 с.
9. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол. моногр. / О.В. Баєва, М.М. Білінська, Л.І. Жаліло та ін.; За ред. О.В. Баєвої, І.М. Солоненка. – К.: МАУП, 2007. – 376 с.
10. Указ Президента України «Про заходи щодо впровадження Концепції адміністративної реформи в Україні» від 22 липня 1998 року, № 810/98. – Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/810/98>.

11. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. – Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С.В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М. – К.: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. – 312 с.

12. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я : Навч.-метод. посіб. – К. : МАУП, 2007. – 328 с.

13. Міністерство охорони здоров'я. Офіційний сайт. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/partneri>.

14. Національна служба охорони здоров'я. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://nszu.gov.ua/pro-nszu>.

15. Безтелесна Л.І., Юрчик Г.М. Сутність та складові соціальної політики: теоретичний аспект / Л.І. Безтелесна., Г.М. Юрчик // Вісник соціально-економічних досліджень. 2003. Випуск 2 (49). ч.2. – С.141–147.

16. Макарова О.В. Соціальна політика в Україні: Монографія / О.В. Макарова; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. – К., 2015. – 244 с.

17. Основи економічної теорії / За ред. проф. С.В. Мочерного. – К.: Видавничий центр «Академія», 1998. – С. 298.

18. Сергієнко О. Соціальні політика в сучасному світі та в Україні / О.Сергієнко // Україна: аспекти праці. 2002. №1. – С.31–37.

19. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р.

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. Дата оновлення: 01.01.2016. – URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

21. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. 176 с. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <http://un.org.ua/images/SDGs>.

22. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. // Механізм регулювання економіки. 2012. № 1. – С. 164–169.

23. Безтелесна Л.І. Управління людським розвитком та його фінансове забезпечення в Україні: оцінка і перспективи. Монографія. – 2010. – 360 с.

24. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. // Економічні науки. 2016. № 1. – С. 51–59.

25. Безтелесна Л.І., Пивоварчук Л.В. Інституційне забезпечення реалізації соціальних гарантій держави. Монографія. – 2017. – 194 с.

26. Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/02/zb\\_nroz16.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/02/zb_nroz16.zip).

27. Стан корупції в Україні: Порівняльний аналіз загальнонаціональних досліджень: 2007, 2009, 2011 та 2015. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <https://kiis.com.ua/materials/pr/20161602>.

28. Загальнонаціональне опитування населення України / Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва; «Юкрейніан соціолоджі сервіс». – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <https://dif.org.ua/uploads/pdf/124566465159f84c994fa234.51406885>.

29. Звіт Рахункової палати за 2017 рік. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16755497/>.

30. Носуліч Т.М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позиції сталого розвитку. // Сталий розвиток економіки. 2013. № 4. – С. 195–201.

31. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах. // Державне будівництво. 2008. № 1. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2008\\_1\\_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_1_26).

32. Голованова І.А., Краснова О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. // Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 1. – С. 22–25.

33. Human Development Index. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <http://hdr.undp.org/en/indicators/137506#>.

34. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році: статистичний бюлетень. – Київ: Державна служба статистики України, 2017. – 92 с.

35. Table 1: Hospital beds by type of care, 2015. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare>.

36. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я» (О.В. Ляшко, І.І. Куровський). – URL: <https://www.apteka.ua/article/231867>.

37. Яценко Т. Українські лікарі ніколи не повернуться з Німеччини. – URL: [https://galinfo.com.ua/articles/\\_likarhirurg\\_iz\\_nimechchyny\\_265339.html](https://galinfo.com.ua/articles/_likarhirurg_iz_nimechchyny_265339.html).

38. Орлова Н.М., Корецький В.Л. До проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2010. № 4. – С. 60–64.

39. Реформа системи охорони здоров'я. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: [www.kmu.gov.ua/ua/diynalist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya](http://www.kmu.gov.ua/ua/diynalist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya).

40. Медицинская реформа 2019: какие изменения ждут украинцев. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <http://podrobnosti.ua/2269657-meditsinskaja-reforma-2019-kakie-izmenenija-zhdut-ukraintsev.html>.

41. Відтепер сімейні лікарі в Україні можуть набирати пацієнтів понад норму. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: [http://tvoemisto.tv/news/vidteper\\_simeyni\\_likari\\_v\\_ukraini\\_mozhut\\_nabyraty\\_pat](http://tvoemisto.tv/news/vidteper_simeyni_likari_v_ukraini_mozhut_nabyraty_pat).

42. 5 міфів про госпітальні округи. – Електронний ресурс. Режим доступу: URL: <http://moz.gov.ua/article/news>.

43. European Constitution. – URL: <http://www.europarl.europa.eu/Europe2004/textes/2005-01-10-brochure-constitution-en-v02.pdf>].

44. Офіційний сайт ООН. Доповіді. – URL: <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/reports.shtml>].

45. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. – URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

46. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах № 1138». – URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>].

47. Устав (Конституція) Всемирної організації здравоохр-нення. – URL: прийняття від 22.07.1946. – [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_599](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_599).

48. Устінюк О.В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / О.В. Устінюк // Український медичний часопис. – 2013. – № 3 (95). – С. 28-31.

49. Гнидюк І.В. Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я / І.В. Гнидюк // Економічний часопис-XXI. – 2015. – № 155. – С. 73-77. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado\\_2015\\_155\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecchado_2015_155_17).

50. Білоус М.В. Основні аспекти медичного постачання у збройних силах держав-членів НАТО / М.В. Білоус, О.П. Шматенко, О.А. Рижова, Д. В. Дроздова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2016. – №2 (21). – С. 102-109. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimtntp\\_2016\\_2\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimtntp_2016_2_21).

51. Савицький В.Л. Система медичного забезпечення військ (сил) – складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України / В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах // Наука і оборона. – 2014. – № 2. – С. 27-33.

52. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування / Т.Д. Сіташ // Механізм регулювання економіки. – 2012. – № 1. – С. 164-169. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimtntp\\_2016\\_2\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apfimtntp_2016_2_21).

53. Сазонець І.Л. Концептуальні основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств / І.Л. Сазонець // Інвестиції: практика та досвід. – 2017. – № 6. – С. 5–8.

54. Аль Ширафі Мохаммед Авад. Оцінка ефективності системи охорони здоров'я / Аль Ширафі Мохаммед Авад. // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. – 2016. – Випуск 20. – С. 24–27.

55. World Health Organization. – URL: <http://www.who.int/en>; Role of Information Technology in Medical Science. – URL: <https://www.asianhbm.com/articles/role-information-technology>.

56. International Medical insurance. – URL: <https://www.healthcareinternational.com/international-medical-insurance-plan>].

57. Корбутяк В.І. Необхідність розробки та основні засади новітньої концепції реформи медицини в Україні / В.І.Корбутяк, І.В. Герасимчук // Стратегія і тактика державного управління. – 2014. – № 2. – С. 61–67.

58. Про благодійну діяльність та благодійні організації: Закон України від 05.07.2012 № 5073-VI / Верховна Рада України. – URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5073-17>.



## **РОЗДІЛ 2.**

### **ІНСТИТУЦІЙНА СИСТЕМА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **2.1. Інституційна концепція «економічного імперіалізму» в еволюції суспільно-наукових підходів дослідження соціальних процесів**

Розвиток суспільства в різні періоди його становлення завжди аналізувався вченими різних галузей знань. Сучасні тенденції економічного зростання цивілізації, що в передових країнах трактується як постіндустріальна або інформаційна, також аналізується з точки зору виокремлення головних тенденцій її розвитку. Практично всі наукові школи сучасності визначають головними матеріальними рушіями розвитку економіку знань, досконалу інституційну систему і транснаціональні корпорації, хоча підходи до оцінки їх діяльності, їх економічного значення, значення в соціальному розвитку та перспектив трансформації відрізняються. Можливо виокремити цілу низку факторів, що спонукають до розробки та розповсюдження нової соціальної стратегії світової економіки. По-перше, все більш привабливою стає сама ідея поєднання прибутковості бізнесу та користі для суспільства, значення соціальних проектів. По-друге, вже більш як чверть інвесторів приймають до уваги етичні та соціальні міркування при інвестуванні у цінні папери тієї або іншої компанії. По-третє, для залучення висококваліфікованих кадрів в умовах зростаючої конкуренції компанії вимушені постійно покращувати умови праці своїх робітників та їх соціальне забезпечення в цілому.

Багатофункціональна структура та міжгалузевий характер предмета дослідження потребують проводити дослідження з питань сучасної соціально-економічної системи, спираючись на мультидисциплінарний підхід. Одним з інструментів використання такого підходу є сучасна інституціональна теорія. Проблеми інституціоналізму, інститутів, інституційної структури, імпорту інститутів із країн з розвинутою економічною системою в країни, що трансформують економіку та суспільство, почали досліджувати в нашій країні

порівняно недавно. Слід зазначити, що не зважаючи на недовгий термін досліджень в цій сфері, проводять вони достатньо ефективно. Серед вітчизняних вчених, що опрацьовують питання інституціоналізації, слід виділити таких науковців, як Галабурда І.К., Гладченко А.Ю., Гриценко А.А., Гриценко Е.О., Гохберг О.Ю., Дубницький В.І., Дефорж С.Ю., Дубницький В.І., Заяць Т.А., Тарасевич В.М., Ткач А.А., Ущатовський Ю.В., Чижова В.І., Царенко О.В. Але більш досконало ця теорія подана у працях іноземних науковців, які будуть проаналізовані у цьому дослідженні.

Слід визначити, що є проблемним питанням такого напрямку сучасної економічної науки, як інституціоналізм. Відомий економіст проф. А. Гриценко вважає, що інституціоналізм досліджує безпосередньо умови перебігу економічних процесів (існуюче середовище, правила, норми діяльності, установки, ціннісні орієнтири, законодавство, заклади і т.і.) [5, с. 46]. Методологія інституційної економіки, в тому числі і в умовах глобалізації, створення та функціонування наднаціональних інститутів та міжнародних організацій знаходиться в стадії формування, тому є доцільним розпочати огляд сутності і основних підходів до глобальної інституціоналізації з визначення інституційного середовища. Фахівці наукової школи Харкова, де вперше почали економічні дослідження на основі теорій інституціоналізму, вважають, що інституційні рамки (система формальних і неформальних правил, норм, традицій поведінки особистостей і організацій) визначають характер інституціонального середовища кожного соціуму. Економічний прогрес або стагнація економічних систем залежать від домінуючої інституціональної системи: інститути, перш за все формальні обмеження (акти державного регулювання, закони, структура податків, діяльність організацій та ін.), що створюють систему стимулів, яка заохочує або гальмує продуктивну діяльність [7, с. 112]. На теперішній час в літературі недостатньо досліджено питання стосовно відповідності суб'єктів господарювання різних масштабів та статусу критеріям формального інституту.

Спрямованість на продуктивну діяльність в глобальній економіці є головною характеристикою сучасної економіки. В цьому дослідженні поставлена мета виявити характеристики соціально-економічних систем як інститутів в здійсненні функцій соціального

захисту, соціального забезпечення, охорони здоров'я, корпоративної соціальної відповідальності та проаналізувати їх сучасну діяльність з позицій неінституційної теорії, зокрема на відповідність критеріям концепції «економічного імперіалізму». Необхідним є також усвідомити вплив досконалих інституційних систем на підвищення рівня економіки країн, в яких вони створені.

Істотною є думка, що основою теорії інституціоналізму виступають інститути. На думку Є. Єрохіної, «сукупність суб'єктів господарювання можна узагальнити за допомогою поняття «інституційна структура економіки», яке є складовим елементом, але не вичерпує всього змісту поняття «інститут». Проте навіть у визначенні поняття «соціально-економічний інститут» ще не сформовано єдиної думки» [41, с. 60]. Тому важливо проаналізувати підходи різних науковців до визначення цього поняття та виявити його методологічну значущість для економічної науки. Сутність інститутів для зростання економіки ми можемо побачити у підходах, що висуває О.Ю. Гохберг: «У сукупності інститути утворюють господарський механізм економіки, який опосередковує функціонування економічної системи. Їх якість, спрямованість і відповідність нагальним завданням визначають дієздатність господарського комплексу. Інституту є критично важливими з точки зору забезпечення продуктивності й ефективності економіки» [4, с. 281].

Найбільш адекватною інституційною теорією, яка відповідає повною мірою природі ТНК як інститутів, є концепція одного з самих відомих представників традиційного інституціоналізму Джона Коммонса, який зазначав, що природа інститутів пов'язана насамперед з колективними діями. Дж. Коммонс відзначав, що оскільки економічні блага обмежені, їх набуття регулюється колективними діями. Колективні дії створюють права та обов'язки з відносин власності та свобод, без яких в суспільстві панувала анархія. Інституціональна економіка надає колективним діям власне місце у вирішенні конфліктів [2, с. 41].

Діяльність національних економік як глобальних інститутів може бути визначена сучасною інституційною теорією як одна з форм реалізації концепції «економічного імперіалізму», який став однією з головних ознак оновленої теорії інституалізму, що зокрема

можемо побачити у дослідженнях російської вченої Ю.А. Фоміної, яка пропонує свій погляд на головні риси традиційної інституціональної теорії та неінституціоналізму (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Методологічні позиції традиційного інституціоналізму і неінституціоналізму [складено автором за матеріалами 11]

<b>Методологічні позиції інституціональних теорій</b>	<b>Традиційний інституціоналізм</b>	<b>Неінституціоналізм</b>
Умови існування економічної системи	Методологічний холізм	Індивідуалізм
Умови рівноваги в економіці	Вимоги споживача, що змінюються	Стабільність вимог споживача
Головні підходи до наукових досліджень	Індукція	Дедукція
Розвиток економічної системи	Еволюційний принцип	Принцип рівноваги
Рушійні сили розвитку суспільства	Інституціонально-історичний аспект	Інституціонально-історичний аспект
Критерії діяльності індивіда	Оптимізація, інформація, раціональність	Оптимізація, інформація, раціональність
Головна форма регулювання економіки	Державне втручання в економіку	Державне втручання в економіку
Підходи до дослідження суспільства	Міждисциплінарний	Економічний імперіалізм

Як можна побачити, економічний імперіалізм є складовою частиною неінституціоналізму. Економічним імперіалізмом визнається застосування економічних інструментів аналізу до предметів інших суспільних та природничих наук (соціологія, історія, політологія, міжнародні відносини, право, психологія, біологія та ін.) та декларування при цьому переваг економічного методу над методами інших наук. Цей напрям сформувався в другій половині ХХ сторіччя. Головним представником цього напрямку є американський економіст Г. Беккер. За думкою останнього економічну науку відрізняє не предмет, а метод. Гіперболізоване значення

ринків і пріоритетність споживчих вимог в усіх сферах існування суспільства – головні постулати його наукової спадщини. За аналогією з поняттям «економічний імперіалізм» професор А.А. Гриценко (Інститут економіки і прогнозування НАН України) вводить в обіг поняття «інституціональний імперіалізм» [5].

Слід зазначити, що традиція аналізувати економічний розвиток з точки зору іншої наукової платформи притаманна науці в цілому. Слід відзначити окремі наукові традиції, які не є економічними, але досліджували, аналізували та пояснювали економічні процеси. До таких концепцій доцільно віднести концепцію «технократії». Технократія – відповідь на проблему, що постала перед інженерами вже з кінця ХХ сторіччя. Менеджери підприємств у зв'язку з орієнтацією на вимоги ринку застосовували обмеження на проекти, що розроблялися корпораціями. В зв'язку з цим умови виконання проектів постійно змінювалися, інженери втрачали контроль над проектами і повинні були постійно переглядати плани. Тому з точки зору технократії необхідно, щоб інженерна складова домінувала в умовах створення нової власності, а економічні параметри залежать від якості виконання проектів та якості самих проектів. В інженерному середовищі розгорнулася широка дискусія відносно цієї проблеми в технічних журналах та на конференціях. В світі було сформовано три напрями технократизму. По-перше – це Тейлоризм, який поєднує цінові структури та організацію та технологію на підприємствах. За цією теорією капіталістичний менеджер та інженер розподіляють контроль над процесом виробництва між собою; по-друге соціал-тейлоризм СРСР, в якому економічне планування, політична бюрократія та технічна еліта мали контроль над економікою та суспільством шляхом розробки державних планів, таких, наприклад, як п'ятирічки та план ГОЕЛРО; по-третє, концепція технічного пріоритету, що набула розповсюдження в США [38].

На основі концепцій технократії сформувалася наукова теорія технологічного детермінізму. Технологічний детермінізм – це теоретико-методологічна установка у філософських та соціологічних концепціях, що спирається на домінування ролі техніки та технологій в розвитку соціально-економічних процесів. Він виник з

1920 років і його основою вважається утопія Т. Веблена «Інженери та цінова система» (1921 р.) [9].

Ще одним науковим напрямком, що практично співпадає по відношенню до проблем розвитку суспільства з технократизмом, є сцієнтизм. Сцієнтизм – наукові погляди, що перебільшують значення науки (перш за все технічної) в суспільстві в цілому. Традиції сучасного сцієнтизму мають глибоке коріння. Ще в утопії Ф. Бекона «Нова Атлантида» можна знайти сцієнтичні погляди. Також сцієнтичні погляди містяться в марксизмі [10].

Ще однією теорією, яка по суті не є економічною, але має вплив на економічні уявлення, є науковий доробок Карла Клаузевіца. З метою пізнання сутності війни Клаузевіц почав з дослідження війн минулого та сучасних йому війн. Він дослідив досвід 130 військових компаній. Свої військово-політичні роботи він поєднав в цілісну працю «Про війну». Його теорію ведення війни взяли за основу маркетологи Ел Райс та Джек Траут. В своїй книзі «Маркетингові війни» вони вдало проводять аналогію між боротьбою корпорацій за лідерство та військовими діями [8].

На розвиток теорії економічної думки мала вплив сформована З. Фрейдом з кінця XIX сторіччя теорія психоаналізу. Два її положення мали вплив на з'ясування місця економічних мотивів в розвитку суспільства: по-перше: людська поведінка, досвід та пізнання визначаються внутрішніми та ірраціональними мотивами, по-друге: ці мотиви переважно несвідомі. На теперішній час все ж таки психоаналіз практично не впливає на економічні теорії.

Географічний детермінізм – світоглядна концепція, що пояснює соціально-економічний розвиток народів і країн світу географічним фактором – географічним положенням, рельєфом, кліматом, водними, ґрунтово-рослинними й мінеральними ресурсами. Елементи географічного детермінізму зустрічалися вже в роботах античних авторів (Страбон, Гіппократ й інші), але як цілісна система поглядів детермінізм сформувався у XVIII–XIX століттях у працях Ш. Монтеск'є, Г. Бокля, Ф. Ратцеля, Г.В. Плеханова й інших, де з позицій географічного детермінізму пояснювалася форма правління в різних державах, особливості економічного розвитку, успіхи в модернізації господарства, геополітичне положення, при-

чини військових зіткнень та інше. Наприклад, Монтеск'є вважав, що справжня демократія можлива тільки в невеликих державах, для середніх придатна монархія, а великі (для збереження своєї цілісності) приречені на деспотизм. На цій основі були створені концепції федералізму й поділу влади. Надалі особлива роль у соціально-економічному розвитку держав приділялася кліматичним умовам.

У своїх роботах Х. Маккіндер, А. Пенк, Е. Хантінгтон й інші зв'язували економічні й військові успіхи країн Західної Європи й Північної Америки зі сприятливим впливом на їхній клімат Атлантики й Гольфстріму; економічну відсталість і колоніальну залежність більшості країн Азії, Африки й Латинської Америки – з негативним впливом тропічного й екваторіального клімату. Нині географічний детермінізм втратив свої позиції й використовується як робоча концепція для регулювання економічного розвитку країн і районів. В загальному вигляді головні суспільно-наукові концепції управління економікою подано в табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Суспільно-наукові концепції ефективного управління економікою  
[власні дослідження]

№	Назва	Фундатори	Суть концепції
1	Технократизм	Самюель Хабер, Дональд Стабіл	Інженерна складова домінує в умовах створення нової власності, а економічні параметри залежать від якості виконання проектів та якості самих проектів
2	Тейлоризм	Фредерик Тейлор	Поєднує цінові структури та розробку технологій. За цією теорією капіталістичний менеджер та інженер розподіляють контроль над процесом виробництва між собою. Людина – продовження машини
3	Соціал-тейлоризм СРСР	Фредерик Тейлор, Олександр Богданов, Олексій Гастев	Економічне планування, політична бюрократія та технічна еліта мають контроль над економікою та суспільством шляхом розробки державних планів, таких, наприклад, як п'ятирічки та план ГОЕЛРО

Продовження табл. 2.2.

4	Концепція технічного пріоритету	Фредерик Садді	Інженер втрачає контроль над проектом у зв'язку з вимогами ринкового середовища. Матеріальні фактори є первинними (зокрема енергія)
5	Технологічний детермінізм	Томас Веблен	Теоретико-методологічна установка у філософських та соціологічних концепціях, що спирається на домінування ролі техніки та технологій в розвитку соціально-економічних процесів
6	Сцієнтизм	Френсіс Бекон	Наукові погляди, що перебільшують значення науки (перш за все технічної) в суспільстві в цілому. Традиції сучасного сцієнтизму мають глибоке коріння
7	Теорія ведення війни	Карл Клаузевіц Ел Райс, Джек Траут	Проводяться аналогії між боротьбою корпорацій за лідерство та військовими діями
8	Теорія психоаналізу	Зігмунд Фрейд	Людська поведінка, досвід та пізнання визначаються внутрішніми та ірраціональними мотивами, ці мотиви переважно несвідомі
9	Географічний детермінізм	Ш. Монтеск'є, Г. Бокль, Ф. Ратцель, Г.В. Плеханов	Світоглядна концепція, що пояснює соціально-економічний розвиток народів і країн світу географічним фактором – географічним положенням, рельєфом, кліматом, водними, ґрунтово-рослинними й мінеральними ресурсами

На сучасному етапі розвитку суспільства, глобалізації фінансової системи, інтернаціоналізації господарського життя, опрацювання фінансово-економічних механізмів управління економікою на мезо- та макро- рівнях, все більше науковців різних шкіл надають перевагу економічним методам дослідження та виявленню економічного коріння у процесах, що є суспільними та соціальними за своєю сутністю. Тому діяльність національних економік як багатофункціональних структур можна розглядати з позицій економічного імперіалізму. Багатогранний вплив, який



чинять сучасні корпорації на соціальні, політичні процеси в усьому світі, їх вплив на діяльність міжнародних організацій, урядів, на країни, що розвиваються та країни, в яких мають економічні інтереси можна аналізувати з точки зору економічної доцільності та вимог глобальних ринків. Прикладом взаємозв'язку економічних та соціальних питань на глобальному рівні можуть бути матеріали табл. 2.3, в яких ми можемо побачити, що показники охорони здоров'я в основному співвідносяться до рівня залучених в країну інвестицій, в свою чергу основним інструментом залучення інвестицій в національній економіці є діяльність ТНК.

Таблиця 2.3.

Динаміка прямих іноземних інвестицій ТНК  
та інтегральний показник рівня охорони здоров'я  
та початкової освіти деяких країн світу

Країни	Приплив прямих іноземних інвестицій, млн \$				Інтегральний показник рівня охорони здоров'я та початкової освіти (за даними Всесвітнього економічного форуму) <sup>1</sup>			
	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2010 р./ 2000 р. (%)	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2010 р./ 2000 р. (%)
Франція	43250	84949	59628	13,786	6,01	6,23	6,42	1,068
Німеччина	198277	47439	35606	0,179	5,98	6,02	6,32	1,056
Іспанія	39575	25020	15030	0,379	6,45	5,32	6,01	0,931
Швеція	23430	9913	10851	0,463	6,42	6,39	6,41	0,998
Англія	118764	176006	45676	0,384	6,61	6,57	6,4	0,968
Японія	8323	2775	11939	1,434	5,65	5,78	6,52	1,153
Єгипет	1235	5376	6 12	5,434	5,32	5,38	5,42	1,018
Кенія	111	21	5	0,045	4,94	4,51	4,36	0,882
Аргентина	10418	5265	4 895	0,469	6,1	5,85	5,79	0,949
Болівія	736	288	423	0,574	5,52	5,39	5,21	0,943
Парагвай	100	35	184	1,84	4,34	5,37	5,16	1,188
Венесуела	4701	2589	3105	0,660	5,83	5,12	5,47	0,938
Україна	7808	5743	4816	0,616	6,01	5,95	5,7	0,948

<sup>1</sup> Складено на основі джерела: <http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>.

Саме поняття «соціальна відповідальність» стає фактором сучасного економічного розвитку, набуває все більшої політичної значущості. Так, на думку експертів, концепція соціальної відповідальності будується на розумінні того, що корпорації не в змозі діяти в економічній ізоляції від суспільства і традиційні уявлення про конкурентоспроможність, виживання на ринку та прибутковість відходять у минуле.

Одним із цікавих явищ в економічній науці останнього часу є наукові праці Гладченка А.Ю., в яких досліджуються різні впливи та наслідки процесів формування глобальної рівноваги, в тому числі й інституційні підходи щодо досягнення рівноваги в суспільстві. Як відомо, проводячи за допомогою системної динаміки розрахунки для світу в цілому, Форрестер і Медоуз прийшли до висновку, що протиріччя між обмеженістю земних ресурсів, зокрема, обмеженістю придатних для сільського господарства площ і зростаючими темпами споживання населення, яке збільшується, можуть привести в середині ХХІ ст. до глобальної кризи [40]. Як альтернативу такому розвитку висувалася концепція «глобальної рівноваги», відповідно до якої необхідно негайно припинити збільшення чисельності населення земної кулі, обмежити промислове виробництво, зменшити приблизно в сто разів споживання ресурсів Землі. Підходи до вирішення цієї проблеми, що запропоновані Гладченко А.Ю., різняться від класичних – він пропонує соціальні та економічні шляхи вирішення проблеми на основі вдосконалення діяльності інституційної системи (рис. 2.1).

Для врегулювання питань синхронізації економічного та соціального розвитку, експансії у нові країни із темпами розвитку соціальних процесів в цих країнах з'являються нові формальні та неформальні інститути. Позитивним сигналом є поява «Global Compact» в рамках ООН, що об'єднала ТНК, недержавні організації та міжнародні організації в питаннях регулювання діяльності ТНК. Також широкий спектр конструктивних ідей надано у «Переліку принципів та кодексів для ділової практики соціальної відповідальності». До нього входить 21 документ, що розроблений протягом багатьох років у період з 1985 по 2000 рік. В якості найбільш цікавих, але не замінюючих інші документи Переліку, можна назвати «Принципи глобальної корпоративної відповідальності»

(1995 рік), «Керівництво з нового світового порядку в бізнесі» (1995 рік), «Кодекс поведінки корпорацій» (1993 рік), «Міжнародні стандарти менеджменту навколишнього середовища» (1995 рік), «Кодекс етики міжнародного бізнесу для християн, мусульман та євреїв» (1993 рік) [38].

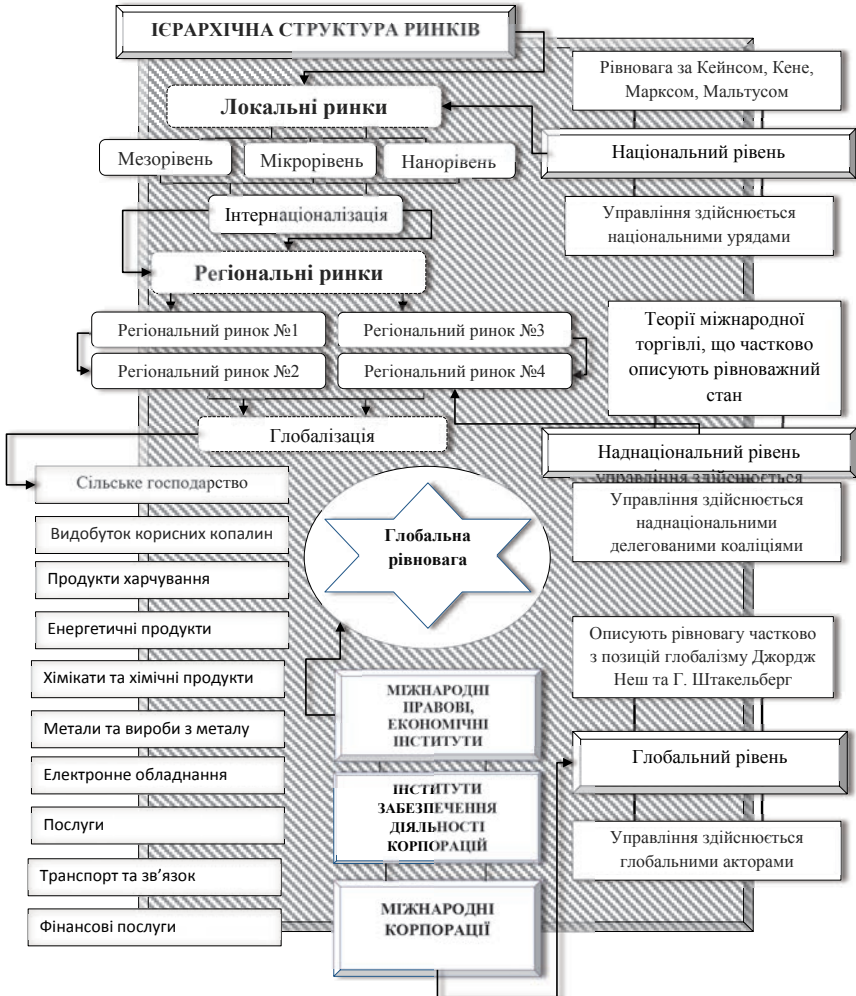


Рис. 2.1. Система інститутів у вирішенні проблем досягнення глобальної рівноваги за Гладченко [29]

Все більш значним інститутом, що впливає на формування механізмів соціальної відповідальності корпорацій, стають документи різних груп глобальних компаній. Так, група міжнародних лідерів бізнесу, в яку ввійшли 65 глобальних компаній, серед яких 12 американських, стільки ж британських, 5 японських, 3 німецьких, а також низка компаній з інших країн, взяла на себе відповідальність співпрацювати в сфері удосконалення своєї ділової практики і діалогу з іншими носіями процесу глобалізації у сприйнятті соціальної відповідальності у якості своєї стратегії при операціях в різних регіонах світу.

В цілому, проблема соціального розвитку в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Отже, безперечним є її значний вплив на формування економічної політики країн. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності, які в той же час можна розглядати як нову форму експансії ТНК на глобальні ринки, поліпшення іміджу компаній, формування платоспроможного попиту на продукцію корпорацій, що в свою чергу спрямовано на зростання отримання прибутків. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин, побудови гуманного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи державного управління функціонують разом з глобальними інститутами та створюють нові інститути з метою регулювання цього процесу. Однак розгляд цих проблем з позицій концепції «економічного імперіалізму» дозволяє більш об'єктивно дослідити економічні стимули та потенційні прибутки в соціальній діяльності ТНК.

## **2.2. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я**

Формування систем управління охороною здоров'я в Україні є процесом, що набуває з кожним роком все більшої динаміки. Реформування системи державного управління відбувається на основі проведення широкого кола наукових досліджень, збереження кращих традицій вітчизняної медицини, дбайливого відно-

шення до наявних висококваліфікованих кадрів. Разом з тим, діяльність всієї галузі в теперішній час стикається з викликами часу, що пов'язані як з новітніми тенденціями розвитку, так і зі застарілими проблемами, що дістались медицині від державно-адміністративної системи управління. Ці проблеми необхідно поділити на дві групи. По-перше, це проблеми процесу становлення та реформування системи охорони здоров'я. Вони з'являються поступово і у часі пов'язані із проведенням реформ. Такі проблеми, що пов'язані з реструктуризацією, інформатизацією, прозорістю та гласністю в медичній сфері, є тимчасовими і можуть бути вирішені в найближчій час при наявності розуміння у керівників галузі, основної маси працівників системи охорони здоров'я та пацієнтів. По-друге – це проблеми, що пов'язані з недостатнім рівнем соціально-економічного розвитку країни. Для значної кількості населення рівень вартості лікарняних засобів, медичних послуг, санаторно-курортного лікування, оздоровчих процедур є занадто високим, що викликає непорозуміння в суспільстві.

Цей фактор негативно впливає і на рівень запровадження реформ у медичній сфері та трансформації підходів населення до охорони здоров'я. В той же час в Європі та в інших індустріально розвинутих та інституційно оформлених регіонах довгий час розробляються та впроваджуються основні підходи до формування систем державного управління охороною здоров'я та створення інституційного середовища життєдіяльності людини в умовах якісної медичної допомоги, сприятливого навколишнього середовища, доступу до заходів оздоровлення та забезпечення здорового і рухливого способу життя. Розробка таких інституційних основ має вже довгу історію і весь час продовжується. Міжнародні організації, що працюють в сфері охорони здоров'я, напрацьовують нормативні документи з цих питань. Якщо проаналізувати основні документи, які були прийняті Європейським бюро ВОЗ та прийняті в системі ООН, то можна відзначити, що ключові напрями трансформації інституційних перетворень та реформ в системі державного управління цією галуззю співпадають з концептуальними положеннями цих документів. Серед основних інституційних норм нами проаналізовано такі, як: Європейська конвенція про соціальну та

медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012). Багаточисленні документи, постанови, рішення, декларації спеціалізованих медичних організацій, які стосуються окремих сфер боротьби з негативними явищами в сфері захворюваності мають дуже важливе значення для конкретних сфер медичної галузі і безперечно будуть становити основу для наукових досліджень та практичних дій вітчизняних організаторів системи охорони здоров'я в майбутньому.

Основні рішення ЄС та ВООЗ в сфері формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах у відповідності до хронології їх прийняття представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Фундаментальні рішення ЄС та ВООЗ в сфері формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах

<b>№</b>	<b>Назва документу</b>	<b>Рік</b>	<b>Місто прийняття</b>	<b>Основна спрямованість документа</b>
1.	Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу	1953	Париж	Питання прав у сфері медичної допомоги репатрійованих осіб, мігрантів, що особливо важливим є для європейського регіону на теперішній час. Визначено дії органів державного управління в ситуаціях, що визначають статус пацієнта
2.	Алма-Атинська декларація	1978	Алма-Ата	Закріплення провідного значення первинної медико-санітарної допомоги. В декларації закріплено, що первинна медико-санітарна допомога є проблемою, що вирішується всією системою державного управління

Продовження табл. 2.4.

3.	Оттавська хартія по зміцненню здоров'я	1986	Оттава	Пропаганда здорового способу життя, фінансові, стратегічні, управлінські, організаційні підходи до діяльності органів державного управління в процесі створення системи забезпечення здорового способу життя
4.	Європейська Хартія прав пацієнтів	1994	Амстердам	Визначено 14 основних прав пацієнтів та подано додаткові можливості для пацієнтів. Визначено статус пацієнта
5.	Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я	1996	Люблін	Розвинуто інституційні основи охорони здоров'я, визначено головні ланки системи охорони здоров'я, наголошено на основних напрямках реформування системи управління охороною здоров'я
6.	Талліннська Хартія	2008	Таллінн	Сформульовані загальні принципи побудови систем охорони здоров'я, надано рекомендації щодо створення ефективних систем охорони здоров'я, фінансування таких систем, забезпечення прав пацієнтів в таких системах, фінансування системи охорони здоров'я, формування ресурсів систем охорони здоров'я, стратегічного управління системами охорони здоров'я
7.	Європейська політика «Здоров'я – 2020»	2012	Баку, Брюссель, Мальта	Розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища. Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій. Ліквідація нерівності у доступі до медичних послуг

Серед основних документів, що формують інституційну основу системи охорони здоров'я слід, виокремити Алма-Атинську декларацію [31]. Вона була прийнята Міжнародною конференцією, що проводилась під егідою ООН по первинній медико-санітарній допомозі в Алма-Аті 12 вересня 1978 року. Основна спрямованість Декларації – закріплення провідного значення первинної медико-санітарної допомоги. В декларації закріплено, що первинна медико-санітарна допомога:

1. відображає і розвивається відповідно до економічних умов і характерних соціально-культурних та політичних рис країни і її громад Первина медико-санітарна допомога розвивається і базується на застосуванні відповідних результатів соціальних, медико-біологічних і організаційних наукових досліджень медико-санітарних служб, а також досвіду громадської охорони здоров'я;

2. націлена на вирішення основних медико-санітарних проблем в громаді і забезпечує відповідно служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації;

3. включає, як мінімум: просвіту з найбільш важливих проблем охорони здоров'я і методів їх попередження та вирішення, сприяння забезпеченню раціонального харчування, доброякісного водопостачання і проведення основних санітарних заходів; охорону здоров'я матері і дитини, в тому числі планування сім'ї; імунізацію проти основних інфекційних захворювань; профілактику ендемічних в даному районі хвороб і боротьбу з ними; відповідне лікування поширених захворювань і травм; забезпечення основними лікарськими засобами;

4. охоплює крім охорони здоров'я всі інші суміжні сектори і аспекти розвитку на національному та регіональному рівні і, зокрема, сільське господарство, тваринництво, забезпечення продовольством, промисловість, освіту, житлове будівництво, громадські роботи та засоби зв'язку. Така допомога вимагає координації діяльності всіх цих секторів;

5. вимагає максимальної самозабезпеченості громади та окремих осіб, сприяє цьому, забезпечуючи їх участь у плануванні, організації, здійсненні та контролі за медико-санітарною допомогою при найбільш повному використанні місцевих, національних



та інших наявних ресурсів для цього, розвиває шляхом відповідної освіти навички участі населення в цій роботі;

6. повинна підтримуватися інтегрованими, функціональними та взаємопов'язаними системами консультативної допомоги, спрямованими на прогресивне поліпшення всеосяжного медико-санітарного забезпечення всіх людей з приділенням першочергової уваги найбільш нужденним групам населення;

7. спирається на місцевому і більш високих рівнях на працівників охорони здоров'я, включаючи, де це можливо, лікарів, медсестер, акушерок, допоміжний персонал і громадських працівників, а також при необхідності на традиційних лікарів, відповідно підготовлених з соціальної та професійної точок зору для роботи в складі бригади охорони здоров'я і для задоволення медико-санітарних потреб населення [31].

В Оттаві в 1986 році було проведено «Першу Міжнародну конференцію щодо зміцнення здоров'я», за результатами роботи якої прийнято «Оттавську хартію по зміцненню здоров'я». Відповідно до Оттавської хартії в світі починається робота по пропаганді здорового способу життя, а країни-учасниці взяли на себе наступні зобов'язання:

- керуватися принципами проведення державної політики з урахуванням інтересів здоров'я і відстоювати у всіх секторах погоджену політичну позицію у справі досягнення високого рівня здоров'я і соціальної справедливості;

- перешкоджати поширенню шкідливої продукції, безконтрольного використання ресурсів, неякісних умов життя і навколишнього середовища, а також незбалансованому харчуванню; сконцентрувати увагу на таких питаннях суспільного здоров'я, як забруднення навколишнього середовища, шкідливість професійної діяльності, погані житлові умови і погані умови постійного перебування;

- долати розриви показників охорони здоров'я між окремими соціальними групами і всередині них, скорочувати нерівність у відношенні до здоров'я, що породжується правилами і нормами суспільства;

- визнавати, що головний ресурс здоров'я – це люди, всебічно підтримувати їх прагнення до підтримки свого здоров'я і

здоров'я своїх близьких, залучаючи для цих цілей фінансові та інші ресурси, а також визнавати, що головне право голосу в питаннях, що стосуються здоров'я, умов життя, благополуччя населення, належить місцевим громадам;

– переорієнтувати служби охорони здоров'я та їх ресурси на конкретні заходи охорони здоров'я, розподілити відповідальність з іншими секторами та надати основні повноваження самим людям;

– розглядати здоров'я та його підтримку як головну соціальну інвестицію і актуальну задачу, звертатися до вирішення всеоб'ємних екологічних аспектів способу життя людей.

Одним з головних документів, який формує інституційні засади управління системою охорони здоров'я в провідних країнах світу, зокрема, в країнах Європи, є Талліннська Хартія, яка була прийнята в процесі проведення Європейської міністерської конференції ВОЗ «Системи охорони здоров'я для здоров'я та безпеки» [33]. В процесі проведення Конференції її учасниками були проголошені наступні фундаментальні підходи, на яких повинні базуватися системи охорони здоров'я в усіх країнах Європи:

інвестиції в здоров'я – це вклад в розвиток людського потенціалу, соціальне благополуччя та економічний достаток людей;

сьогодні є неприпустимим, щоб люди перебували за межею бідності внаслідок погіршення здоров'я;

системи охорони здоров'я – це більше, ніж надання медичної допомоги; вони також містять в собі попередження захворювань, поліпшення здоров'я, а також всебічне сприяння процесу відображення проблем охорони здоров'я в політиці інших секторів економіки та суспільного розвитку;

системи охорони здоров'я, що чітко функціонують, складають головну умову поліпшення здоров'я та врятування життя;

системи охорони здоров'я повинні демонструвати високі показники діяльності [33].

На конференції розглядались питання, що впливають на ефективність систем державного управління системою охорони здоров'я. Оскільки в конференції приймали участь майже всі міністри охорони здоров'я країн Європи, то надані рекомендації,

які є необхідними для впровадження в системи охорони здоров'я, необхідно вважати основою створення ефективних систем державного управління охороною здоров'я. До таких рекомендацій європейського рівня та європейського духу необхідно віднести наступні:

активно втілювати в життя загальні цінності солідарності, справедливості і громадської участі – в політиці охорони здоров'я, в розподілі ресурсів та інших діях, приділяючи необхідну увагу задоволенню потреб менш забезпечених прошарків населення та інших вразливих груп населення;

інвестувати в системи охорони здоров'я і всебічно сприяти відповідним інвестиціям в усіх галузях, що впливають на здоров'я, на основі фактичних матеріалів, що доводять зв'язок між соціально-економічним розвитком і здоров'ям;

розвивати атмосферу гласності та прозорості, підвищувати рівень якості підзвітності щодо діяльності системи охорони здоров'я з метою отримання співставних результатів;

підвищувати рівень чутливості систем охорони здоров'я до потреб, запитів та очікувань людей, визнаючи їх права, але також і відповідальність по відношенню до власного здоров'я;

залучати всі зацікавлені сторони в процеси формування і реалізації політики;

всебічно сприяти міжнародному обміну досвідом та розвивати співробітництво в галузі планування і здійснення реформ охорони здоров'я на національному та субнаціональному рівнях;

забезпечувати готовність систем охорони здоров'я до ефективного подолання кризових ситуацій, оперативне співробітництво один з одним, а також виконання Міжнародних медико-санітарних правил [33].

Можна побачити, що це – загальні підходи, що спрямовані на координацію системи державного управління в країні для потреб вирішення питання покращення здоров'я. На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем охорони здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем пацієнтів. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем охорони здоров'я та поліпшення стану

пацієнтів слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- керівники та організатори охорони здоров'я всієї Європи надають велике значення та докладають зусилля до того, щоб забезпечити надання високоякісних послуг всьому населенню з особливою увагою до вразливих груп у відповідності з наявними потребами, а також для створення вибору для здорового способу життя;

- пацієнтам необхідний доступ до високоякісної допомоги і вони повинні бути впевнені в тому, що постачальники послуг в своїй роботі спираються на найбільш сучасні та надійні результати сучасної науки, а також використовують найбільш адекватні технології, що забезпечує високий рівень ефективності та безпеки втручань;

- пацієнти вимагають, щоб їх взаємовідносини з медичним персоналом будувались на основі поваги до особистості, гідності та дотримання конфіденційності;

- важливе значення має первинна медико-санітарна допомога, яка слугує надійною платформою для взаємодії служб охорони здоров'я з місцевими спільнотами та сім'ями, для міжсекторального та міждисциплінарного співробітництва, а також для зусиль, що спрямовані на поліпшення здоров'я людини;

- системи охорони здоров'я повинні інтегрувати цільові програми боротьби з конкретними видами хвороб в існуючі структури та служби з метою досягнення найбільш значущих результатів;

- системам охорони здоров'я необхідно забезпечувати цілісний підхід до обслуговування пацієнтів, який містить в собі покращення здоров'я населення, профілактику та інтегровані програми боротьби з хворобами, а також координацію між різними постачальниками послуг, установами і складовими надання послуг, як в державному, так і в приватному секторі, з урахуванням служб медико-санітарної допомоги, установи та форми надання допомоги на дому [33].

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охоро-

ною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем фінансування галузі. Ці рекомендації повинні бути імплементовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем фінансування охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- не існує єдиного вірного, найкращого підходу до фінансування охорони здоров'я. Країни розробляють та впроваджують нові поєднання форм зборів та консолідації коштів та закупок у відповідності до своїх потреб, історичних, демографічних, фінансових умов, соціальних пріоритетів та переваг, що призводить до поступової ліквідації різниці між «моделями»;

- механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення медико-санітарних потреб, зменшення фінансових бар'єрів для доступу до необхідних послуг, захист від фінансового ризику, що пов'язаний з отриманням медичної допомоги, при умові дотримання відповідального відношення до наявних державних ресурсів;

- механізми фінансування повинні також передбачати: застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я, надання ресурсів постачальникам у відповідності з потребами населення; сприяння підвищенню рівня звітності та прозорості у використанні коштів;

- загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати необхідний баланс між наданням медичної допомоги, профілактикою хвороб і покращенням здоров'я населення з метою більш повного задоволення поточних та прогнозних потреб охорони здоров'я.

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охороною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем формування ресурсів галузі. Ці рекомендації повинні бути імплементовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем формування ресурсів охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- в епоху глобалізації формування знання, інфраструктури, технологій і, перш за все кадрів, що мають адекватні співвідно-

шення навичок та кваліфікації, потребує планування та інвестицій у відповідності до потреб, що змінюються в системі охорони здоров'я та в моделях організації системи обслуговування;

- інвестиції в кадрові ресурси охорони здоров'я також мають надзвичайну важливість, так як цей процес має наслідки не тільки для кожної держави-інвестора, але й для інших країн з причин активної міграції працівників охорони здоров'я. Міжнародне працевлаштування кадрів охорони здоров'я необхідно здійснювати із дотриманням принципів етики та солідарності між країнами та керуючись відповідними міжнародними документами та угодами;

- стимулювання наукових досліджень з проблем політики та систем охорони здоров'я, а також ефективного та ґрунтованого на дотриманні етичних норм використання інноваційних медичних технологій і препаратів – важливе завдання для всіх країн; для підвищення рівня інформаційного обґрунтування рішень, що приймаються, доцільно використовувати методики оцінки технологій охорони здоров'я.

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охороною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем стратегічного управління галузі. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем формування стратегічного управління системи охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- велике значення для управління мають міністерства охорони здоров'я, які визначають стратегічні цілі розвитку системи охорони здоров'я, мають повноваження і несуть відповідальність за законодавче забезпечення, регулювання і практичну реалізацію політики охорони здоров'я, а також за збір та аналіз інформації про здоров'я населення та його соціальні, економічні та екологічні детермінанти;

- міністерства охорони здоров'я повинні постійно сприяти ефективному відображенню інтересів охорони здоров'я в політиці, що проводиться всіма секторами народного господарства, з метою максимального поліпшення здоров'я людей;

– моніторинг та оцінка показників діяльності системи охорони здоров'я і збалансоване співробітництво зацікавлених сторін на всіх рівнях керівництва і управління має ключове значення в забезпеченні прозорості і підзвітності.

Проблемам вдосконалення методологічних підходів до вдосконалення систем управління охороною здоров'я була присвячена Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 року. В Хартії були визначені наступні основні положення роботи над вдосконаленням систем державного управління охороною здоров'я:

– для досягнення бажаного рівня здоров'я населення в рамках системи громадської охорони здоров'я необхідно розробити комплекс відповідних адміністративно-управлінських механізмів та інфраструктур;

– окремі заклади охорони здоров'я повинні мати максимально можливу самостійність в управлінні своїми ресурсами за умови дотримання принципів, що забезпечують функціонування справедливої і ефективної системи надання медичної допомоги;

– необхідно всіляко сприяти розвитку управлінської ланки, заохочуючи здатності окремих осіб очолювати роботу, проводити переговори і підтримувати контакти, а також створюючи відповідні структури, що дозволяють надавати населенню медичну допомогу більш ефективним і раціональним чином;

– навчання на основі досвіду;

– необхідно заохочувати обмін досвідом, проведення реформ охорони здоров'я і підтримку реформаторських ініціатив на національному та міждержавному рівнях;

– підтримка повинна бути заснована на базі ретельно перевірених знань про реформи охорони здоров'я, в якій належна увага повинна приділятися і правильно оцінюватися особливості надання медичної допомоги в країнах з різними культурними, національними та соціально-демографічними умовами [36].

Значним інституційним доробком в справі розвитку сучасних систем охорони здоров'я було представлення та затвердження в Амстердамі у 1994 році Європейської Хартії прав пацієнтів. Ця Хартія є основою для ратифікації відповідних документів в усіх

країнах Європейського Союзу [34]. Хартія визначає чотирнадцять основних прав пацієнтів:

1. Право на профілактичні заходи;
2. Право на доступність;
3. Право на інформацію;
4. Право на згоду;
5. Право на свободу вибору;
6. Право на приватність і конфіденційність;
7. Право на повагу часу пацієнтів;
8. Право на дотримання стандартів якості;
9. Право на безпеку;
10. Право на інновації;
11. Право на запобігання, наскільки це можливо, страждань і болю;
12. Право на індивідуальний підхід до лікування;
13. Право на подачу скарги;
14. Право на компенсацію.

Основні положення цієї хартії базувались на положеннях, що були вперше задекларовані в Парижі у 1953 році в Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу та стосувались питань і прав у сфері медичної допомоги репатрійованих осіб, мігрантів, що особливо важливим є для європейського регіону на теперішній час [30].

Головним документом останнього часу, який визначає інституційні основи розвитку системи охорони здоров'я, є розроблена Європейська політика «Здоров'я – 2020». Вона була затверджена на сесії Європейського регіонального бюро ВООЗ у 2012 році всіма 53 членами цієї організації. Ця політика є всеохоплюючим документом, спрямованим на покращення здоров'я громадян Європейського Союзу. В статті В.В. Шафранського «Європейська політика «Здоров'я – 2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів» подано детальний аналіз впливу цього документу на напрями реформування системи охорони здоров'я [35]. Наведемо підсумкову таблицю цього автора щодо цільових орієнтирів цієї Політики (див. табл. 2.5).



Таблиця 2.5.

Регіональні цільові орієнтири Програми ЄС  
«Здоров'я – 2020» [37]

<b>Широкі цільові області політики «Здоров'я – 2020»</b>	<b>Цільові орієнтири</b>	<b>Зв'язок із стратегічними задачами політики «Здоров'я – 2020»</b>	<b>Зв'язок із стратегічними пріоритетами політики «Здоров'я – 2020»</b>
Тягар хвороб і фактор ризику	До 2020 року скоротити передчасну смертність населення Європи	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Вирішення найбільш актуальних проблем регіону, які стосуються неінфекційних та інфекційних хвороб
Здоров'я людей, благополуччя і детермінанти	Підвищити середню тривалість життя в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
	Скоротити несправедливості по відношенню здоров'я в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища

Продовження табл. 2.5.

	Підвищити рівень благополуччя населення в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
Процеси, стратегічне керівництво і системи охорони здоров'я	Загальне охоплення і право на здоров'я	Удосконалення лідерства і колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій
	Встановлення державами національних цільових орієнтирів	Удосконалення лідерства і колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем оздоровлення та формування здорового способу життя, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових; не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

### **2.3. Формування сучасних підходів щодо діяльності корпорацій як соціальних інститутів**

Усвідомлюючи складність поточної ситуації, що полягає в наявності широкого кола економічних, соціальних, екологічних проблем, вирішення яких вимагає активної участі органів державної влади, місцевого самоврядування, бізнесу та громадян, світове співтовариство дійшло до концепції сталого розвитку, що передбачає поєднання економічного зростання з забезпеченням соціальної захищеності населення, його здоров'я, підвищення якості життя та мінімізацією негативного впливу на навколишнє середовище.

Внеском великого бізнесу в сталий розвиток стала соціальна відповідальність корпорацій (СВК) – їх відповідальність за вплив своїх рішень та діяльності на суспільство й навколишнє середовище, що також передбачає надання зацікавленим сторонам («стейкхолдерам») повної та достовірної інформації.

Сутність та доцільність впровадження інституту соціальної відповідальності корпорацій як інструменту співпраці та партнерства держави і бізнес-середовища, засобу удосконалення системи соціально-трудових відносин в період системної трансформації економіки є предметом активних дискусій в наукових, суспільних та бізнес-колах. Провідні міжнародні організації (ООН, Міжнародна організація з сертифікації, Світовий Банк, ЮНЕСКО та ін.) реалізують різноманітні дослідницькі проекти в цій області. Проблематика функціонування системи корпоративного управління в цілому та соціальної відповідальності корпорацій зокрема посідає важливе місце в дослідженнях зарубіжних (Ю. Благова, А. Берлі, Г. Боуена, М. Ван Марревік, Н. Джакобі, К. Девіса, Т. Дональдсона, П. Дракера, А. Керолла, Г. Мінза, Дж. Муна, Д. Меттена, Л. Престона, Г. Фітча, У. Фредеріка, М. Фрідмана, Р. Фрімена, В. Якімця та ін.) та вітчизняних вчених: О.І. Амоші, А.Є. Гладченка, В.А. Євтушевського, Д.Г. Лук'яненка, А.С. Поважного, В.С. Пономаренка, І.Л. Сазонця, О.М. Ястремської та ін. [39].

Сьогодні все більше корпорацій приходять до розуміння того, що для успішного ведення бізнесу недостатньо приділяти увагу виключно фінансовим аспектам діяльності. Нарощування соціального

капіталу та активна позиція компанії в галузі корпоративної соціальної відповідальності не тільки формують її позитивний імідж, а й зміцнюють довіру акціонерів, інвесторів та інших зацікавлених сторін.

Соціальна відповідальність корпорацій – це соціально-економічний інститут, що функціонує як відкрита система взаємодії корпорації та її стейкхолдерів і сприяє скороченню трансакційних витрат, розв'язанню конфлікту інтересів та набуттю корпорацією стійких конкурентних переваг шляхом використання соціально відповідального інвестування, соціальної звітності, соціального партнерства, дивідендної політики та корпоративних комунікацій [28]. Доволі важливим для розбудови цього інституту в Україні є вивчення, узагальнення та адаптація передового світового досвіду. В цьому контексті доцільно розглянути перший з інструментів соціальної відповідальності корпорацій – соціально відповідальне інвестування, адаптувавши найкращу світову практику такої діяльності до вітчизняних умов господарювання та запропонувавши основні засади його удосконалення та розвитку.

Останнім часом інвестори все більше усвідомлюють важливість нефінансових факторів у формуванні капіталізації. При цьому вони мають можливість зробити внесок у стійкий розвиток через соціально відповідальне інвестування (СВІ), метою якого є не тільки отримання доходу на вкладені кошти, а й створення позитивних соціальних змін, зменшення негативного впливу на навколишнє середовище та відповідність етичним нормам.

СВІ – це процес здійснення компанією обраної лінії соціальної відповідальності, що проводиться на основі використання виділених соціальних інвестицій переважно на користь основних груп стейкхолдерів, а також місцевого співтовариства в регіоні діяльності корпорації.

Соціальні інвестиції бізнесу – це матеріальні, технологічні, управлінські або інші ресурси, а також фінансові кошти корпорації, що спрямовуються за рішенням керівництва на реалізацію соціальних програм, розроблених з врахуванням інтересів основних внутрішніх і зовнішніх зацікавлених сторін в надії, що в стратегічному відношенні компанією буде отриманий певний соціальний та економічний ефект [28].

СВІ на фондових ринках почало розвиватися в 1960-х роках і впродовж наступних 20 років більшою мірою відповідало поняттю «етичне інвестування», яке в подальшому стало лише напрямом соціально відповідального інвестування. Реакція громадянського суспільства на етичні проблеми була імпульсом для розвитку СВІ в США. Знаковою подією стало заснування в 1971 році фонду PAX World, який відмовився від інвестицій в компанії, що одержували доходи від війни у В'єтнамі. Саме тоді в США були розроблені Принципи Саллівана, які закликали до відмови від інвестицій в компанії, що вели діяльність у ПАР і тим самим підтримували існуючий там режим апартеїду.

Стурбованість громадянського суспільства європейських країн з приводу проблем, пов'язаних з правами людини та практикою трудових відносин, зумовила інтеграцію соціальних критеріїв в процес прийняття інвестиційних рішень. Таким чином, в 1980-х роках почався перехід від поняття «етичного інвестування» до поняття «соціально відповідального інвестування». В 1990-х роках концепція сталого розвитку і гіпотеза про зміну клімату отримали міжнародне визнання. У зв'язку з цим поняття СВІ включило в себе й екологічний аспект.

Після гучних корпоративних скандалів на початку 2000-х років, таких як банкрутство Enron і WorldCom, регулятори фондових ринків стали приділяти особливу увагу питанням корпоративного управління. Зокрема, в 2002 році в США був прийнятий Закон Сарбейнса-Окслі, який висував вимоги до емітентів щодо внутрішнього контролю, управління та розкриття інформації. Інвестори також стали уважніше ставитися до корпоративного управління емітентів, перетворивши його в один з напрямків СВІ [12].

За останні 40 років СВІ еволюціонувало від одиничних практик етичного інвестування до окремого сегмента фондового ринку зі своїми учасниками та інфраструктурою.

З моменту заснування PAX World Fund в 1971 році коло інвесторів, що використовують методи СВІ, значно розширилося. У розвинених країнах сформувалися групи інституціональних та індивідуальних інвесторів, які дотримуються усталених напрямків, критеріїв і методів СВІ.

До інституціональних інвесторів в сегменті соціально відповідальних інвестицій відносяться фінансові інститути, що інвестують власні кошти, страхові компанії та пенсійні фонди, а також інвестиційні банки (компанії), які здійснюють управління активами юридичних осіб, включаючи церкви, громадські організації та навчальні заклади.

У ролі каталізаторів розвитку СВІ виступили пенсійні фонди. Так, в 2000 році у Великобританії, а потім і в інших країнах ЄС та в США були внесені зміни в пенсійне законодавство, відповідно до яких пенсійні фонди зобов'язані розкривати ступінь своєї участі в СВІ (наприклад, Державний фонд Норвегії зобов'язаний «уникати інвестицій, які пов'язані з неприйнятним ризиком щодо того, що фонд буде сприяти неетичній поведінці, в тому числі порушенню фундаментальних гуманітарних принципів, серйозним порушенням прав людини, корупції чи істотному негативному впливу на навколишнє середовище») [20].

Індивідуальними інвесторами в сегменті СВІ є інвестиційні компанії, що представляють інтереси фізичних осіб, або самі фізичні особи, які є професійними учасниками фондового ринку.

Найбільш популярною формою здійснення СВІ індивідуальними інвесторами є пайові інвестиційні (взаємні) фонди. В 2010 році в Європі було 879 взаємних фондів СВІ, в управлінні яких знаходилося біля 75 млрд євро, в США – 250 взаємних фондів, в управлінні яких знаходилося біля 316 млрд дол. США [15,17]. З 2002 по 2009 рік в Європейському Союзі зросла кількість країн, що в перелік обов'язкової статистичної звітності заклали і відомості щодо обсягу соціально відповідальних інвестицій: якщо в 2002 році – це 8 країн, то за результатами 2009 року доступна статистика СВІ вже по 14 країнам ЄС, крім того, обсяг соціальних інвестицій за цей період зріс майже в 14,83 рази.

Відомі декілька форм реалізації соціальних програм, популярними при цьому є традиційна благодійність і соціальне інвестування, або венчурна філантропія. Переваги соціально відповідального інвестування порівняно з традиційною благодійністю полягають в тому, що соціальне інвестування – це довгостроковий інтерес, що передбачає:

інтеграцію цілей основної діяльності та стратегії соціальних програм;

стратегічний підхід до розробки та реалізації соціальних програм; випереджаючу ініціативу корпорації з розробки та реалізації соціальних програм;

інвестицією є не лише грошова й натуральна допомога, добровільна праця та фінансова участь співробітників корпорації, але й ресурси партнерів (органів влади та місцевого самоврядування, некомерційних організацій, інших компаній тощо);

рушійною силою є врахування інтересів партнерів за умови дотримання бізнес-вигоди для корпорації;

програми соціального інвестування є стійкими та економічно обґрунтованими на кшталт будь-яких інших бізнес-ініціатив;

пакет програм формується на основі принципів портфельного інвестування, що дозволяє поєднувати різні види соціальної діяльності.

Соціально відповідальне інвестування як процес розвивається в рамках науково-практичного напрямку – соціального партнерства, сутність якого полягає в налагодженні конструктивної взаємодії між трьома силами – державними структурами, організаціями та суспільством з метою вирішення важливої соціальної проблеми. Дієвість механізму обумовлена тим, що оскільки представники кожного сектора не можуть вирішити цю проблему самостійно, то об'єднавшись, вони цілком можуть це зробити. Таким чином в ідеалі соціальне партнерство – це взаємодія двох чи трьох секторів для вирішення соціальних проблем, що є вигідно як кожній зі сторін, так і населенню території, де воно реалізується [24].

Соціальні інвестиції, класифіковані за об'єктами інвестування та за ступенем впливу на корпорацію та суспільство, можуть бути поділені на три групи: перша група – соціальні інвестиції, що прямо впливають на дохід корпорації та опосередковано – на суспільство, друга група – ті, що прямо впливають як на дохід корпорації, так і на суспільство в середньостроковому та довгостроковому періоді, третя – інвестиції, що прямо впливають на корпорацію та визначені фокус-групи (табл. 2.6).



Таблиця 2.6.

Види соціальних інвестицій та їх вплив на взаємовідносини  
«корпорація – суспільство»

Ступінь впливу	Види інвестицій
Прямий на дохід корпорації Опосередкований (через ринок товарів і послуг) на суспільство	інвестиції у виробництво якісних товарів і надання якісних послуг
	інвестиції в розвиток виробництва (включаючи сучасні та в необхідному обсязі капіталовкладення в основні засоби), підвищення економічної ефективності і конкурентоспроможності, інноваційний менеджмент
	інвестиції в розвиток персоналу
	інвестиції на підтримку й розвиток добросовісних ділових практик; своєчасна та в повному обсязі сплата податків та зборів
Прямий на корпорацію та суспільство (переважно в середньостроковому та довгостроковому періоді)	підвищення дивідендної прибутковості й своєчасна виплата дивідендів
	інвестиції в розвиток місцевого співтовариства на територіях перебування
	інвестиції в охорону навколишнього середовища
	надання грошової, матеріальної та іншої підтримки органам влади при вирішенні складних соціальних завдань (бідність, безробіття) та в надзвичайних обставинах
Прямий на корпорацію та визначені фокус-групи, проекти	інвестиції в реалізацію програм корпоративної філантропії та благодійництва

Формування портфеля СВІ базується на тих же підходах, що і формування традиційного портфеля цінних паперів, включаючи визначення інвестиційної політики, коротко- та довгострокових цілей, толерантності до ризику, а також розуміння завдань в процесі управління портфелем.

Завданням управління традиційним портфелем є досягнення оптимального балансу між ризиком і доходом впродовж певного періоду часу. При управлінні портфелем СВІ до цього додається завдання врахування соціальних, екологічних, етичних аспектів інвестування, а також практик корпоративного управління емітентів.

Методи СВІ доцільно поділити на дві групи: скринінг (відбір) об'єктів інвестування і вплив акціонерів. Вони доповнюють один одного, дозволяючи враховувати питання СВК на різних етапах інвестиційного циклу. Відбір об'єктів інвестування відбувається до покупки цінних паперів, а вплив акціонерів використовується при вже сформованому портфелі.

Основним методом СВІ є негативний скринінг або виключення. Як правило інвестори, керуючись етичними міркуваннями, виключають зі своїх портфелів цінні папери емітентів компаній з таких галузей, як алкогольна, тютюнова промисловість, азартні ігри, атомна енергетика.

До негативного також зараховують скринінг, заснований на принципах (нормах), що полягає у виключенні компаній, які не застосовують системного підходу в процесі дотримання принципів в області СВК, що містяться в Глобальному договорі ООН, «Цілях розвитку тисячоліття», основних конвенціях МОП, Керівництві ОЕСР для транснаціональних компаній, тобто виконують встановлені в цих документах правила та норми лише частково або час від часу, безсистемно [27].

З початку 1990-х років інвестори почали застосовувати позитивний скринінг – відбір компаній, які проводять активну соціальну політику, або впроваджують програми, що мінімізують негативний вплив їх господарської діяльності на навколишнє середовище. Найпоширенішим видом позитивного скринінгу є відбір паперів «кращих» компаній у своєму секторі (best-in-class), що дозволяє забезпечити диверсифікацію портфеля.

Також інституційні інвестори застосовують метод взаємодії, що полягає у використанні прав акціонерів для впливу на діяльність емітентів в області СВК. Взаємодія передбачає зустрічі з керівництвом корпорацій, голосування на загальних зборах акціонерів, підписання резолюцій акціонерів і спілкування зі ЗМІ. Відмінність цього методу від скринінгу полягає в тому, що взаємодія впливає не на вибір цінних паперів, а на поведінку емітентів при сформованому портфелі.

Діяльність вітчизняних корпорацій в царині розвитку людського потенціалу, місцевих громад територій базування виробничих

потужностей корпорації та допомоги малозабезпеченим верствам населення різняться: одні відкликаються на прохання регіональної та місцевої влади про допомогу в вирішенні певних проблем, перераховуючи кошти, яких потребує проект, або надаючи технічну чи іншу підтримку, інші, турбуючись про ефективність використання вкладених коштів, створюють і застосовують прозорі механізми соціального партнерства, організовуючи конкурентні схеми підтримки соціально-значимих проектів, укладаючи угоди про соціальне партнерство з місцевою владою, створюючи іменні фонди розвитку місцевих громад, деякі вивчають зарубіжні моделі соціальної відповідальності, корпоративного громадянства, намагаючись опанувати можливості побудови вітчизняних аналогів, розробляють і приймають кодекси корпоративної етики тощо.

В 2018 році в межах національного конкурсу «Найкращі практики корпоративної соціальної відповідальності» в окремих номінаціях нагороджені: «захист прав споживачів» – «Альфа-банк» з практикою клієнтоорієнтованості; «трудові відносини» – проект «10 %» компанії Terrasoft (міжнародна компанія) та Академія ДТЕК (українська компанія); «розвиток громад» – компанія «Данон» за практику об'єднання, підтримки і розвитку дрібних сільгоспвиробників України; «права людини» – Концерн «Галнафтогаз» (практика безбар'єрності); «охорона навколишнього середовища» – Одеський морський торговельний порт [22].

Серед вітчизняних корпорацій лідером в сфері соціальної відповідальності корпорацій є Група Компаній «Систем Кепітал менеджмент» (СКМ), яка в 2016 році вчетверте поспіль зайняла перше місце в рейтингу «Гвардія соціально відповідальних компаній» (проводиться журналом «Гвардія» видавничого дому «Галицькі контракти»). СКМ була заснована в 2000 р., володіє контрольними пакетами акцій більше 100 вітчизняних підприємств, на яких працюють близько 130 тис. осіб. Діяльність компанії сконцентрована в 6 основних сферах бізнесу: гірнича металургія, енергетика, фінанси, телекомунікації, ЗМІ та нерухомість. Основний обсяг інвестицій СКМ зосереджений в промисловому секторі економіки. Гірничо-металургійні та енергетичні підприємства, що входять в галузеві холдинги Метінвест і ДТЕК (компанії Групи СКМ), є

основним джерелом доходу Групи, більшість працівників Групи працюють саме на них, проте інвестиції в непромислові сектори економіки також є досить значними. Для забезпечення стійкого розвитку бізнесу компанія ухвалила рішення про подальшу диверсифікацію інвестиційного портфеля та розвитку бізнесу в нових сучасних галузях, до 2020 р. планується довести частку пост-індустріальних напрямів – фінансового, телекомунікаційного, медіа, нерухомості – з поточних 10 % до 30 %.

З 2005 р. керівництвом компанії розпочато реструктуризацію бізнесу з метою створення чіткої, зрозумілої та ефективної структури корпоративного управління, що відповідає світовим стандартам, створено наглядові ради для всіх галузевих холдингів, засновано профільні комітети при наглядових радах (наприклад, комітет з соціальної відповідальності, аудиту, з призначень і компенсацій, зі стратегії та інвестицій), а також системи внутрішнього аудиту й управління ризиками. Компанія розуміє стійкий розвиток як необхідність не тільки розвиватися самостійно, але й будувати відносини з іншими учасниками суспільних процесів, враховувати їх інтереси. В СКМ проведена внутрішня експертна оцінка та визначено коло ключових зацікавлених сторін, до яких відносяться: трудові колективи підприємств, територіальні громади, органи місцевого самоврядування регіонів базування підприємств Групи, органи державної влади, громадські організації, ЗМІ. По відношенню до цих груп СКМ взяла на себе наступні зобов'язання:

визначати та розуміти соціальні аспекти своєї діяльності, а також погляди й інтереси зацікавлених сторін;

враховувати та реагувати на потреби зацікавлених сторін;

звітувати про рішення, внутрішні та зовнішні дії компанії перед стейкхолдерами.

Компанія СКМ та підприємства групи визначають себе як соціально відповідальний бізнес, що прагне зробити внесок в побудову сильної та успішної України – рівноправного члена світового співтовариства. СКМ задекларовані наступні основні напрями СВК: відповідальність перед працівниками, охорона навколишнього середовища, розвиток місцевих громад, соціальне інвестування, спонсорство та благодійність. З 2005 р. компанія публікує звіти з

соціальної відповідальності, з 2007 р. вони готуються за стандартом GRI (використовується 21 показник результативності соціальної діяльності). Пріоритетними напрямками соціального інвестування компанії є: інвестиції в розвиток регіонів присутності, охорону праці та промислову безпеку, охорону навколишнього середовища, адресне благодійництво, за обсягами соціальних інвестицій на першому місці – інвестиції в охорону навколишнього середовища, що насамперед пов'язано з галузевою структурою основних видів діяльності групи (добувна та переробна промисловість, виробництво та розподіл електроенергії, газу та води), на другому місці – інвестиції в охорону праці та промислову безпеку.

Характерною особливістю підходу групи до СВК є і те, що адресне благодійництво з 2007 року розглядається як відокремлений напрям соціальної відповідальності, окремий проект та фонд Групи [16].

Група поважає право своїх співробітників створювати та вступати в професійні спілки та інші об'єднання з метою представлення своїх трудових та соціально-економічних прав й інтересів, формує довгострокові партнерські відносини з профспілковими організаціями, співробітниками, пенсіонерами, ветеранами підприємств та іншими зацікавленими особами. Захист трудових прав співробітників та їх професійних організацій, поліпшення умов праці й забезпечення соціальних гарантій регламентовані колективними угодами, що укладені на всіх підприємствах Групи компаній СКМ.

Тенденції сучасного етапу соціально-економічного розвитку країни (зокрема обмеженість державного фінансування соціальних витрат, звужене відтворення населення в переважній кількості регіонів, старіння населення та інші негативні демографічні процеси, підвищення рівня безробіття, погіршення умов життя населення, негативний вплив світової фінансової кризи на попит на національному та світовому ринках на продукцію вітчизняних виробників тощо) обумовлюють нагальну необхідність ініціювання з боку держави процедур соціального діалогу та співпраці з бізнес-співтовариством. Найефективніше активізація СВК може бути реалізована в рамках чітко окресленої державної політики, а в сфері соціальної відповідальності корпорацій її на сьогодні в країні не

існує, адже мінімальні законодавчі стимули до соціальної діяльності в Україні скасовані, договори про соціальне партнерство між місцевою владою та корпораціями підписуються переважно з метою підтримки контактів, отримання переваг першочерговості, підтримання іміджу корпорації, а інколи навіть з метою тіньового перерозподілу грошових потоків. Поеднання законодавчо закріплених стимулів до посилення соціальної відповідальності у вигляді зниження податку на прибуток, який спрямовується на благодійні цілі, пріоритетного права на вчинення визначених дій (участь в приватизаційних конкурсах, тендерах на державні закупівлі, інвестиційних проектах тощо), контролю за соціальною діяльністю корпорацій, який буде реалізовуватися у вигляді соціальних звітів корпорацій, соціального аудиту незалежними консалтинговими та фінансовими компаніями та координації, яку візьмуть на себе органи місцевої влади, дасть можливість побудувати ефективний організаційно-економічний механізм реалізації корпораціями своєї соціальної відповідальності перед зацікавленими особами та суспільством.

Відсутність єдиних стандартів та національної стратегії соціальної відповідальності й соціального діалогу, єдиної концепції соціальної відповідальності, єдиної бази даних по організаціям, які були сертифіковані за однією з міжнародних організацій з СВК (на сьогоднішній день це біля 10000 організацій), якщо не унеможливує, то значно гальмує функціонування інституту СВК. І навпаки, узгоджені дії в контексті соціального партнерства з підготовки, прийняття та впровадження такого роду формальних норм забезпечать оптимізацію соціальних, політичних та економічних реформ в Україні, коли будь-яка фізична чи юридична особа зможе взяти на себе відповідальність за зміни, які вона створює своєю діяльністю та продукцією.

Об'єктивні та суб'єктивні проблеми соціального інвестування пов'язані з інституційними причинами, як зовнішніми по відношенню до корпорації (громадськість поки що не готова до адекватного сприйняття інформації такого роду, а держава намагається використовувати її в своїх інтересах, експерти, партнери та інвестори потребують її лише епізодично, тому керівництво

корпорації переважно розкриває лише загальну інформацію про соціально відповідальне інвестування, не вдаючись в «ризиковані» для своєї діяльності деталі процесу організації відповідних фінансових потоків, ці недоліки пов'язані насамперед з недосконалістю існуючої моделі взаємодії бізнесу, суспільства та держави), так і внутрішніми (несформованість єдиного поняття соціальних інвестицій та СБІ, поєднання соціальних інвестицій і витрат, пов'язаних з основною діяльністю; переважно безсистемний підхід до соціально відповідального інвестування внаслідок відмінностей в цілях, що стоять перед різними центрами впливу корпорації; наявність різних, інколи конфліктуючих, правил бухгалтерського обліку зовнішніх і внутрішніх програм; відсутність загальноприйнятих стандартів публічної соціальної звітності вітчизняних компаній тощо).

З іншого боку, сучасними умовами господарювання формуються засади, що стимулюють корпорації до підготовки та розкриття інформації про соціальне інвестування, серед яких: нагальна необхідність оприлюднення проблем ведення бізнесу з метою спільного їх вирішення, формування позитивного іміджу корпорації та лояльної громадської думки, досягнення високого ступеня прозорості корпорації з метою подальшого виходу на міжнародні фондові ринки й співпраці з зарубіжними партнерами, інвесторами, експертами, розширення сфер діяльності тощо.

Однією з основних причин, що перешкоджає підвищенню рівня прозорості корпорацій в сфері соціально відповідального інвестування, є наявність потенційних конфліктів [13;18;19; 21], що можуть мати місце після розкриття інформації про соціальні інвестиції між такими групами стейкхолдерів, як: менеджери та інвестори; виробники й споживачі; корпорація та податкові органи; працівники корпорації й населення з низькими доходами; корпорація, влада та громадськість; одержувачі та розподілювачі соціальних інвестицій (зокрема топ-менеджери та рядові працівники корпорації; розподілювачі та одержувачі соціальних інвестицій; групи одержувачів соціальних інвестицій).

Існує ряд можливих шляхів вирішення цих конфліктів, які успішно застосовуються в діловій практиці, в тому числі:

створення некомерційних фондів з соціальними завданнями за рахунок власних коштів мажоритарних акціонерів (наприклад, фонд «Розвиток України» Групи компаній «Систем Кепітал Менеджмент»);

формування опікунських рад з широкою участю громадськості та експертів;

побудова конструктивних партнерських взаємовідносин з державою для створення ефективних норм і забезпечення контролю за виконанням соціальних зобов'язань всіма суб'єктами ринку.

Що ж стосується напрямів та заходів державного стимулювання СВК та соціально відповідального інвестування, то доцільно запропонувати наступні, поділивши їх на короткострокові, середньострокові та довгострокові (табл. 2.7).

Таблиця 2.7.

Заходи державного стимулювання соціальної відповідальності корпорацій

Напрями/ заходи	Короткострокові	Середньострокові	Довгострокові
Напрями	Доопрацювання механізмів податкових пільг на благодійництво	Підвищення привабливості соціально відповідального інвестування	Розробка Національної Програми стимулювання СВК
Заходи	Спрощення процедури розрахунку ПДВ в частині благодійності	Збільшення кількості та вагомості соціальної реклами	Адаптувати найкращу світову практику СВК
	Прийняття закону про зменшення бази для розрахунку податку на прибуток на розмір витрат на благодійність	Робота зі ЗМІ для оприлюднення програм СВК (часткова передача квот на публікації, корегування антимонопольного законодавства)	Переглянути та узгодити напрями й заходи стимулювання, визначити напрямки доопрацювання



Продовження табл. 2.7.

Напрями	Інформаційне партнерство та збільшення прозорості СВК	Удосконалення правових норм	Розвиток проектів співфінансування з бізнесом
Заходи	Започаткування конкурсів кращих практик та програм СВК, публікація рейтингів	Включення СВК в обов'язкові вимоги для участі в тендерах на державні закупівлі, інвестиційних проектах, приватизаційних конкурсах тощо	Розробка та впровадження проектів соціального партнерства між державою, бізнесом, місцевими громадами по фінансуванню заходів з охорони навколишнього середовища, розвитку місцевих громад території базування корпорацій
	Проведення конференцій спільно з бізнесом та громадянами	Встановлення обов'язковості визначення й формалізації прав та обов'язків сторін (роботодавців та трудового колективу, працівників) у внутрішньо корпоративних документах (статуті, колективному та трудовому договорі, контракті)	

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978),

Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни системи оздоровлення та формування здорового способу життя, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем залучення інших видів ресурсів крім фінансових;

не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

Таким чином, соціально відповідальне інвестування як інструмент КСВ, на відміну від спонтанних проявів спонсорства і благодійності, за рахунок своєї планованості, системності і тісного зв'язку з основною діяльністю корпорації, дозволяє збільшити вигоду як для останньої, так і для суспільства.

Економічний ефект від соціально відповідального інвестування зростає за високого рівня комунікаційної активності корпорації, спрямованої на висвітлення даного аспекту діяльності, проте в Україні сьогодні незначна кількість корпорацій демонструє високий рівень прозорості з цього питання, основними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, конфлікти інтересів різних груп стейкхолдерів. Для вирішення цієї проблеми необхідним є як активне просування ідей про переваги СВК і соціально відповідальне інвестування, так і впровадження ефективних стратегій управління взаємовідносинами зі стейкхолдерами.

## **Висновки до другого розділу**

В цілому, проблема соціального розвитку в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Отже, безперечним є її значний вплив на формування економічної політики країн. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності, які в той же час можна розглядати як нову форму експансії ТНК на глобальні ринки, поліпшення іміджу компаній, формування платоспроможного попиту на продукцію корпорацій, що в свою чергу спрямовано на зростання отримання прибутків. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин, побудови гуманного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи державного управління функціонують разом з глобальними інститутами та створюють нові інститути з метою регулювання цього процесу. Однак розгляд цих проблем з позицій концепції «економічного імперіалізму» дозволяє більш об'єктивно дослідити економічні стимули та потенційні прибутки в соціальній діяльності ТНК.

Все більш значним інститутом, що впливає на формування механізмів соціальної відповідальності корпорації, стають документи різних груп глобальних компаній. Так, група міжнародних лідерів бізнесу, в яку ввійшли 65 глобальних компаній, серед яких 12 американських, стільки ж британських, 5 японських, 3 німецьких, а також низка компаній з інших країн, взяла на себе відповідальність співпрацювати в сфері удосконалення своєї ділової практики і діалогу з іншими носіями процесу глобалізації у сприйнятті соціальної відповідальності у якості своєї стратегії при операціях в різних регіонах світу.

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності до медичних послуг всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, системи оздоровлення та формування здорового способу життя, систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових; не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

Соціально відповідальне інвестування як інструмент КСВ, на відміну від спонтанних проявів спонсорства і благодійності, за рахунок своєї планованості, системності і тісного зв'язку з основною діяльністю корпорації дозволяє збільшити вигоду як для останньої, так і для суспільства.

Економічний ефект від соціально відповідального інвестування зростає за високого рівня комунікаційної активності корпорації, спрямованої на висвітлення даного аспекту діяльності, проте в Україні сьогодні незначна кількість корпорацій демонструє високий рівень прозорості з цього питання, основними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, конфлікти інтересів різних груп стейкхолдерів. Для вирішення цієї проблеми необхідним є як активне просування ідей про переваги СВК і соціально відповідального інвестування, так і впровадження ефективних стратегій управління взаємовідносинами зі стейкхолдерами.

### **Список використаних джерел до другого розділу**

1. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. – М.: REFL – book, 1997. – 295 с.
2. Вольчик В.В. Возможности традиционного институционализма при исследовании институциональных изменений в экономике / В.В. Вольчик // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008 – Вип. 34-1. – С. 37-45.
3. Галабурда Н.К. Методология институционализма: осознание категориального аппарата / Н.К. Галабурда // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 24-30.
4. Гохберг О.Ю. Институализация як передумова конкурентоспроможності рекламного бізнесу / О.Ю. Гохберг // Торгівля і ринок України. – 2010. – № 30. – С.281-288.
5. Гриценко А.А. Институциональный империализм и его роль в развитии экономической теории / Гриценко А.А. // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 46-48.
6. Гриценко Е.А. Качество институтов: методологические подходы к исследованию / Е.А. Гриценко // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 56-61.
7. Дефорж С.Ю. Актуальные проблемы институализации транзитивной экономики / С.Ю. Дефорж, А.Н. Ключко // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна – 2008. – Вип. 34-1. – С. 112-115.
8. Клаузевиц К. «О войне». – М.: ЭКСМО, 2007. – 342 с.
9. Кокошин А.А. Размышления о технократии и технократах. – М.: УРСС, 2008. – 40 с.
10. Меркузе Г. Одномерный человек, Исследования идеологии развития индустриального общества / Пер. с англ. – М.: REFL – book, 1994. – 279 с.
11. Фомина Ю.А. Традиционный институционализм и неоинституционализм – объединение методологических позиций / Ю.А. Фомина // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 61-67.
12. Благов Ю.Е. Корпоративная социальная ответственность: эволюция концепции / Ю.Е. Благов. – СПб. : Изд-во «Высшая школа менеджмента», 2010. – 272 с.
13. Кузнецов В.С. Проблеми захисту прав акціонерів в Україні / В.С. Кузнецов // Матеріали науково-теоретичної конференції «Проблеми розвитку державних і місцевих фінансів» (м. Київ, 10–11 квітня 2003 р.). – К. : НДФІ, 2003. – С. 179-185.
14. Отчет о прогрессе внедрения принципов Глобального Договора ООН в 2006 году. – Режим доступа : <http://www.scm.com.ua>.

15. Отчет. Социальная ответственность: 2005 год (в двух частях). – Режим доступу : <http://www.scm.com.ua>.

16. Отчет об устойчивом развитии 2008–2009. – Режим доступу : <http://www.scm.com.ua>.

17. Отчет об устойчивом развитии «Систем Кэпитал Менеджмент» за 2009–2010 годы. Закладывая основу будущего. – Режим доступу : <http://www.scm.com.ua>.

18. Поважний А.С. Проблемы управления и организации деятельности акционерных обществ в Украине / А.С. Поважний. – Донецк : ИЭП, 2002. – 299 с.

19. Пономаренко В.С. Корпорації та інтегровані структури: проблеми науки та практики : монографія / В.С. Пономаренко, Г.В. Назарова. – Харків : ВД «ІНЖЕК», 2007. – 344 с.

20. Посібник для спостережень та виключення з інвестиційного простору Державного пенсійного фонду, прийнятий Міністерством фінансів Норвегії 1.03.2010 р. відповідно до Закону № 123 від 21.12.2005 р. (частина 7).

21. Сазонець І.Л. Корпоративне управління : навч. посіб. / І.Л. Сазонець, П.І. Сокуренько, Ю.В. Вдовиченко. – Донецьк : «Юго-Восток», 2007. – 372 с.

22. Сапрыкіна М. Впервые в Украине – выставка КСО проектов / М. Сапрыкина // CSR Review. – 2010. – № 7–8. – С. 13–14.

23. Фондовые рынки в контексте устойчивого развития «Эрнст энд Янг», 2011. – 24 с. – Режим доступу : <http://www.ey.com>.

24. Фінансовий та організаційно-інституційний механізми державного управління розвитком соціально-економічної інфраструктури : монографія / В.В. Дорофійенко, В.М. Гончаров, В.М. Лобас та ін. – Донецьк: СПД Купріянов В.С., 2010. – 220 с.

25. Якимец В.Н. Социальные инвестиции российского бизнеса: механизмы, примеры, проблемы, перспективы / В.Н. Якимец. – М. : Комкнига, 2005. – Т. 18. – С. 49–54.

26. Green, Social and Ethical Funds in Europe 2010 Review. – Vigeo. – Milan, 2010.

27. Pension Programme – Socially Responsible Investment Toolkit 2004–2005 // European Socially Responsible Investment Forum (Eurosif), Paris, 2004. – р. 18.

28. Socially Responsible Investing Facts // Social Investment Forum. – Режим доступу : <http://www.socialinvest.org/resources/sriguide/srifacts.cfm>.

29. Гладченко А.Ю. Дисипативна модель глобальної рівноваги та аменсалістичні властивості сучасної економіки / І.Л. Сазонець, А.Ю. Гладченко. – Рівне : Волин. обереги, 2017. – 212 с.

30. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу. – Електронний ресурс. Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_649](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649).

31. Алма-Атинська декларація. – Електронний ресурс. Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997\\_189](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_189).

32. Оттавська хартія по зміцненню здоров'я. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://boyarka-archive.csprg.info/2008/09/ponyattya-zdorov>.

33. Таллінська Хартія. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5501>.

34. Європейська Хартія прав пацієнтів. – Електронний ресурс. Режим доступу: [http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska\\_hartiya\\_prav\\_pacientiv.pdf](http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf).

35. Європейська політика «Здоров'я – 2020». – Електронний ресурс, Режим доступу: <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-1/6408>.

36. Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 року. – Електронний ресурс. Режим доступу: [http://respond.org.ua/files/attachments/Review%20of%20legislative%20and%20regulatory%20framework%20on%20QI\\_0.pdf](http://respond.org.ua/files/attachments/Review%20of%20legislative%20and%20regulatory%20framework%20on%20QI_0.pdf).

37. Шафранський В.В. Європейська політика «Здоров'я 2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів / В.В. Шафранський // Економіка і право охорони здоров'я. – №1(3). – 2016. – с. 44-47.

38. Сазонець І.Л. Пріоритети концепції «економічного імперіалізму» в дослідженні соціальної відповідальності транснаціональних корпорацій як формальних інститутів / І.Л. Сазонець // «Актуальні проблеми економіки». – 2014. – №4 (130). – с. 54-61.

39. Sazonets I.L. The usage of social responsible investment in the process of modern corporate governance/ I.L. Sazonets, O. Berezina // Dnipropetrovsk university journal. Series: World Economics and International Economic Relations. – 2012. – Spesial issue 4 (2).

40. Концепція глобальної рівноваги Медоуза. – Електронний ресурс. Режим доступу: Volume 20, p. 96-106. <https://uk.wikipedia.org/wiki>.

41. Ерохина Е.А. Теория экономического развития : системно-синергетический подход / Е.А. Ерохина. – Томск : Изд-во Томского университета, 1999. – 78 с.

### **РОЗДІЛ 3.**

## **СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

### **3.1. Проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів**

Сучасні реформи в економічному, соціальному житті країни зумовлюють докорінну переорієнтацію суспільства на вирішення поточних прав людини. Розвиток людини, її матеріальне благополуччя, духовне і фізичне здоров'я стають головною метою опікування держави та суспільства. Людиноцентрична модель розвитку сучасного українського суспільства та держави є різновекторною. Одним з головних векторів такої моделі є розвиток соціальної сфери, її переформатування та набуття дієвості у відповідності до нових ринкових механізмів господарювання. Особливо це стосується сфери охорони здоров'я.

Вирішення проблеми трансформації системи державного управління охороною здоров'я є одним з ключових аспектів сучасної моделі трансформації суспільного життя в Україні. Вирішення цих нагальних питань неможливо уявити без комплексного, послідовного аналізу трансформації всієї системи соціального забезпечення. Оскільки система охорони здоров'я не існує ізольовано, а спирається на такі важливі складові, як загальний добробут населення, можливості для відпочинку та оздоровлення, можливість займатися фізичною культурою та спортом та ін., необхідно розглядати систему соціального забезпечення, соціальну сферу як основу для забезпечення здоров'я нації.

Управління системою охорони здоров'я є складною багатоаспектною задачею, вирішення якої можливе тільки при об'єднанні зусиль державної центральної влади, місцевих органів державного управління, міжнародних організацій, інститутів громадянського суспільства, спеціалізованих вищих навчальних закладів. Після закінчення реформування система охорони здоров'я повинна залишатися не менш дієвою, ніж сьогодні за масштабами надання медичних послуг, але більш якісною, орієнтованою на сучасні медичні технології, обладнання, високу якість підготовки спеціалістів.



Незважаючи на велику кількість наукових та методичних досліджень у сфері медицини та охорони здоров'я, наукових досліджень саме з питань розвитку державної соціальної системи управління охороною здоров'я невелика кількість. Сучасні фахівці з різних галузей знань по-різному аналізують процеси управління в медичній сфері. Ці питання досліджують фахівці з медицини, соціальних наук, економічних наук, державного управління. Специфіка системи охорони здоров'я, високий рівень спеціальних знань, які потрібні для розуміння інноваційних процесів в цій сфері, спонукає до подальшого дослідження цих процесів, що мають носити більш комплексний, синтезований, мультидисциплінарний характер.

Вітчизняні науковці приділяли значну увагу вирішенню проблем, що стоять на шляху соціального розвитку країни. Основні напрями наукових досліджень за цією тематикою подано в таблиці 3.1.

Слід зазначити, що ряд науковців досліджує питання, що пов'язані з державним управлінням соціальним розвитком. До таких науковців слід віднести Алейнікову О.В., Жовнірчика Я.Ф., Залужну А.Є., Сиченко В.В., Шарого В.І. Ці вчені досліджували такі питання, як: соціальний розвиток в умовах реформування адміністративних систем, державне регулювання розвитку соціальних процесів, економіки регіонів та міжрегіональних економічних зв'язків: теорія, методологія, механізми, методологічні підходи до системи державного управління системою освіти як складовою частиною управління соціальною сферою, особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної соціальної політики в умовах трансформації українського суспільства, управління соціальним розвитком шляхом посилення культурологічної складової вищої освіти, управління соціально-культурною сферою та процесами виховання в сфері культури.

Сазонець І.Л., Сазонець О.М. аналізували соціальні процеси в країні з точки зору імплементації міжнародних норм, правил, підходів та діяльності міжнародних організацій, зокрема вони висвітлювали такі питання, як: корпоративна соціальна відповідальність, Глобальний договір ООН, цілі тисячоліття та їх реалізація в Україні, діяльність міжнародних організацій в управлінні людським розвитком та вдосконаленні соціальних процесів, порівняльна характеристика систем оплати праці в країнах світу.

Таблиця 3.1.

Наукові дослідження в сфері управління соціальним розвитком  
[складено автором]

№	Автори	Зміст наукової концепції
1.	Амоша О.І.	Соціальний розвиток трудових колективів підприємств, регіонів з високим рівнем техногенного навантаження та розвитком промисловості
2.	Алейнікова О.В.	Соціальний розвиток в умовах реформування адміністративних систем
3.	Безтелесна Л.І.	Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку
4.	Жиглей І.В.	Вдосконалення системи обліку соціальних процесів як складова частина корпоративної соціальної відповідальності та соціалізації суспільства
5.	Жовнірчик Я.Ф.	Державне регулювання розвитку соціальних процесів, економіки регіонів та міжрегіональних економічних зв'язків: теорія, методологія, механізми
6.	Залужна А.Є.	Управління соціальним розвитком шляхом посилення культурологічної складової вищої освіти, управління соціально-культурною сферою та процесами виховання в сфері культури
7.	Сазонець І.Л.	Корпоративна соціальна відповідальність, Глобальний договір ООН, Цілі тисячоліття та їх реалізація в Україні
8.	Сазонець О.М.	Діяльність міжнародних організацій в управлінні людським розвитком та вдосконаленні соціальних процесів, порівняльна характеристика систем оплати праці в країнах світу
9.	Сиченко В.В.	Методологічні підходи до системи державного управління системою освіти як складовою частиною управління соціальною сферою
10.	Шарий В.І.	Особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної соціальної політики в умовах трансформації українського суспільства
11.	Якімчук А.Ю.	Соціальні процеси як складова частина сталого розвитку
12.	Ястремська О.М.	Розвиток системи соціального інвестування, соціальні програми корпорацій, підвищення якості трудового життя

Інші вчені сконцентрувались на проблемах соціально-економічного характеру, що більше притаманні для України. До таких вчених слід віднести Амошу О.І., Безтелесну Л.І., Жиглей І.В., Якімчук А.Ю., Ястремську О.М. Ці науковці досліджували такі питання, як: соціальний розвиток трудових колективів підприємств, регіонів з високим рівнем техногенного навантаження та розвитком промисловості, соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку, вдосконалення системи обліку соціальних процесів як складова частина корпоративної соціальної відповідальності та соціалізації суспільства, соціальні процеси як складова частина сталого розвитку, розвиток системи соціального інвестування, соціальні програми корпорацій, підвищення якості трудового життя.

Система державного управління охороною здоров'я не працює ізольовано від інших ланок механізму управління соціальними процесами. Одним з головних інструментів забезпечення здоров'я населення на теперішній час в усьому світі стає цілісна система інститутів, що сформувались та функціонують в різних сферах суспільного життя, але й одночасно працюють на покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, рухової активності, збільшення тривалості активного життя. Сучасна наука визначає соціальний інститут (від лат. *institutum* – заклад, установа, устрій) – як сталий механізм самоорганізації спільного соціального життя людей, орган управління ними. Також соціальний інститут – це форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

У соціології соціальний інститут розглядається як:

1. певна сукупність установ, які відповідають соціальній структурі суспільства;
2. сукупність соціальних норм і культурних зразків, які визначають сталі форми соціальної поведінки і дії;
3. система поведінки відповідно до цих норм.

Якщо розглядати першу ознаку – сукупність установ, які відповідають соціальній структурі суспільства, то можна зазначити, що ця ознака притаманна формальним інститутам і як всі

формальні інститути, інститути сфери охорони здоров'я у своїй формальній сутності відстають від стрімкого розвитку суспільних відносин. Особливо це сьогодні помітно в Україні. Реформування соціальної структури суспільства довгий час не відображалось на структурі державної системи охорони здоров'я. Поява нових класів, соціальних груп, які потребували різних підходів у медичному забезпеченні, не приводила до адекватної трансформації системи. Медична реформа, що проводиться сьогодні, приводить до відповідності вимогам суспільства систему державного управління охороною здоров'я.

Якщо розглядати другу ознаку – сукупність соціальних норм і культурних зразків, які визначають сталі форми соціальної поведінки і дії, то можна відзначити, що ця ознака є притаманною для неформальних інститутів. В системі охорони здоров'я ми можемо побачити значний вплив нових соціальних норм та культурних зразків, які приходять до нас разом з процесами європейської інтеграції та все більшої відкритості нашого суспільства. Населення України, особливо молодь, все більше звільняється від шкідливих звичок, ставить за мету здоровий спосіб життя, заняття фізичною культурою та спортом, незважаючи на недостатній рівень матеріального забезпечення та можливості отримати відповідні послуги на платній основі.

Третя ознака – система поведінки. Ця ознака може відноситись як до формальних, так і до неформальних інститутів. Формально вводяться нові норми та правила, що обмежують тютюнопаління в громадських місцях, розпиття алкогольних напоїв. В приватних корпораціях внутрішніми регламентами заохочується здоровий спосіб життя, соціальні пакети містять в собі оплату процедур оздоровчого характеру, медичних послуг. В той же час ці дії є і неформальними. Не маючи регламентованих можливостей для отримання послуг рекреаційного, оздоровчого, медичного характеру люди самостійно у вільний час за власний кошт займаються фізичною культурою, не палять, менше споживають алкоголю.

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я досліджувався визначеним колом науковців, яке не є досить широким, у зв'язку зі специфікою об'єкта управління, дослідження якого потре-

бують одночасно професійних знань в сфері економіки, фінансів, державного управління та медичної системи. До науковців, що розглядали питання за цим профілем, слід віднести наступних (таблиця 3.2):

Таблиця 3.2.

Наукові дослідження в сфері реформування системи охорони здоров'я [складено автором]

№	Автори	Зміст наукової концепції
1.	Білинська М.М.	Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні
2.	Волянський П.Б.	Комплексний аналіз потреби в медичному захисті населення від наслідків надзвичайних ситуацій
3.	Домбровська С.М.	Розвиток системи медичних послуг як складової соціальної безпеки та оптимальний рівень соціального розвитку для макро-, мезо- і мікро-регіонів України
4.	Іванов Ю.Б.	Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні
5.	Карамишев Д.Ф.	Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів
6.	Куценко В.І.	Система управління медициною, що орієнтується на інвестиції в здоров'я, як важливий чинник інноваційної стратегії держави
7.	Ляховченко Л.А.	Актуальні питання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я: теорія та практика
8.	Марова С.Ф.	Теоретичне осмислення сутності та особливостей медичної послуги та визначення медичної послуги як товару медичного ринку
9.	Сазонець І.Л.	Механізми державного управління та концепція розвитку санаторно-курортних закладів в Україні
10.	Саричев В.І.	Організація та розвиток системи оздоровлення, рекреації, туристичної діяльності, застосування засобів фізичної реабілітації у вирішенні проблем людського розвитку
11.	Сафонов Ю.М.	Перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я

До науковців, що аналізували проблеми вдосконалення механізму державного управління системою охорони здоров'я, слід віднести Білинську М.М., Домбровську С.М., Сазонця І.Л., Саричева В.І. Це коло науковців аналізувало такі проблеми, як: державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні, розвиток системи медичних послуг як складової соціальної безпеки та оптимальний рівень соціального розвитку для макро-, мезо- і мікрорегіонів України, механізми державного управління та концепція розвитку санаторно-курортних закладів в Україні, організація та розвиток системи оздоровлення, рекреації, туристичної діяльності, застосування засобів фізичної реабілітації у вирішенні проблем людського розвитку.

Окремі проблеми, що пов'язані з функціонуванням системи охорони здоров'я на національному рівні, досліджували Волянський П.Б., Іванов Ю.Б., Карамішев Д.Ф., Куценко В.І. Результатом їх досліджень стало вирішення питань, що стосуються комплексного аналізу потреби в медичному захисті населення від наслідків надзвичайних ситуацій, особливостей фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, державних механізмів регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів, системи управління медициною, що орієнтується на інвестиції в здоров'я, як важливого чинника інноваційної стратегії держави.

Більш прикладні дослідження в сфері охорони здоров'я, що стосувалися безпосередньо лікувальних закладів, проводили такі вчені, як: Ляховченко Л.А., Марова С.Ф., Сафонов Ю.М. Результатом їх досліджень стало вирішення наступних питань: питання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я: теорія та практика, теоретичне осмислення сутності та особливостей медичної послуги та визначення медичної послуги як товару медичного ринку, перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я.

Останнім часом оприлюднюється значна кількість офіційних матеріалів, які стосуються модернізації системи охорони здоров'я. Зокрема, офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я повідомив про оприлюднення проекту Закону України «Про за-

твердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [1].

Проект спрямовано на:

– профілактику неінфекційних захворювань та формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки населення України, скорочення нерівності, проведення заходів, спрямованих на зниження основного тягара хвороб, посилення потенціалу системи охорони здоров'я;

– формування міжсекторального підходу для підвищення ефективності заходів з їх профілактики та формування здорового способу життя;

– оптимізацію організації та фінансування системи охорони здоров'я в межах виконання Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [13].

Останній пункт є дуже важливим, тому що незважаючи на велику соціальну значущість сфери охорони здоров'я рівень оплати праці в ній є найнижчий серед всіх видів діяльності в Україні (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3.

Середньомісячна номінальна заробітна плата штатних працівників за видами економічної діяльності (грн) [83]

Види діяльності	2010	2013	2014	2015	2016		
					усього	відсотків до	
						середнього рівня по економіці	2015
Усього	2239	3265	3480	4195	5183	100,0	123,6
Сільське, лісове та рибне гос-во	1472	2340	2556	3309	4195	80,9	126,8
Промисловість	2570	3763	3988	4789	5902	113,9	123,2
Будівництво	1758	2702	2860	3551	4731	91,3	133,3
Оптова та роздрібна торгівля, ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів	1877	3010	3439	4692	5808	112,1	123,8

Продовження табл. 3.3.

Транспорт, складське гос-во, поштова та кур'єрська діяльність	2658	3589	3768	4653	5810	112,1	123,8
Тимчасове розміщування й організація харчування	1455	2249	2261	2786	3505	67,6	125,8
Інформації та телекомунікації	3161	4599	5176	7111	9530	183,9	134,0
Фінанси та страхування	4638	6275	7020	8603	10227	197,3	118,9
Операції з нерухомістю	1856	2757	3090	3659	4804	92,7	131,2
Професійна, наукова та технічна діяльність	2869	4465	5290	6736	8060	155,5	119,6
Діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування	1839	2527	2601	3114	3995	77,1	128,3
Державне управління й оборона; обов'язкове соціальне страхування	2722	3702	3817	4381	5953	114,9	135,9
Освіта	1905	2700	2745	3132	3769	72,7	120,3
<b>Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги</b>	<b>1628</b>	<b>2367</b>	<b>2441</b>	<b>2829</b>	<b>3400</b>	<b>65,6</b>	<b>120,2</b>
Мистецтво, спорт, розваги та відпочинок	1928	3286	3626	4134	4844	93,5	117,2
Надання інших видів послуг	1717	2707	3361	3634	4615	89,1	127,0



Слід зазначити, що оплата праці в таких сферах, як інформація та телекомунікації, фінанси та страхування, професійна, наукова та технічна діяльність на 100-150 % вища, ніж в галузі охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги. Низький рівень заробітної плати спостерігається в таких галузях, як мистецтво, спорт, розваги та відпочинок, діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування, тимчасове розмішування й організація харчування, сільське, лісове та рибне господарство, однак він все рівно вищий, ніж в сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги. Слід визначити, що в динаміці у порівнянні 2016 року до 2015 року темпи росту заробітної плати в галузі охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги склали 120,2 %, в той час як в середньому за видами економічної діяльності зростання склало 123,6 %. До сфер економічної діяльності, які зростали за цей час ще більш повільними темпами, відносяться мистецтво, спорт, розваги та відпочинок – 117,2 %, фінанси та страхування – 118,9 %, професійна, наукова та технічна діяльність – 119,6 %. Однак рівень заробітних плат в цих сферах економічної діяльності все одно лишився більш високим.

Якщо поррахувати зростання рівня заробітних плат в різних видах економічної діяльності у 2016 році у порівнянні з 2010 роком, то в сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги спостерігається незначне зростання – 202 %, у той час у сфері операцій з нерухомістю – 258 %, будівництві – 269 %, сільському, лісовому та рибному господарстві – 284 %, інформації та телекомунікації – 301 %, оптова та роздрібна торгівля, ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів – 309 %. Усього за видами економічної діяльності відповідне зростання становить 231%. Така недооцінка значущості та впливовості галузі охорони здоров'я на розвиток країни в останнє десятиліття і призвела до вкрай низького рівня матеріального забезпечення працівників цієї сфери в теперішній час.

Низький рівень заробітної платі в галузі охорони здоров'я не є її єдиною проблемою. Так, Носулич Т.М. виокремлює наступні проблеми:

відсутність єдиної послідовної науково-обґрунтованої стратегії реформування галузі, домінування ситуативного підходу до управління;

безсистемність і стихійність упровадження платних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

низька ефективність механізмів контролю за цільовим використанням бюджетних і програмних коштів, а також позабюджетних надходжень, недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління;

недостатнє поширення практики співробітництва з неурядовими організаціями й іншими зацікавленими структурами за межами системи охорони здоров'я;

низька ефективність надання населенню якісної безкоштовної допомоги для відновлення і підтримки здоров'я в короткі терміни;

необхідність здійснення структурних перетворень в системі охорони здоров'я для збільшення обсягу і поліпшення якості медичної профілактики і допомоги;

необхідність поліпшення первинної медичної допомоги та лікарського забезпечення;

необхідність підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;

недостатня участь населення у вирішенні питань охорони здоров'я;

необхідність підвищення рівня кваліфікації медичних працівників (вдосконалення системи підготовки, перепідготовки, сертифікації, соціальний захист працівників охорони здоров'я від професійних ризиків) [2].

На основі аналізу проблем, що запропоновані Носулич Т.М., можна прийти до висновку, що їх можна розділити на три групи:

1. проблеми організаційного характеру, які необхідно вирішувати шляхом планового проведення реформ в цій галузі;

2. проблеми фінансового характеру, які мають об'єктивну основу – недостатній соціально-економічний рівень розвитку країни на сучасному етапі;

3. недостатнє інституційне забезпечення процесу, яке не орієнтується на кращі іноземні зразки і на співпрацю з власним населенням.

На парламентських слуханнях щодо ситуації в медицині та визначення напрямів медичної реформи були відзначені наступні проблеми інституційного характеру, що заважають створенню якісної системи охорони здоров'я в Україні:

складна економічна ситуація у державі, що пов'язана з наслідками світової фінансово-економічної кризи;

низький порівняно з розвинутими країнами Європи рівень добробуту населення;

значне поширення серед українців шкідливих звичок та відсутність в українському суспільстві культу здорового способу життя;

складна екологічна ситуація;

низька якість медичного обслуговування та нерівність громадян у доступі до послуг охорони здоров'я;

застаріла, неефективна модель фінансування системи охорони здоров'я, системи надання медичних послуг та хронічний фінансовий дефіцит у галузі [3].

Таким чином, визначено основні проблеми у сфері охорони здоров'я:

1) несприйняття медичної реформи населенням та лікарями, оскільки немає чіткого розуміння що відбувається та які зміни відбудуться в подальшому. Значний рівень пропаганди нових напрямів реформування системи охорони здоров'я може створити позитивний імідж для медичної реформи, але за умови поетапного переходу із врахуванням потреб соціально незахищеної категорії громадян;

2) велика вартість медичних послуг та неможливість у людей оплатити послугу відразу. Купівельна спроможність населення знижується останніми роками. Значна доля доходів сімей спрямовується на погашення комунальних платежів та на продукти харчування. Тому оплата ліків та медичних послуг стає все більше затратною з точки зору сімейного бюджету;

3) низька якість медичних послуг. В системі офіційно безкоштовної медицини, яка розрахована на масове споживання, неможливо забезпечити високу якість медичних послуг. Для цього необхідно вводити градацію лікарняних установ, визначати пріоритети в лікуванні та розвивати ринкові форми надання медичних послуг;

4) брак кваліфікованих медичних кадрів. Система вищої медичної освіти України завжди відрізнялася високим рівнем підготовки професіоналів для медичної сфери та підготовки наукових кадрів цієї галузі. Останнім часом у зв'язку із стрімким розвитком в провідних країнах світу науково-технічного прогресу в галузі медицини, великих державних та корпоративних інвестицій стрімко з'являються нове інноваційне обладнання для лікування, створюються нові високоефективні лікарські засоби, що неможливо наздогнати вітчизняній промисловості та вітчизняним науковцям в сучасних умовах. Тому все більше значення набуває перепідготовка та підвищення кваліфікації лікарів, спонсорська, грантова діяльність, що сприяє залученню у вітчизняну систему охорони здоров'я передових технологій;

5) проблеми доступу до служб медичної допомоги, особливо в сільській місцевості Цій проблемі приділяється підвищена увага. Великі сподівання в цьому контексті покладаються на поширення процесу добровільного об'єднання територіальних громад, яке повинно призвести до поліпшення соціальної інфраструктури сіл, будівництва кращих доріг, придбання транспортних засобів, залучення кадрів до сільської місцевості;

6) недостатньо серйозне ставлення до профілактики захворювань як з боку населення, так і державної влади. Таке ставлення з часом змінюється. Встановлення ринкових цін на медикаменти та медичні послуги призводить до більш дбайливого відношення людей до свого здоров'я та розкриває можливості для реалізації профілактичних заходів;

7) демографічне старіння населення. Старіння населення – це процес, який характерний для всіх європейських держав, але висока частка старих людей там досягається, головним чином, високою тривалістю життя, т.з. старіння «знизу», а в Україні – за рахунок зменшення кількості дітей, т.зв. «старіння згори». Він буде продовжуватись і надалі. Вікова структура населення України свідчить про регресивний тип відтворення поколінь: в ній нараховується понад 14,3 млн пенсіонерів, з них за віком – понад 10,3 млн осіб, за інвалідністю – понад 2,0 млн осіб. У розрахунку на 1000 жителів припадає понад 300 пенсіонерів. Відбувається

постійне скорочення економічно ефективної частини населення; частка людей у віці 15-24 р. – 15%, а 25-59 р. – 46,7% [4].

Важливими наслідками старіння населення, як відзначають західноєвропейські дослідники, є крім погіршення демографічних показників, ще й такі: зниження здатності до освоєння нових професій і застосування нових технологій, негативний вплив на ефективність виробництва, бо з віком величина зарплати збільшується, а продуктивність праці зменшується. Найголовнішим завданням, що стоїть у галузі поліпшення якісної структури населення, є створення можливостей для підвищення якості життя всіх людей, ефективного використання як працездатного населення, так і соціального, культурного і трудового потенціалу населення старшого віку. Всебічне вивчення соціально-економічних характеристик різних вікових груп людей, особливо професійної придатності, яка пов'язана із віком і досвідом, дасть можливість переглянути деякі негативні моменти, пов'язані із старінням людей [4];

8) брак фінансових ресурсів на розвиток медицини. Цей негативний фактор зумовлений важким соціально-економічним станом країни, військовими діями на Сході країни і він буде вирішуватися комплексно разом із відновленням економічної системи країни в цілому [6];

9) екологічні проблеми. Екологічні проблеми стоять дуже гостро перед нашою країною. Це обумовлено специфікою розвитку промислового потенціалу країни та окремими кліматичними умовами. Виділяють шість груп екологічних проблем: атмосферні (забруднення атмосфери: радіологічне, хімічне, механічне, теплове); водні (виснаження і забруднення поверхневих і підземних вод, забруднення морів і океанів); геолого-геоморфологічні (інтенсифікація несприятливих геолого-геоморфологічних процесів, порушення рельєфу і геологічної будови); ґрунтові (забруднення ґрунтів, ерозія, дефляція, вторинне засолення, заболочування тощо); біотичні (зменшення рослинності, деградація лісів, пасовищна дигресія, скорочення видової різноманітності тощо); комплексні (ландшафтні) – запускання, зниження біорізноманітності, порушення режиму природоохоронних органів. Комплексний підхід до вирішення цих проблем допоможе поліпшити і стан здоров'я населення в Україні [5];

10) економічна криза. Різке погіршення економічного стану країни, що виявляється в значному спаді виробництва, порушенні виробничих зв'язків, що склалися, банкрутстві підприємств, зростанні безробіття, і у результаті – в зниженні життєвого рівня, добробуту населення, в тому числі – в сфері охорони здоров'я [6]. Як відомо, кризові явища в першу чергу впливають на розвиток соціальної сфери країни. Тому подолання економічної кризи призведе до підйому галузей матеріального виробництва, фінансів і відповідно соціальної сфери та медицини зокрема.

### **3.2. Соціальні та медичні інституції в трансформації державної системи охорони здоров'я**

Аналіз сучасних процесів формування державної системи управління охороною здоров'я в Україні надає уявлення про комплексність та багатосторонність цього процесу. Безумовно головною ланкою системи державного управління системи охорони здоров'я в Україні є жорстка управлінська вертикаль управління від Міністерства охорони здоров'я до первинних ланок управління в районах та містах. Провідна роль в організації системи охорони здоров'я належить Міністерству охорони здоров'я. В той же час діяльність цього державного органу неможливо уявити без координації з міжнародними організаціями суто медичного та соціального страхування. Такі організації допомагають інтегрувати систему охорони здоров'я України в світову систему, імплементувати європейські та світові стандарти медичного забезпечення в Україні та вирішувати конкретні питання допомоги визначеному колу жителів України, які потерпають від дій на Сході України. Серед організацій, які в усьому світі відомі як організації суто медичної допомоги, але виконують і благодійні, миротворчі функції, є і офіційно зареєстровані в Україні. Так, серед міжнародних організацій такого спрямування діяльності, що офіційно зареєстровані в Україні, слід виділити Міжнародну федерацію товариства Червоного хреста і Червоного Напівмісяця, місію Міжнародного Комітету Червоного Хреста, Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Також в Україні працюють міжнародні організації соціального, гуманітарного спрямування, серед цілей діяльності яких присутні і заходи в сфері вдосконалення системи охорони здоров'я. До таких організацій необхідно віднести Міжнародну організацію міграції, Дитячий Фонд ООН ЮНІСЕФ, Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові.

Ці організації не тільки надають конкретну адресну допомогу окремим категоріям населення України, але й приймають участь в укладанні міжнародних договорів Україною з іншими державами, проводять навчання, тренінги, курси підвищення кваліфікації, що підвищує якість управлінського медичного персоналу та персоналу служб органів державного управління в системі охорони здоров'я, наближає Україну до сприйняття загальноцивілізаційних цінностей в гуманітарній сфері та наближає сферу надання медичних послуг до світових стандартів. Розглянемо більш детально діяльність окремих організацій.

Однією з головних світових фундацій, що працює в Україні, є Міжнародна федерація товариства Червоного хреста і Червоного Напівмісяця. Основна мета діяльності Товариства – захист життя людини, попередження та полегшення людських страждань під час збройних конфліктів, стихійного лиха, катастроф та аварій, надання допомоги медичній службі збройних сил і органам охорони здоров'я, сприяння органам державної влади України у їхній діяльності в гуманітарній сфері. Товариство Червоного Хреста України складається з організацій національного (центрального), регіонального, місцевого та первинного рівнів. До національного (центрального) рівня Товариства належить його виконавчий орган – Національний комітет Товариства Червоного Хреста України. До регіонального рівня Товариства належать обласні організації (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська тощо). Регіональні організації є складовою частиною Товариства і організаційно підпорядковані Товариству Червоного Хреста України та його Національному комітетові [7].

Український Червоний Хрест плідно співпрацює з 21 національним товариством зарубіжних країн, з якими укладені угоди про співпрацю, за фінансової підтримки міжнародних колег щороку виконує понад 20 гуманітарних програм. Товариство Червоного

Хреста України є одним з ключових розробників стратегії Міжнародного Руху Червоного Хреста по підготовці національних товариств до реакції на надзвичайні ситуації, спричинені ядерними, радіологічними, біологічними та хімічними факторами. Особлива увага приділяється співпраці з міжнародними організаціями і фондами (UNDP, UNICEF, UNFPA, ECHO, WFP, GIZ, WHO, UNHER тощо) для підтримки гуманітарних програм Товариства [7].

Усі складові Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця – Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Міжнародна Федерація Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, національні товариства – у своїй діяльності керуються наступними єдиними принципами: гуманність, неупередженість, нейтральність, незалежність, добровільність, єдність, універсальність.

Основними напрямками діяльності Червоного Хреста в Україні є: патронажна служба, навчання навичкам первинної допомоги, санітарно-просвітницька діяльність, донорство крові, допомога постраждалим при надзвичайних ситуаціях, допомога внутрішньо переміщеним особам, загони швидкого реагування, служба розшуку, психосоціальна підтримка, мінна небезпека, міжнародне гуманітарне право (таблиця 3.4):

Таблиця 3.4.

Напрями та форми організації діяльності Міжнародної федерації товариства Червоного Хреста і Червоного Напівмісяця в Україні [7]

№	Напрямок діяльності	Форми організації
1.	Волонтерство	Регіональне охоплення: Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Київська, Тернопільська обл. Напрями діяльності: перша допомога, загони швидкого реагування, психосоціальна підтримка, робота з дітьми, міжнародне гуманітарне право
2.	Загони швидкого реагування	Реагування на надзвичайні ситуації, тренінги з першої допомоги, чергування під час масових заходів, марафонів, спортивних змагань, організація роботи пунктів допомоги, розвиток спеціалізованих напрямів діяльності



Продовження табл. 3.4.

3.	Психосоціальна підтримка	Внутрішньо переміщенні особи, діти внутрішньо переміщених осіб, члени сімей демобілізованих військовослужбовців, демобілізовані військовослужбовці
4.	Гуманітарна допомога	Багатодітні сім'ї, сім'ї із самотнім годувальником, люди віком 65 років і більше, місцеві жителі районів Донецької та Луганської областей на підконтрольній Уряду території
5.	Служба розшуку	Запити, розшукові справи, консультації
6.	Відновлення родинних зв'язків для нерегулярних мігрантів	Візити до пунктів тимчасового перебування, бесіди із затриманими, надання можливості зателефонувати, гуманітарна допомога
7.	Перша допомога	Підготовка тренерів, підвищення кваліфікації тренерів, підготовка нових інструкторів, підвищення кваліфікації інструкторів, виїзні тренінги для населення Донецької та Луганської областей, виїзні тренінги для військовослужбовців
8.	Патронажна служба	Догляд на дому, лікування та профілактика туберкульозу, доступ до медичних послуг і медикаментів, лікування та профілактика ВІЛ/СНІД
9.	Діяльність мобільних медичних бригад	Донецька та Луганська області, доступ фізичних осіб до медичних послуг та медикаментів, сприяння діяльності пунктів надання допомоги на контрольних пунктах в'їзду-виїзду в Станиці Луганській

Серед основних результатів роботи Червоного Хреста в Україні можемо визначити наступні: загальний бюджет організації, що працює в Україні, склав 249,9 млн грн, з яких: 50,61 % – фінансування за міжнародними програмами, 28,83 % – натуральна форма доходу, 7,75 % – гуманітарна допомога, 4,82 % – членські внески, 3,70 % – кошти місцевих бюджетів, 2,08 % – нецільові благодійні внески та пожертвування, 1,44 % – інші надходження.

В сфері волонтерської діяльності Червоний Хрест України поєднав у своїх рядах 2500 волонтерів, у п'яти областях України – Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Київська, Тернопільська – волонтери об'єднані у волонтерських центрах. Найпопулярнішими напрямками діяльності волонтерів є перша допомога, заgonи швидкого реагування, психосоціальна підтримка, робота з дітьми, міжнародне гуманітарне право. У 2017 році у волонтерському русі Червоного Хреста України відбулися наступні структурні зміни та найважливіші новації: створено підрозділ з розвитку волонтерства, членів громадської комісії з питань розвитку волонтерства та молодіжної політики включено до Правління Товариства, затверджено єдиний договір про впровадження волонтерської діяльності, розширено діяльність з розвитку волонтерства в районних центрах, розроблено проекти волонтерських профайлів товариства та інструкції з волонтерського менеджменту.

У 2017 році в складі Червоного Хреста України працювало 20 активних загонів швидкого реагування, які нараховували 453 активних члени. Організацією було проведено 6 регіональних навчань у Івано-Франківській, Сумській, Львівській, Вінницькій, Дніпропетровській та Київській областях, а також навчання в м. Києві. Основними задачами навчань були наступні:

- реагування на надзвичайні ситуації;
- тренінги з першої допомоги;
- чергування під час масових заходів, марафонів, спортивних змагань;
- організація роботи пунктів допомоги;
- розвиток спеціалізованих напрямів діяльності.

Завдяки діяльності організації у 2017 році 1549 осіб отримали першу допомогу і 1000 отримали страхове покриття, в т.ч. всі волонтери на Сході України.

Загальна кількість осіб, що отримали психосоціальну підтримку, складає 12685 осіб, серед яких 3257 осіб – внутрішньо переміщені особи, 3985 осіб – діти внутрішньо переміщених осіб, 3253 особи – члени сімей демобілізованих військовослужбовців, 2190 осіб – демобілізовані військовослужбовці.

Важливою складовою діяльності Червоного Хреста в Україні є надання гуманітарної допомоги. Загальна вартість наданої гуманітарної допомоги за 2014–2017 роки склала 702,8 млн грн. Допомогу було надано – 529,7 млн грн – для внутрішньо переміщених осіб, 86,3 млн грн – медикаменти та обладнання для лікарень, 86,9 млн грн – реалізація інших цільових проектів і програм. За той же час були реалізовані наступні благодійні проекти і програми: 203,52 млн грн – продуктові ваучери, набори, грошова допомога, 97, 71 млн грн – мобільні медичні бригади, 78,55 млн грн – будматеріали та відновлення будівель, 77,71 млн грн – психосоціальна підтримка, 26,5 млн грн – підтримка для розвитку власної справи, 19,06 млн грн – фарм- і гігієнічні ваучери, предмети гігієни. Новацією в діяльності організації стала грошова підтримка для розвитку власної справи у формі надання грошового гранту у розмірі 26500 грн для розвитку домогосподарства. 166 осіб отримали такі гранти, з них 129 – внутрішньо переміщені особи. До категорій отримувачів гранту відносяться: багатодітні сім'ї, люди віком 65 і більше років, місцеві жителі Донецької та Луганської областей на підконтрольній уряду території.

Важливою соціальною складовою діяльності організації є активна діяльність служби розшуку. У 2017 році розглянуто 3426 запитів, відкрито 892 нових розшукових справи, надано 2955 консультацій, продовжується робота по 1671 розшуковій справі. Розшук закрито по 952 розшуковим справам, з яких 363 – позитивно, 420 – негативно, за 169 надано роз'яснення та рекомендації. Для здійснення розшуку надіслано 5435 запитів.

З метою виконання «Програми з відновлення родинних зв'язків для нерегулярних мігрантів, затриманих в Україні» протягом 2017 року у двох пунктах тимчасового перебування іноземців у містах Чоп і Мукачеве було здійснено 63 візити до пунктів тимчасового перебування іноземців, проведено 299 бесід із затриманими, 264 мігранти здійснили телефонні дзвінки рідним для відновлення родинних контактів, 110 осіб з числа найбільш вразливих затриманих мігрантів отримали гуманітарну допомогу на загальну суму 10000 грн.

В системі патронажної служби реалізується проект «Догляд на дому». Проект охоплює 30 населених пунктів. В складі учасників – 44 патронажні сестри і 270 бенефіціарів. 146 посад патронажної служби в областях фінансуються з місцевого бюджету за підтримки партнерів. Основні напрямки діяльності у сфері охорони здоров'я та опіки наступні: догляд на дому, лікування та профілактика туберкульозу, доступ до медичних послуг та медикаментів, лікування та профілактика ВІЛ/СНІД.

Крім цих видів діяльності, Червоний Хрест в Україні проводив активну діяльність в сфері розбудови системи надання першої підтримки, діяльності мобільних медичних бригад, облаштування та роботи пунктів надання допомоги на контрольних пунктах в'їзду-виїзду в Станиці Луганській, посилював міжнародні зв'язки, працював із соціальними медіа, популяризував у країні міжнародне гуманітарне право.

Ще однією міжнародною організацією є місія Міжнародного Комітету Червоного Хреста. Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МКЧХ) є неупередженою, нейтральною та незалежною організацією, цілі й завдання якої мають виключно гуманітарний характер і полягають в тому, щоб захищати життя й гідність людей, які постраждали через збройні конфлікти та інші ситуації насильства, і надавати їм допомогу. Поширюючи та укріплюючи гуманітарне право й універсальні гуманітарні принципи, МКЧХ докладає усіх зусиль, щоб запобігти стражданню людей. МКЧХ, заснований у 1863 р., стоїть біля витоків Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. МКЧХ надано повноваження здійснювати свою діяльність в країнах, що постраждали від збройних конфліктів та інших ситуацій насильства. МКЧХ присутній у більш ніж 80 країнах, де працює майже 13000 співробітників. Більш ніж 300 співробітників працюють в Україні в офісах у Києві, Слов'янську, Северодонецьку, Маріуполі, Донецьку, Луганську та Одесі [8]. Основними напрямками діяльності Місії Червоного Хреста в Україні є:

- допомога найуразливішим категоріям населення в подоланні економічних труднощів;
- підтримка системи охорони здоров'я;
- поліпшення житлових умов та відновлення інфраструктури;

- робота в якості нейтрального посередника;
- пошук зниклих безвісті осіб;
- поширення поваги до медичних установ та медичних працівників;
- захист цивільного населення;
- захист людей від мін та боєприпасів, що не розірвалися;
- співпраця з товариством Червоного Хреста України [8].

Основні напрямки та форми роботи Міжнародного Комітету Червоного Хреста подані в таблиці 3.5:

Таблиця 3.5.

Напрями діяльності та форми роботи МКЧХ в Україні [8]

№	Напрямок діяльності	Форма роботи
1.	Відновлення житла і водопостачання	Придбання хімреактивів для очистки питної води, ремонт головних інфраструктурних об'єктів, доставка питної води населенню, встановлення пунктів першої допомоги, утримання контейнерів для сміття, зон відпочинку, біотуалетів у зонах переходу Станиці Луганської, допомога домогосподарствам у налагодженні побуту, будівництво нових будинків на місці зруйнованих, будівельні матеріали для ремонту шкіл і дитячих садочків, облаштування додаткового обладнання в лікарняних закладах
2.	Економічна безпека	Продуктові набори та предмети гігієни для громадян, предмети побуту для бенефіціарів соціальних установ, грошова допомога для малозабезпечених громадян та домогосподарств, допомога господарствам в натуральному вигляді, паливо для домогосподарств, грошова допомога сім'ям військовослужбовців
3.	Підтримка охорони здоров'я	Надання витратних матеріалів закладам охорони здоров'я, медикаменти для хворих, обладнання на донорські пункти, психологічна підтримка, курси психологічної підтримки
4.	Відновлення сімейних зв'язків	Запити про пошуки рідних, організація перевезення, матеріальна допомога родинам зниклих безвісті

Продовження табл. 3.5.

5.	Відвідування затриманих	Відвідання затриманих представниками МЧХ, сприяння в звільненні затриманих, матеріальна допомога полоненим, облаштування місць утримання під вартою, повідомлення від утриманих до рідних, проведення семінарів щодо практик утримання полонених та виконання покарань
6.	Турбота про загиблих	Участь у ексгумації тіл, технічне обладнання моргів, допомога сім'ям на поховання загиблих, тренінги та інформаційні заходи щодо ідентифікації останків, пошуку зниклих безвісті, ремонт судово-медичних закладів, матеріали та реагенти для ДНК-лабораторій
7.	Мінна небезпека	Встановлення попереджувальних знаків, семінари щодо поводження з вибухонебезпечними предметами, плакати на буклети з мінної небезпеки, навчання населення з вибухової небезпеки, співпраця з ДСНС
8.	Забезпечення норм міжнародного громадянського права (МГП)	Проведення семінарів для офіцерів ВСУ, ознайомлення з місією та цілями МКЧХ, започатковано та підтримується діяльність Центру із вивчення МГП, семінари для СБУ, ДПСУ з міжнародних норм і стандартів правоохоронної діяльності, навчальні сесії для СБУ та Національної гвардії з питань застосування сили та вогнепальної зброї, круглі столи щодо ведення військових дій спільно з Генеральним штабом

В сфері підтримки охорони здоров'я у 2017 році організацією було передано 353 000 картриджів та флаконів інсуліну для хворих на цукровий діабет. Для 300 хворих було передано в лікарняні установи комплекс препаратів для гемодіалізу. 145 медичних закладів України отримали набори ліків. У банки крові передано 80 000 систем для тестування крові. Працівниками організації проведено 165 сеансів психотерапії для членів сімей пропавших безвісті. 1221 особа пройшли курси надання психологічної допомоги.

Організація активно займається матеріальною допомогою. У 2017 році 86 800 осіб отримали 375 000 продуктивних наборів (17 кг кожен, загальною вагою 6 400 т). 86 300 осіб отримали необхідні предмети гігієни (мило, пральні порошки, шампунь). 35 000 осіб у 109 соціальних установах, в т.ч. закладах освіти, медичних установах, будинках для літніх людей отримали від МКЧХ необхідні предмети побуту, засоби гігієни, постільну білизну, кухонне обладнання тощо. 13 700 осіб отримали місячну грошову допомогу на загальну суму 56 176 000 грн для забезпечення своїх основних потреб. 3 800 домогосподарств отримали грошову допомогу на загальну суму 31 000 000 грн на поліпшення житлових умов взимку. 18 500 домогосподарств отримали змогу відновити/утримувати свої господарства завдяки корму для тварин, теплицям, насінню, обладнанню та інструментам для відновлення поголів'я худоби, що були надані МКЧХ. 6 851 тон вугілля та 5 500 м. куб. дров було передано по обидві сторони від лінії зіткнення 3 660 домогосподарствам, а також 12 500 особам, що проживають у соціальних закладах. 39 сімей, чії родичі були поранені або загиблі унаслідок конфлікту, отримали грошову допомогу на загальну суму 321 000 грн у рамках програм підтримки цивільного населення.

Крім цих потужних програм Міжнародний комітет Червоного Хреста активно проводить соціально-медичні заходи в усіх перерахованих вище сферах.

Важливою міжнародною інституцією, що має своє представництво в Україні, є Міжнародна організація з міграції (МОМ). Головними завданнями цієї організації в Україні є робота в таких сферах:

- протидія торгівлі людьми;
- управління міграцією та кордонами;
- міграція та розвиток;
- сприяння культурному різноманіттю та інтеграції мігрантів;
- медичні послуги та подорожня допомога мігрантам;
- допомога громадянам, які зазнали наслідків конфлікту [9]

(див. таблицю 3.6).

Таблиця 3.6.

Напрями діяльності та форми роботи МОМ в Україні [9]

№	Напрями діяльності	Форми роботи
1.	Протидія торгівлі людьми	Попередження та запобігання, надання підтримки правоохоронним органам, захист та реінтеграція, партнерство
2.	Управління міграцією та кордонами	Розробка комплексної системи управління міграційними процесами та кордонами, зміцнення потенціалу державних органів, що відповідають за міграцію, участь у підготовці міжнародних угод між Україною та країнами ЄС, допомога в удосконаленні процесів реалізації безвізового режиму, моніторинг становища мігрантів
3.	Міграція та розвиток	Сприяння добробуту мігрантів, розкриття потенціалу трудової міграції, економічна інтеграція мігрантів шляхом надання мікрокредитів підприємцям
4.	Сприяння культурному різноманіттю та інтеграції мігрантів	Участь у мережі міжнародних організацій з цього питання, популяризація культурного різноманіття. Виготовлення соціальної реклами, робота у соціальних мережах, аудіо-та відеоролики
5.	Медичні послуги та подорожня допомога мігрантам	Оцінка стану здоров'я мігрантів з України в інші країни світу, оцінка стану здоров'я біженців, сприяння фізичному, психічному, соціальному благополуччю мігрантів, вирішення медико-санітарних проблем мігрантів
6.	Допомога громадянам, які зазнали наслідків конфлікту	Покращення можливостей самозабезпечення та самозайнятості переміщених осіб, тренінги із само зайнятості, мікропідприємництва та профорієнтації, соціальне згуртування населення у місцевих громадах, тренінги із соціального згуртування, розвиток інфраструктури у зонах переселення та повернення, гуманітарна допомога в зоні конфлікту, національна гаряча лінія для переміщених осіб



Оцінка стану здоров'я є основною послугою, яку МОМ надає у галузі охорони здоров'я мігрантів в Україні. Вона здійснюється з метою переселення, міжнародного працевлаштування, заявки на участь у конкретних програмах допомоги мігрантам або для отримання тимчасової або постійної візи. Наразі Представництво МОМ в Україні здійснює оцінку стану здоров'я для Австралії, Канади, Нової Зеландії, Сполучених Штатів Америки та Великої Британії.

З початку діяльності МОМ в Україні в 1997 році медичний відділ Представництва МОМ в Україні надав послуги з оцінки стану здоров'я понад 210 000 мігрантів та близько 55 000 біженців. У відповідь на прохання країн МОМ співпрацює з медичними закладами, лабораторіями і рентгенівськими кабінетами у Києві та Львові з метою забезпечення надання ефективних, індивідуальних та якісних послуг у великих містах України. У контексті оцінки стану здоров'я МОМ в Україні передбачає інші додаткові послуги, такі як лікування, консультування, медико-санітарна просвіта, імунізація та медичний супровід.

Представництво МОМ в Україні, крім здійснення оцінки стану здоров'я для врегульованих мігрантів, сприяє фізичному, психічному і соціальному благополуччю мігрантів і мобільних груп населення незалежно від їхнього правового статусу.

Крім того, МОМ активно підтримує стратегії та політики на основі фактичних даних, необхідні для більшого охоплення питань охорони здоров'я у сфері міграції та розробки ініціатив. Вирішуючи питання медико-санітарних потреб мігрантів, МОМ покращує здоров'я мігрантів, захищає здоров'я громадян у всьому світі, сприяє інтеграції мігрантів, їх соціальному та економічному розвитку.

Представництво МОМ в Україні надає допомогу мігрантам, яких зараховано до програм переселення, допомагає в евакуації українців із конфліктних зон та сприяє реінтеграції українських громадян, які добровільно повертаються з Канади та країн Європи.

Представництво МОМ в Україні також надало логістичну допомогу більш ніж 620 особам, які їдуть до Данії, Фінляндії, Норвегії, Швеції та Австрії в рамках програм з переселення, що фінансуються урядами відповідних країн.

2012 року МОМ у співпраці з Міністерством закордонних справ України евакуювала близько 150 українців, переважно жінок та дітей, із охопленої війною Сирії. Раніше МОМ сприяла евакуації громадян України та інших держав із Лівії.

З 2003 року Представництво МОМ в Україні надає реінтеграційну допомогу українським громадянам, які добровільно повертаються з-за кордону через брак законних підстав для перебування в іншій країні чи через інші причини. Наразі МОМ допомагає українцям, що повертаються з таких країн, як Італія, Польща, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Великобританія, Швейцарія, Ірландія, Словацька Республіка, Латвія, Естонія, Греція, Норвегія, Данія, Фінляндія та Грузія. Послуги МОМ включають допомогу в аеропорту та із подальшим подорожуванням, за потреби – короткострокове розміщення, професійне навчання та допомогу із започаткуванням дрібного бізнесу [9].

В Україні активно працює Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові. УВКБ ООН, Агентство ООН у справах біженців, – це глобальна організація, яка присвячує свою діяльність порятунку життів, захисту прав та побудові кращого майбутнього для біженців, вимушено переміщених громадян та осіб без громадянства. Починаючи з 1950 року, УВКБ ООН координує міжнародні зусилля, спрямовані на захист людей, змушених полишати свої оселі через конфлікт або переслідування. Організація надає таким особам життєво необхідну допомогу: житло, продукти харчування, воду, а також захищає їхні фундаментальні права [10].

Починаючи з 2014 року, УВКБ ООН тісно співпрацює з Урядом України та громадськістю у відповідь на нову проблему вимушеного переміщення 1,6 мільйона внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зі сходу України та Автономної Республіки Крим. УВКБ ООН в Україні надає особам під своєю опікою правову, матеріальну та соціальну підтримку самостійно та у партнерстві з іншими міжнародними та місцевими організаціями. УВКБ ООН зосереджує свою діяльність на захисті прав і свобод ВПО, покращенні умов їхнього життя та знаходженні для них довгострокових рішень.

УВКБ ООН надає найбільш вразливим постраждалим від конфлікту особам ковдри, постільну білизну, рушники, кухонні набори та інші товари в рамках програми невідкладної допомоги. Ці базові товари для домогосподарства є важливими, адже допомагають задовольнити невідкладні потреби та зменшити рівень вразливості у довгостроковій перспективі. Починаючи з 2014 року, УВКБ ООН надало постраждалому від конфлікту населенню 300 000 одиниць непродовольчих товарів.

Протягом зими 2017–2018 рр. УВКБ ООН у співпраці з партнерами надавало допомогу у вигляді непродовольчих товарів: зимовий одяг, вугілля для опалення, а також грошові гранти на зимові потреби. Загалом понад 16 600 вразливих осіб, які проживають поблизу лінії розмежування на сході України, отримали допомогу від УВКБ ООН в рамках підготовки до зими. 7413 осіб отримали вугілля для опалення, 8365 осіб – зимові куртки або інший зимовий одяг, а 843 особи отримали грошові гранти на зимові потреби. Також УВКБ ООН у рамках співпраці з Державною прикордонною службою України провело роботи з утеплення КПВВ на лінії розмежування [10].

Протягом останніх років в Україні активно працює Представництво Дитячого Фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ). Організація постійно збільшує масштаби своєї підтримки Уряду України у створенні програм з охорони здоров'я, харчування, освіти та захисту для дітей. ЮНІСЕФ відстоює права дітей на допомогу та виступає за пріоритетність дій, направлених на допомогу найбільш знедоленим дітям та родинам, що опинились у кризових ситуаціях. Визнаючи, що добробут дітей тісно пов'язаний із станом матерів, ЮНІСЕФ також працює заради покращення здоров'я, освіти та захисту прав матерів в Україні [11].

Представництво ЮНІСЕФ в Україні продовжує реалізацію програми, що відображає прагнення країни досягти Цілей розвитку тисячоліття. Ці цілі включають захист материнства, зменшення дитячої смертності, зупинення поширення ВІЛ/СНІДу й туберкульозу, захист вразливих категорій і сприяння гендерній рівності.

Програма співпраці з Урядом України, яка тривала з 2012 року по 2015 рік, складалася із чотирьох компонентів:

- адвокація, інформація та соціальна політика;
- ВІЛ/СНІД, діти та молодь;
- захист дитини;
- здоров'я та розвиток дитини [11].

В Україні працює Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я. На теперішній час найбільш актуальними питаннями діяльності ВООЗ в Україні є:

1. Ознайомлення з положеннями політики Здоров'я-2020 різних зацікавлених сторін з усіх секторів;
2. Аналіз ситуації в країнах крізь призму політики Здоров'я-2020;
3. Реалізація загальнодержавного підходу і принципу залучення всього суспільства;
4. Вплив на соціальні детермінанти справедливості в питаннях охорони здоров'я, гендеру та прав людини;
5. Здійснення політики Здоров'я-2020 на основі національних і субнаціональних заходів політики, стратегій і планів охорони здоров'я;
6. Зміцнення потенціалу і служб громадської охорони здоров'я;
7. Зміцнення моніторингу та оцінки;
8. Практичне застосування нових концепцій і фактичних даних;
9. Інтегровані підходи до реалізації чотирьох пріоритетних напрямків політики Здоров'я-2020 [12].

Підводячи підсумки аналізу впливу діяльності міжнародних організацій, що працюють в сфері охорони здоров'я, на систему державного управління системою охороною здоров'я, необхідно визначити наступне:

- інституційний вплив на систему охорони здоров'я в Україні створюється організаціями, що мають суто медичне спрямування діяльності та організаціями, що мають соціальне та гуманітарне спрямування;
- всі міжнародні організації, що працюють в Україні в цьому напрямку, надають конкретну адресну матеріальну та моральну допомогу особам, що її потребують особисто, або шляхом співпраці з соціальними або медичними установами;

– основою діяльності таких організацій в Україні є волонтерський рух та інші форми організації роботи, які не потребують виділення додаткових коштів з державного бюджету;

– важливою формою впливу міжнародних організацій на розвиток системи охорони здоров'я в Україні є проведення тренінгів, консультацій, навчань для представників різних ланок системи охорони здоров'я, соціальних служб, силових структур, пенітенціарної служби;

– в Україні відсутні власні неурядові та громадські організації такого спрямування, що за масштабами діяльності можуть бути співставними з міжнародними фундаціями. Гуманітарна та соціальна діяльність шляхом залучення неурядових та громадських організацій стрімко розвивається в Україні. Проте масштабне реформування системи охорони здоров'я може бути проведено на основі співпраці з глобальними інституціями медичного та гуманітарного профілю;

– головною функцією Представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні слід визначити її вплив на трансформацію системи управління охороною здоров'я України, побудову нової національної системи управління охорони здоров'я, що базується на загальноприйнятих світових стандартах і підходах та має потужну матеріальну базу, що побудована на досконалому механізмі фінансування.

### **3.3. Визначення проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні**

Стан системи охорони здоров'я залишався практично незмінним до останнього часу. Сьогодні прийнято низку законодавчих актів та нормативних документів, що наближають систему охорони здоров'я України до світового зразку, роблять її більш соціальною та одночасно ставлять на ринкові рейки господарювання. В основу медичної реформи покладено фундаментальні підходи соціального забезпечення громадян, можливостей розширеного відтворення робочої сили та гуманістичні підходи, що притаманні діяльності лікаря.

На теперішній час проблемі управлінні системою охорони здоров'я не присвячено достатньо уваги в наукових джерелах з економіки та державного управління. Слід визначити, що в університетах та наукових установах підготовлено підручники з організації медицини, які мають спрямованість на навчальний процес. Серед авторів, що присвятили дослідження темі державного управління в сфері охорони здоров'я, слід визначити І. Сазонця та Н. Солоненко. Матеріали, на які спирався автор при підготовці поданого дослідження, відносяться до існуючої законодавчої та нормативної бази. Крім того, при підготовці анкети стандартизованого інтерв'ю автор спирався на методологічні та науково-методичні підходи в дослідженнях соціальних процесів, що були розкриті у монографії Сазонець О.М., Саричева В.І. «Міжнародні організації в управлінні людським розвитком: глобалізаційний вимір», монографії Сазонця І.Л. «Фінансові механізми пенсійної системи України в умовах трансформації світової економіки», монографії Сазонця І.Л., Гладченка А.Ю., Гессена А.Є. «Соціально-економічні детермінанти глобальної рівноваги», монографії Безтелесної Л.І. «Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку», підручника Білінської М.М. «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні». Головною метою проведеного в цьому пункті роботи дослідження було виявлення найбільш дієвих шляхів та форм організації забезпечення прав громадян України на отримання медичної допомоги із застосуванням ринкових механізмів та в той же час високого ступеня їх соціальної захищеності шляхом надання якісної та доступної медичної допомоги.

З метою проведення дослідження було організовано опитування пацієнтів Рівненської обласної клінічної лікарні, що стосувалося виявлення шляхів реформування системи управління охорони здоров'я в Україні. В дослідженні приймали участь експерти, що працюють в Рівненській обласній клінічній лікарні. Всього було опитано 200 осіб – пацієнтів лікарні, серед яких осіб, що отримали вищу освіту – 143, що складає 71 % експертів. Серед експертів – працівники, що мають великий стаж роботи, але не мають вищої освіти – закінчили коледж. Така категорія складає 48 осіб, або 25 %

від загальної кількості опитуваних. 18 осіб мають середню освіту, що складає 4%. За кваліфікаційною ознакою 26 осіб працюють в сфері менеджменту, що складає 13 % від загальної кількості опитуваних, 22 особи – в сфері економіки, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, 21 особа – мають інженерну спеціальність, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, 19 осіб – педагоги, що складає 10 % від загальної кількості опитуваних, 8 осіб – філологи, що складає 4 % від загальної кількості опитуваних, 4 особи – лікарі, що складає 2 % від загальної кількості опитуваних.

За віковою структурою серед опитуваних превалюють досвідчені фахівці. Вікова група 44-65 років складає найбільшу кількість опитуваних – 65 осіб, або 33 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 25-44 роки складає 60 осіб, або 30 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 16-25 років налічує 31 особу, що складає – 16 %, а найстарша вікова група – 65 та більше років налічує 44 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних. На жаль в дослідженні не проводилось вивчення думок респондентів про основні проблеми медичної галузі у розрізі відповідно до вікової структури, але можна побачити, що основний склад респондентів складають досвідчені особи.

Перший пункт анкети (рис. 3.1) було присвячено визначенню пріоритетів в формуванні системи державного управління охороною здоров'я. Перелік цих пріоритетів визначався виходячи з авторського дослідження праць провідних вчених України та практики проведення медичної реформи України. Таким чином, у дослідженні відображається узагальнена думка не тільки експертів, але й наукової громадськості. До пріоритетів у цій сфері опитування віднесли наступні: п. 1.8. – «підтримка закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.4. – «підхід до охорони здоров'я та фізичної культури як процесу, що має самостійну цінність, як до важливої складової загальної культури людства, а не лише як до умови покращення продуктивних здібностей людей» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.5. – «визначення високої значущості невикористаної активності жінок у

суспільстві та підвищення їх статусу» – 34 особи, що складає 17 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.11 – «поліпшення здоров'я населення засобами фізичної культури та спорту» – 22 особи, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних.

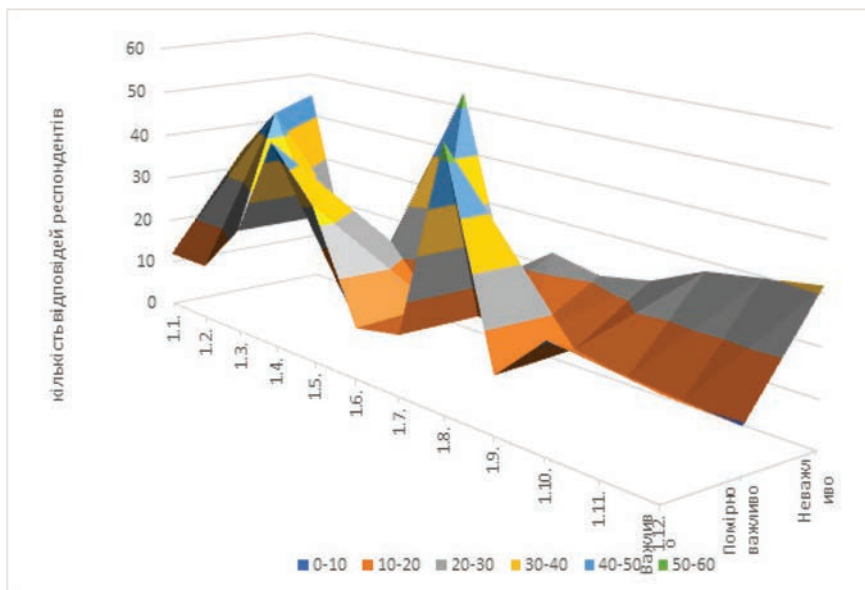


Рис. 3.1. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритети в формуванні системи державного управління охороною здоров'я?»

Найменшу кількість позитивних відповідей «важливо» по цьому питанню зібрали такі варіанти відповідей, як 1.6 – «надання пріоритетності тим секторам, які сприяють підвищенню якості життя, не впливаючи, однак, безпосередньо на виробництво доходу (оздоровлення населення, фізична культура, житлове будівництво. Охорона навколишнього середовища, санітарія, тощо)», п. 1.1. – «акцентування уваги на активності людей як суб'єктів процесу розвитку економіки та держави», п. 1.2. – «увага не лише до реальних, або потенційних працівників, а до всіх людей загалом, включаючи непрацездатних», п. 1.9. – «розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності».



Можливо пріоритетність у відповідях великою мірою залежала від професійного складу експертів, їх віку, соціального стану, але в цілому ці відповіді сприймаються як професійна оцінка фахових спеціалістів.

Друге питання анкети стосувалося національних та міжнародних інституцій, які впливають на систему охорони здоров'я України. Серед таких інституцій експерти визначили наступні (рис. 3.2): п. 2.18. – «міжнародні спортивні організації» – 86 осіб, що складає 43 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.17. – «Всесвітня організація охорони здоров'я» – 81 особа, що складає 41 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.15. – «Всесвітня організація інтелектуальної власності» – 73 особи, що складає 37 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.14 – «міжнародна організація праці» – 68 осіб, що складає 34 % від загальної кількості опитуваних. Найменше впливають на систему охорони здоров'я в Україні за відповідями експертів п. 2.11 – «Церква», п. 2.9 – «Армія», п. 2.10 – «Правоохоронні органи». В даному пункті анкети експерти давали позитивні відповіді на питання, що стосувалися більше міжнародних організацій, ніж проявляли довіру до національних інституцій та Уряду. Відповіді, що пов'язані з великим впливом організації інтелектуальної власності, необхідно вважати помилковими.

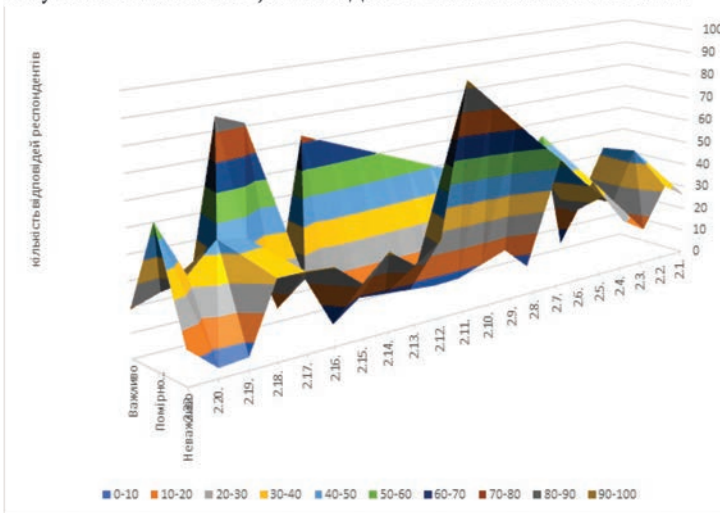


Рис. 3.2. Відповіді респондентів на запитання «Які з наведених нижче інституцій найбільше впливають на системи охорони здоров'я?»

Наступне питання анкети стосувалося ступеню важливості вирішення таких проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я (рис. 3.3). До найбільш важливих проблем, що потребують вирішення для підвищення рівня управління системою охорони здоров'я в Україні, респонденти віднесли – п. 3.1. – «недостатність розвитку фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що ускладнює розвиток недержавних комерційних форм охорони здоров'я» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 3.2. – «необхідність суттєвого удосконалення нормативного та правового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я в Україні» – 24 особи, що складає 12 % від загальної кількості опитуваних, п. 3.5 – «складність отримання доступу до послуг системи охорони здоров'я» – 21 особа, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних.

До пунктів, що набрали найменшу кількість відповідей «важливо» слід віднести п. 3.3. – «зростання рівня фінансового навантаження на працездатне населення України по утриманню непрацездатних, пов'язане із погіршенням демографічної ситуації» та п. 3.4. – «недостатність пропозиції державного фінансування системи охорони здоров'я».

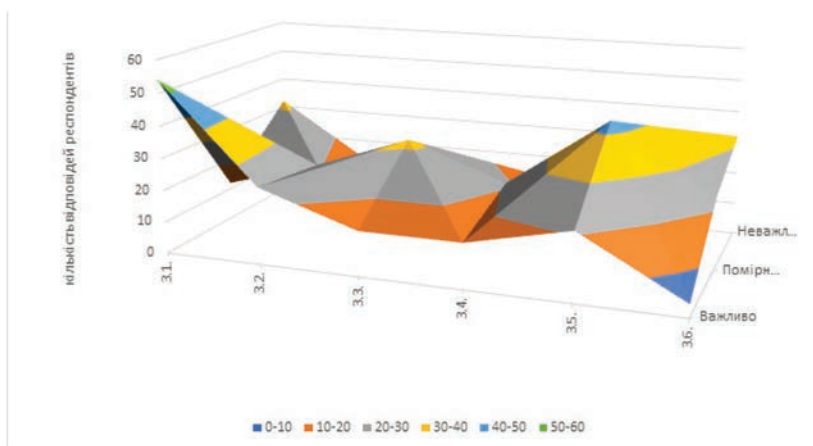


Рис. 3.3. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, ступінь важливості вирішення таких проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я»

Наступне питання анкети стосувалося виявлення труднощів, які перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту. Це питання було запропоновано експертам у зв'язку зі спорідненістю галузей охорони здоров'я та фізичної культури, тому проблеми, що потрібно вирішувати в цих сферах, є тотожними. Фізична культура, як і охорона здоров'я, відноситься до найважливіших напрямів розвитку соціальної сфери і соціального забезпечення (рис. 3.4).

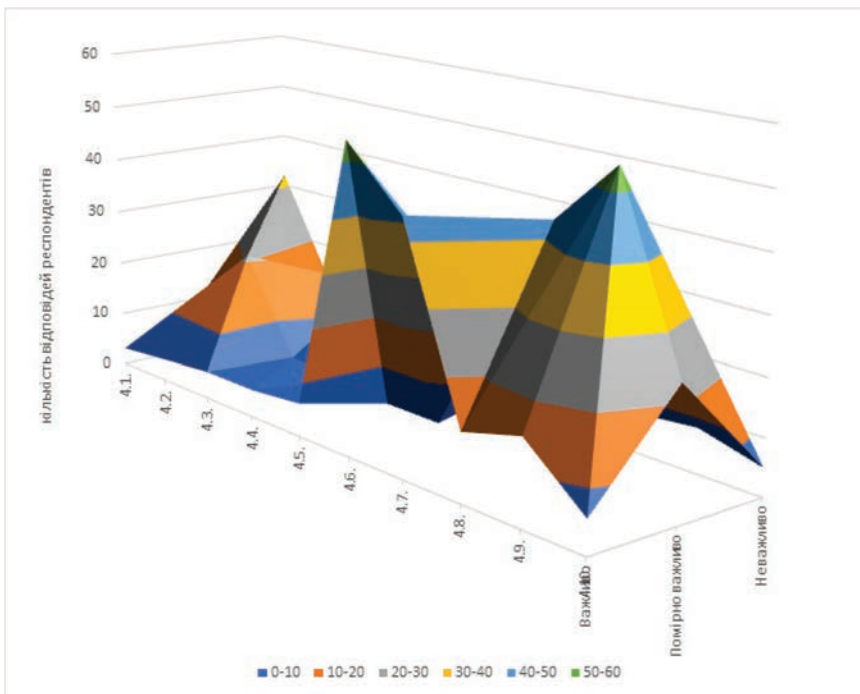


Рис. 3.4. Відповіді респондентів на запитання «Які труднощі, на Вашу думку, найбільше перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту як передумови здорового способу життя?»

До пунктів, що набрали найбільшу кількість відповідей як важливі відносяться наступні – п. 4.6. – «обмеженні матеріальні ресурси населення» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 4.7. – «відсутність кваліфікованих тренерів-інструкторів у спортивних організаціях» – 44 особи, що складає

22 % від загальної кількості опитуваних. По цьому питанню був великий відсоток відповідей в категорії «помірно важливо» – п. 4.9 – «обмежене фінансування з боку держави» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних та п. 4.8 – «недостатній рівень запровадження міжнародного досвіду» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних. До пропозицій, що набрали найбільшу кількість «неважливо» відносяться: п. 4.1. – «проблеми законодавчого характеру» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних та п. 4.3. – «недостатній рівень підтримки з боку центральної влади» – 15 осіб, що складає 6 % від загальної кількості опитуваних.

До групи питань, які стосувалися соціальних сфер, що наближені до системи управління охороною здоров'я, слід віднести і наступне питання: «Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я» (рис. 3.5). Останнім часом в нашій державі та нашому суспільстві багато робиться для людей з вадами здоров'я, обмеженими можливостями, тому експерти дуже добре орієнтувалися в цьому питанні і надали кваліфіковані відповіді. До найбільш важливих проблем, які виникають з придбанням товарів або наданням послуг такою категорією людей, експерти визначають: п. 5.3 – «спеціалізоване лікування в стаціонарі» – 56 осіб, що складає 28 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.4 – «відвідування занять лікувальної фізкультури» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.1 – «медичні препарати» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних. До «помірно важливих» експерти віднесли п. 5.9 – «автомобіль» – 21 особа, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.8 – «медичне обслуговування вдома» – 20 осіб, що складає 10 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.7 – «працевлаштування» – 19 осіб, що складає 20 % від загальної кількості опитуваних, пункт 5.6 – «здобуття освіти», що складає 10 % від загальної кількості опитуваних.

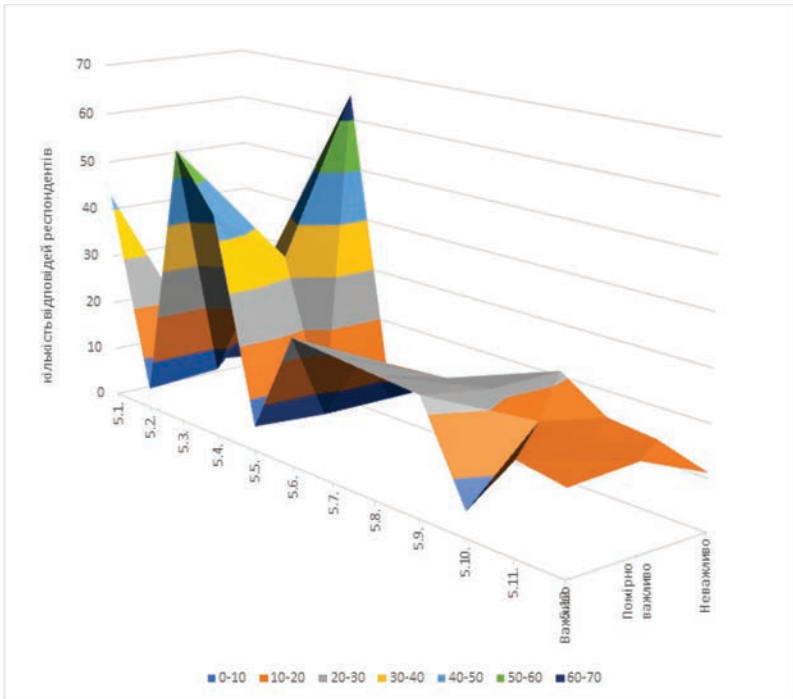


Рис. 3.5. Відповіді респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я»

Відповідаючи на шосте запитання анкети щодо оцінки важливості окремих передумов формування системи охорони здоров'я в Україні, експерти визначили наступні важливі пріоритети: п. 6.4 – «підвищення санітарної культури населення» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.3 – «ефективна охорона навколишнього середовища» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.6 – «поліпшення профілактичної роботи» – 33 особи, що складає 17 % від загальної кількості опитуваних (рис. 3.6).

Серед пунктів відповідей на це питання до «неважливих» експерти віднесли п. 6.2 – «поліпшення медико-демографічної ситуації» та п. 6.5 – «формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту».

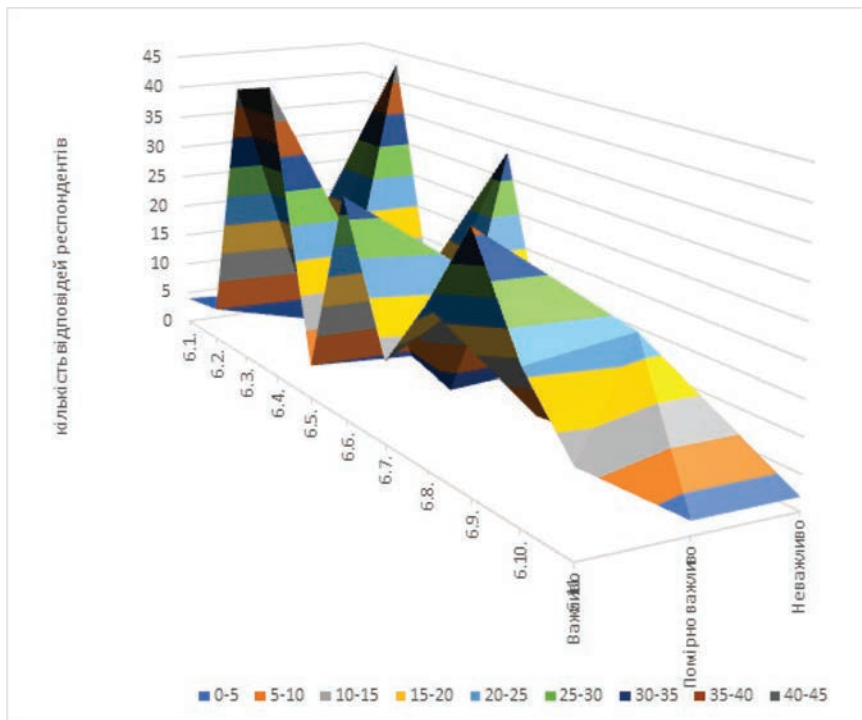


Рис. 3.6. Відповіді респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, важливість окремих передумов формування системи охорони здоров'я»

В процесі відповіді на наступне запитання анкети «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» (рис. 3.7) експерти оцінили як «важливі» такі пріоритети, як: п. 7.5 – «оптимізація мережі установ охорони здоров'я» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, п. 7.1 – «усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, п. 7.3 – «покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних.

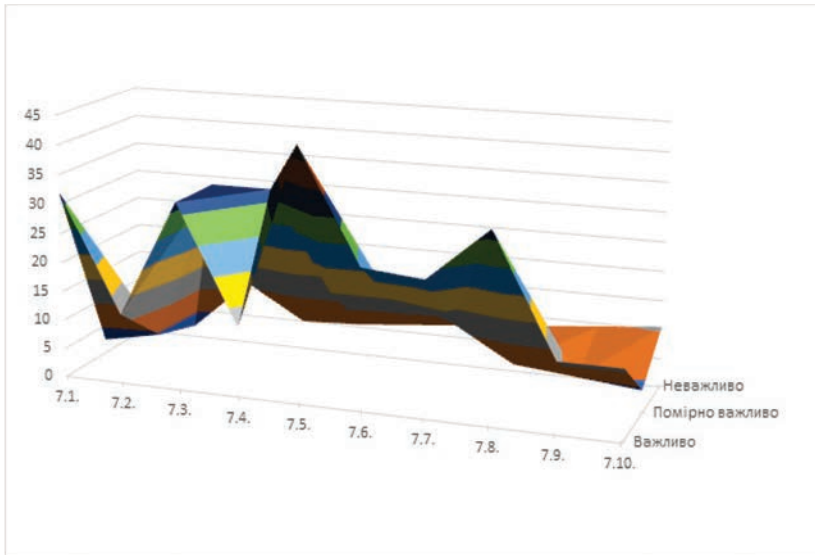


Рис. 3.7. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я»

Цей же пріоритет експерти віднесли до категорії «помірно важливо». Також 32 особи – що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, відзначили цю відповідь. Разом це складає 64 особи, що становить 34 % від загальної кількості опитуваних. Також відзначили напрям реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я «реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи» 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних.

Фізична культура та спорт є спорідненою галуззю до охорони здоров'я, важливою складовою соціальної роботи в суспільстві, на підприємстві з окремими групами населення. Розвиток цієї сфери в державі дасть можливість зменшити навантаження на систему охорони здоров'я, зробити суспільство здоровим, а економіці отримати додаткові вигоди за рахунок підвищення якості робочої сили. Тому останнє питання дослідження було сформульовано наступним чином: «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та

спорту». Із запропонованих відповідей респонденти визначили як «важливі» наступні: п. 8.3 – «вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, 8.7 – «впровадження іноземного досвіду формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, п. 8.10 – «навчання молоді щодо застосування технологій здоров'язберігаючої поведінки» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних (рис. 3.8).

Найбільша кількість експертів визначила наступні напрями формування здорового способу життя засобами фізичної культури і спорту як «неважливі»: п. 8.7 – «підвищення рівня рухової активності населення під час навчання», п. 8.6 – «запровадження принципів маркетингу в діяльності спортивних організацій», п. 8.4 – «визначення пріоритетів та головних завдань розвитку фізичної культури та спорту в Україні».

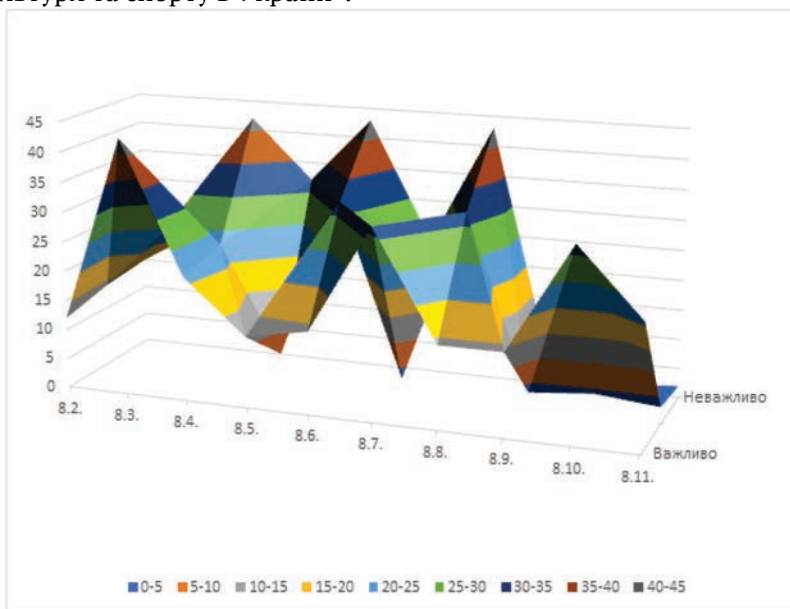


Рис. 3.8. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту»



Таким чином, до головних проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

- підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;

- поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;

- розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;

  - сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;

- розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;

  - підвищення санітарної культури населення;

  - оптимізація мережі установ охорони здоров'я;

- вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

### **Висновки до третього розділу**

За поданими в розділі матеріалами аналізу стану трансформації системи охорони здоров'я необхідно зробити наступні висновки.

За останнє десятиліття відбувалася значна недооцінка важливості системи охорони здоров'я для становлення ринкових відносин в усіх сферах суспільно-економічного життя.

Соціальна значущість системи охорони здоров'я не дозволяє трансформувати її лише в межах ринкових механізмів управління та фінансування. Значний обсяг медичних послуг в усьому світі надається на основі соціальних програм держави та соціальних інститутів.

Якщо проаналізувати основні документи, які були прийняті Європейським бюро ВОЗ та в системі ООН, то можна відзначити,

що ключові напрями трансформації інституційних перетворень та реформ в системі державного управління цією галуззю співпадають з концептуальними положеннями цих документів.

Система державного управління охороною здоров'я України на теперішній час знаходиться на етапі активної модернізації під впливом міжнародних інституцій медичної сфери і заходів економічного та соціального спрямування. Не дивлячись на провідну роль державної системи управління охороною здоров'я, активну діяльність МОЗ України, все більше питань в країні вирішуються міжнародними організаціями сфери охорони здоров'я. Міжнародні інституції надають гранти на модернізацію системи охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я є такою ж інтегрованою в світові процеси глобалізації, як і такі сфери людської економічної і соціальної діяльності, як культура, фінанси, трудові ресурси, ІТ-технології і т.і. Участь системи охорони здоров'я в світових процесах зумовлена тим фактом, що глобальні чинники, які впливають на національні системи медичного забезпечення, неможливо обмежити протекціоністськими заходами, фізичними бар'єрами та санкціями.

Система державного управління охороною здоров'я не працює ізольовано від інших ланок механізму управління соціальними процесами. Одним з головних інструментів забезпечення здоров'я населення на теперішній час в усьому світі стає цілісна система інститутів, що сформувались та функціонують в різних сферах суспільного життя, але й одночасно працюють на покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, рухової активності, збільшення тривалості активного життя. Сучасна наука визначає соціальний інститут (від лат. institutum – заклад, установа, устрій) – як сталий механізм самоорганізації спільного соціального життя людей, орган управління ними. Також соціальний інститут – це форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

Аналіз впливу діяльності міжнародних організацій, що працюють в сфері охорони здоров'я, на систему державного управління системою охороною здоров'я, показав наступне:

– інституційний вплив на систему охорони здоров'я в Україні створюється організаціями, що мають суто медичне спрямування діяльності та організаціями, що мають соціальне та гуманітарне спрямування;

– всі міжнародні організації, що працюють в Україні в цьому напрямку, надають конкретну адресну матеріальну та моральну допомогу особам, що її потребують особисто, або шляхом співпраці з соціальними або медичними установами;

– основою діяльності таких організацій в Україні є волонтерський рух та інші форми організації роботи, які не потребують виділення додаткових коштів з державного бюджету;

– важливою формою впливу міжнародних організацій на розвиток системи охорони здоров'я в Україні є проведення тренінгів, консультацій, навчань для представників різних ланок системи охорони здоров'я, соціальних служб, силових структур, пенітенціарної служби;

– в Україні відсутні власні неурядові та громадські організації такого спрямування, що за масштабами діяльності можуть бути співставними з міжнародними фундаціями. Гуманітарна та соціальна діяльність шляхом залучення неурядових та громадських організацій стрімко розвивається в Україні. Проте масштабне реформування системи охорони здоров'я може бути проведено на основі співпраці з глобальними інституціями медичного та гуманітарного профілю;

– головною функцією Представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні слід визначити її вплив на трансформацію системи управління охороною здоров'я України, побудову нової національної системи управління охорони здоров'я, що базується на загальноприйнятих світових стандартах і підходах та має потужну матеріальну базу, що побудована на досконалому механізмі фінансування.

До головних проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;  
поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;  
розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;  
сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;  
розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;  
підвищення санітарної культури населення;  
оптимізація мережі установ охорони здоров'я;  
вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

### **Список використаних джерел до третього розділу**

1. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». Електронний ресурс. Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_2?pf3516=3748&skl=8](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=3748&skl=8).
2. Носулич Т.М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку / Т.М. Носулич // Сталий розвиток економіки. – 2013. – № 4. – С. 195-201.
3. Проект рекомендацій парламентських слухань на тему: Сучасний стан, шляхи та перспективи реформи у сфері охорони здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/235648>.
4. Старіння населення. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Старіння населення](https://uk.wikipedia.org/wiki/Старіння_населення).
5. Екологічна проблема. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Екологічна\\_проблема](https://uk.wikipedia.org/wiki/Екологічна_проблема).
6. Економічна криза. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Економічна криза](https://uk.wikipedia.org/wiki/Економічна_криза).
7. Міжнародна федерація товариства Червоного Хреста та Червоного Напівмісяця Електронний ресурс, Режим доступу: <http://redcross.org.ua/>.
8. Місія Міжнародного Комітету Червоного Хреста. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ua.icrc.org/>.

9. Міжнародна організація з міграції. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.iom.org.ua/>.

10. Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.unhcr.org/ua/>.

11. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Електронний ресурс. Режим доступу: <https://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/org-in-ukraine/456>.

12. Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/org-in-ukraine/460>.

13. Пітюлич М.І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я України: [Електронний ресурс] / М.І. Пітюлич // Ефективна економіка [Електронне наукове фахове видання ДДДАЕУ]. – 2015. – № 3. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua>.

## **РОЗДІЛ 4.**

### **ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

#### **4.1. Визначення напрямів трансформації управління системою охорони здоров'я на основі опитування експертів**

Система управління охороною здоров'я в Україні знаходиться на теперішній час на етапі реформування. Іноземний досвід, що вже проаналізовано в попередніх розділах роботи, доводить багатоваріантність такого реформування. Однією з головних задач реформи є наближення сфери надання медичних послуг до ринкових умов господарювання. Однак досвід провідних країн світу показує нам, що наближення до таких умов може йти різними шляхами. При цьому дуже важливим є виокремити ті напрями, що дозволять зберегти соціальний напрям сфери охорони здоров'я, залишити його орієнтацію на широке коло пацієнтів, і разом з тим – підвищити якість надання медичних послуг. При старій системі медичного обслуговування, яка декларувалась як безкоштовна, а насправді виводила плату за медичні послуги до тіньового сектору економіки, лікарі були зацікавлені у найбільших термінах лікування і не орієнтувалися на кінцевий результат. Кінцевий результат – одужання пацієнта – визначався високими моральними якостями лікаря та його спрямованістю на гуманістичні ідеали охорони здоров'я, що були закладені старою радянською системою освіти. Економічні мотиви взаємовідносин лікаря і пацієнта спонукали до зацікавленості лікаря у багаторазовому повторному відвідуванні хворим свого лікаря. Така ж система складається і при так званій ринковій системі охорони здоров'я, при якій медична допомога є платною. При такій системі лікар зацікавлений у якомога більшій кількості відвідувань пацієнта. Тому пріоритет в усьому світі набула страхова медицина, яка створила умови для зацікавленості лікаря, або назвемо це – зацікавленості лікарняної установи, у мінімальній кількості відвідувань лікарні хворим і максимально швидкому процесі видужання.

Така система покладена в основу медичної реформи, що розпочалася нещодавно в Україні. В основу медичної реформи покладено фундаментальні підходи соціального забезпечення громадян, можливостей розширеного відтворення робочої сили та гуманістичні підходи, що притаманні діяльності лікаря. Однією з цілей проведеного дослідження було виявлення найбільш дієвих шляхів забезпечення прав пацієнтів, громадян України на отримання медичної допомоги із застосуванням ринкових механізмів та в той же час високого ступеня їх соціальної захищеності шляхом надання якісної та доступної медичної допомоги. Анкета, що надавалась експертам, подана у додатку Б.

В дослідженні приймали дослідження експерти, що працюють в Рівненській обласній клінічній лікарні. Всього було опитано 200 осіб – співробітників лікарні, серед яких (рис. 4.1.) – осіб, що отримали вищу освіту – 142, що складає 71 % експертів, серед яких лікарі, що отримали диплом з відзнакою – 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних та 30 відсотків від групи опитуваних з вищою освітою.

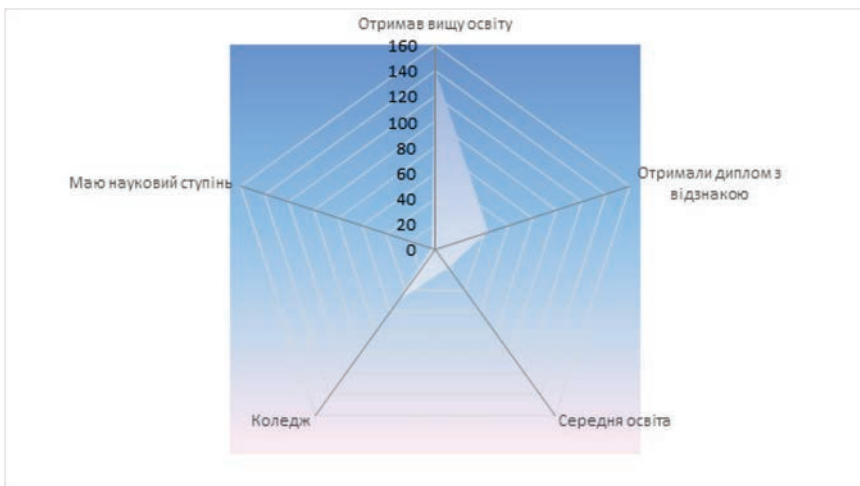


Рис. 4.1. Характеристика респондентів за рівнем освіти

Серед експертів – працівники, що мають великий стаж роботи в лікарні, не мають вищої освіти, але закінчили коледж. Така категорія складає 49 особи, або 25 % від загальної кількості опитуваних. 18 осіб мають середню освіту, що складає 4 %. Серед опитуваних також 2 кандидати наук.

За віковою структурою серед опитуваних превалюють досвідчені фахівці. Вікова група 25-44 роки складає найбільшу кількість опитуваних – 66 осіб, або 33 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 44-65 років складає 59 осіб, або 30 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 16-25 років налічує 32 особи, що складає – 16 %, а найстарша вікова група – 65 та більше років налічує 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних (рис. 4.2).

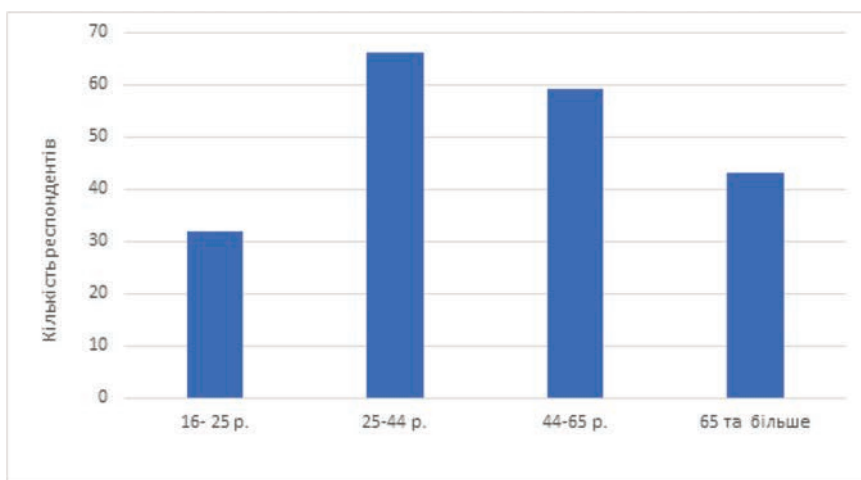


Рис. 4.2. Вікова структура респондентів – співробітників Рівненської обласної клінічної лікарні, що прийняли участь в опитуванні

Перший пункт анкети стосувався основних принципів солідарного медичного забезпечення, які було покладено в основу реформи системи охорони здоров'я в Україні (рис. 4.3). Серед запропонованих експертам принципів як найбільш важливий вони обрали відповідь на п. 1.8 – «можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством» –



54 особи, або 27 % від кількості опитуваних. Другим найбільш важливим принципом солідарного медичного забезпечення експерти вважають п. 1.4 – «цільове та раціональне використання коштів державного солідарного медичного страхування» – 45 осіб, або 23 % від загальної кількості опитуваних. Також до важливих принципів за результатами опитування слід віднести п. 1.5 – «універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом» – 34 особи, або 17 % від загальної кількості опитуваних. До принципів, що не є за думкою експертів суттєво важливими, слід віднести п. 1.1 – «законодавче визначення умов і порядку здійснення державного солідарного пенсійного страхування». Можливо, експерти вважають такий принцип дуже теоретизованим та відірваним від їх практичної діяльності.

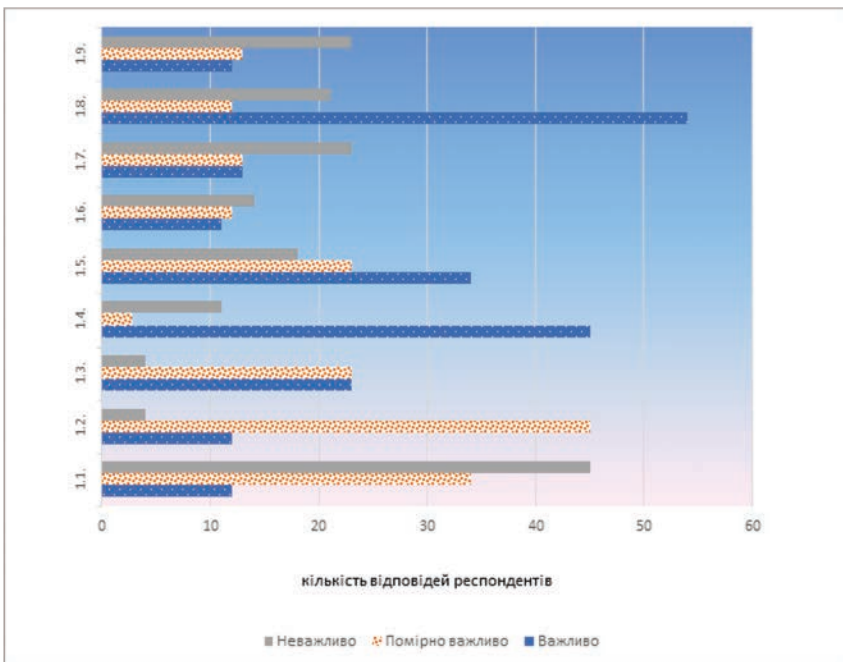


Рис. 4.3. Відповіді експертів на запитання анкети «Які з принципів державного солідарного медичного страхування в Україні мають найбільш соціальний характер?»

На рисунку 4.4 ми можемо побачити відповіді респондентів на друге питання анкети – Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими. В ситуації, в якій перебувала вітчизняна медицина багато років, пацієнти (зараз – застраховані особи) в повній мірі не усвідомлювали, які вони мають права і що зобов'язана держава, медичні лікарі зробити для надання якісних медичних послуг. Нове медичне законодавство чітко наголошує на правах пацієнта. Це є новою інституційною зміною в соціальній системі України.

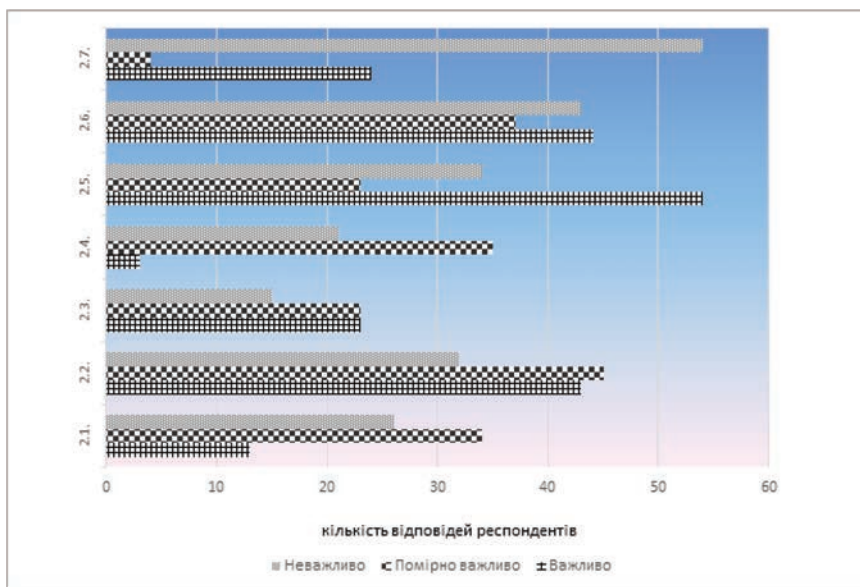


Рис. 4.4. Відповіді респондентів на запитання анкети «Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими?»

Серед найбільш важливих прав пацієнта як застрахованої особи експерти відзначили п. 2.5 – «оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних. Також важливим правом пацієнта є п. 2.6 – «судовий захист своїх прав» – 44 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних та п. 2.2 – «отри-

мання медичних послуг та лікарських засобів належної якості, які підлягають оплаті повністю або частково за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування, у разі настання страхового випадку» – 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних.

Одним з цікавих пунктів анкетного дослідження є питання про обов'язки застрахованих осіб. Обов'язки застрахованих осіб, на відміну від обов'язків пацієнтів, торкались не фізіологічних потреб людини (вести здоровий спосіб життя, займатися фізичною культурою, не палити, не зловживати алкоголем), а фінансових та юридичних обов'язків громадян в сфері медичного забезпечення, що також є суттєвим нововведенням в системі охорони здоров'я. На рисунку 4.5 як головний обов'язок громадян експерти визначили п. 3.1 – «надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування» – 54 особи, що складає 27% від загальної кількості опитуваних.

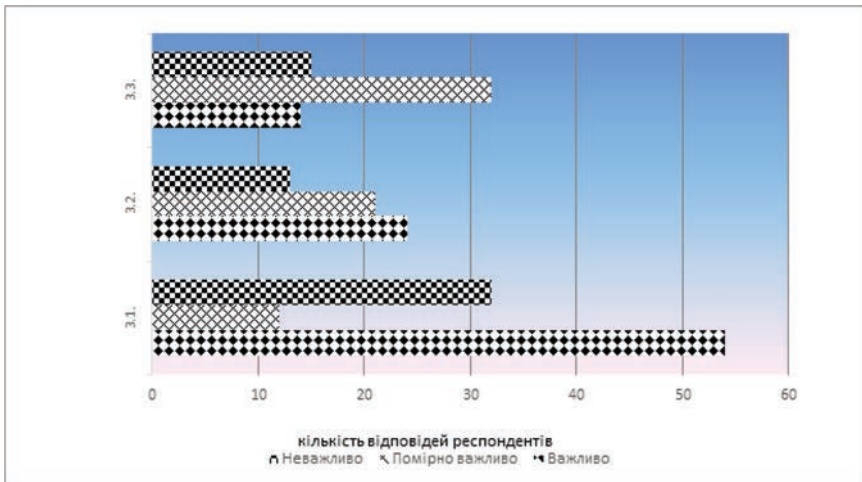


Рис. 4.5. Відповіді респондентів на запитання анкети «Реалізація яких з обов'язків застрахованих осіб є найбільш дієвими заходом для поліпшення системи охорони здоров'я?»

Також важливим обов'язком застрахованих осіб є визначений у п. 3.2. – «оплачувати за рахунок власних коштів, чи забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування та інших джерел тарифу спів-оплати у разі часткової оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування медичних послуг та лікарських засобів, наданих такій особі» – 24 особи, що складає 12% від загальної кількості опитуваних.

Серед повноважень органів центральної влади, що реалізують державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів (рис. 4.6) найбільш ефективним експерти визнали п. 4.6 – «розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних. Крім цього важливим аспектом діяльності органів державної влади є п. 4.7 – «укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію» – 47 осіб, що складає 24 % від загальної кількості опитуваних. Слід зазначити, що експерти визначили зовсім нові механізми співпраці держави, закладів здоров'я та пацієнтів, до яких відноситься реімбурсація. Реімбурсація (англ. reimbursement – виплата компенсацій) – загальноприйнята в міжнародній практиці охорони здоров'я назва процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських препаратів та медичних послуг для населення.

Система реімбурсації є соціально-економічною системою, метою якої є забезпечення доступності лікарських препаратів та фармацевтичної допомоги в цілому, суб'єктом якої є уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, об'єктом – певні категорії захворювань та хворих. Основним принципом є забезпечення економічної (ціна) і фізичної (наявність на ринку країни) доступності медикаментів для всього населення, що виконується механізмами державного регулювання ціноутворення. Основним завданням є мінімізація витрат громадян і державного бюджету на придбання ліків [13].

У Європі відмінності методів надання компенсації визначаються найперше у виборі критеріїв адресатів і рівнів відшкодування, якими є:

категорія споживача (соціально незахищені верстви населення, люди, які страждають на захворювання з тяжким перебігом або хронічні та інші);

вид фармацевтичної допомоги (стаціонарна, амбулаторна);

вартість придбаних препаратів за певний період;

властивості препарату (внесення до «позитивного списку», ціна).

Складові встановлення цін та обсягів компенсації такі:

отримання дозволу на реалізацію препарату,

відповідність препарату критеріям ефективності, безпеки та якості,

перемовини із закладами, що здійснюють виплату компенсацій, та інші [13].

Соціально-економічні стратегії функціонування системи реімбурсації умовно можна поділити на дві системи:

державна система медичної та фармацевтичної допомоги (має суто соціальний характер) – лікарські препарати відпускаються загалом як частка надання первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування і фінансуються з джерел державного бюджету, фондів соціального страхування та обов'язкового медичного страхування;

недержавна система (превалює приватний характер фармацевтичної допомоги) – здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції, включаючи заміну лікарських препаратів аналогічними, контролю оптових і роздрібних цін і допускає використання джерел фінансування й компенсації вартості лікарських препаратів як за рахунок суспільних внесків, так і внесків добродійних фондів та іншого [13].

Основною метою в цій системі реімбурсації є досягнення стабільних джерел фінансування і зменшення витрат на лікарські препарати. Це здійснюється за рахунок відбору ефективних лікарських препаратів, що підлягають реімбурсації, їх раціонального використання, встановлення обсягів бюджетних асигнувань та соціально обґрунтованої участі пацієнтів в оплаті вартості ліків.

Функціонування недержавної системи реімбурсації і забезпечення доступності лікарських засобів для населення, як правило, здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції.

Доступність ліків для населення визначається країною проживання з урахуванням особливостей державної політики в галузі фармації, відмінностей в організації систем медичного страхування, систем компенсації вартості ліків, цінової та податкової політики. Системи компенсації вартості лікарських препаратів населенню існують майже в усіх країнах.

У залежності від особливостей системи охорони здоров'я країни використовуються такі механізми реімбурсації:

для застрахованих осіб – ґрунтується на основі подання пацієнтом рахунку витраченої на лікування суми страховій компанії – тут немає безпосереднього зв'язку між страховим фондом та медичними й аптечними закладами (діє у Франції та інших країнах);

для аптек та медичних закладів – надходять безпосередньо від страхової компанії на підставі домовленості між страховим фондом, медичним та аптечним закладом (діє в Німеччині та інших країнах) [13].

В Україні відповідними постановами Кабінету Міністрів України затверджується перелік тих лікарських препаратів, які можна закуповувати за бюджетні кошти і система компенсації вартості лікарських препаратів передбачена залежно від захворювання, його тяжкості та від категорії пацієнта.

Не досить важливими для своєї практичної роботи експерти вважають такі повноваження органу державної влади, як: «реалізація державної політики у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета, внесення пропозицій щодо її формування»; «проведення аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах»; «виконання функцій єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета»; «виконання функцій страховика». В сумі ці 4 пункти як важливі відзначили 17 осіб, що складає 8 % від загальної кількості опитуваних. Ці пункти мають найбільше значення серед опитуваних як «неважливі» (рис. 4.6).

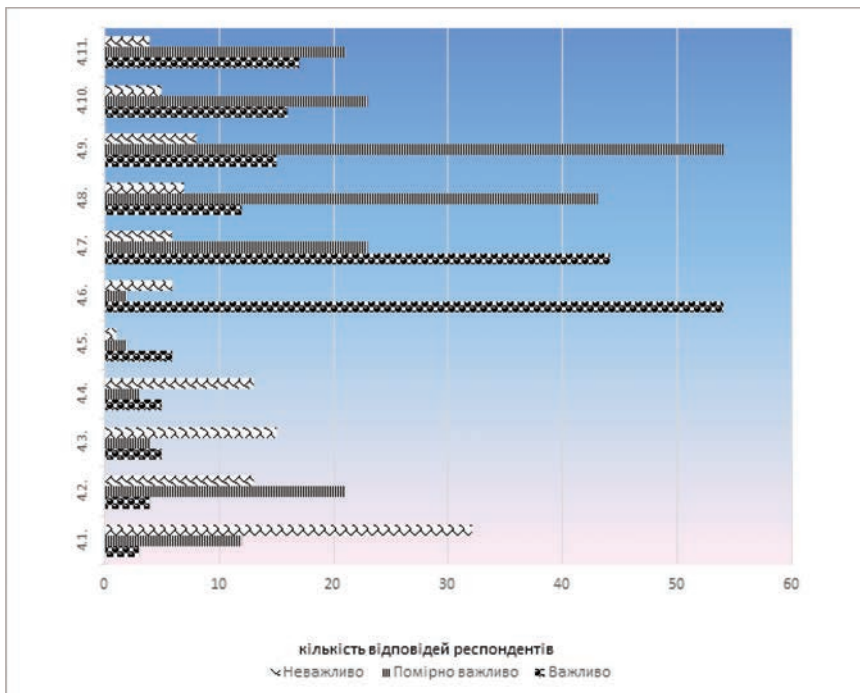


Рис. 4.6. Відповіді респондентів на запитання «Які повноваження центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, є найбільш ефективними для створення соціальної системи охорони здоров'я?»

Відповідаючи на більш конкретне запитання щодо форм встановлення тарифів на надання медичних послуг, респонденти зазначили, що найбільш зручними для застосування та дієвими для організації розрахунків повинні стати такі форми, як: п. 5.3 – «ставки на пролікований випадок» – 56 осіб, що складає 28 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.4 – «ставки на медичну послугу» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних та п. 5.1 – «глобальні ставки, які передбачають сплату поставальниками медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних (рис. 4.7). Значно менше

експертів зацікавили такі види ставок, як «капіталізаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожну застраховану особу» та «ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення постачальником медичних послуг».

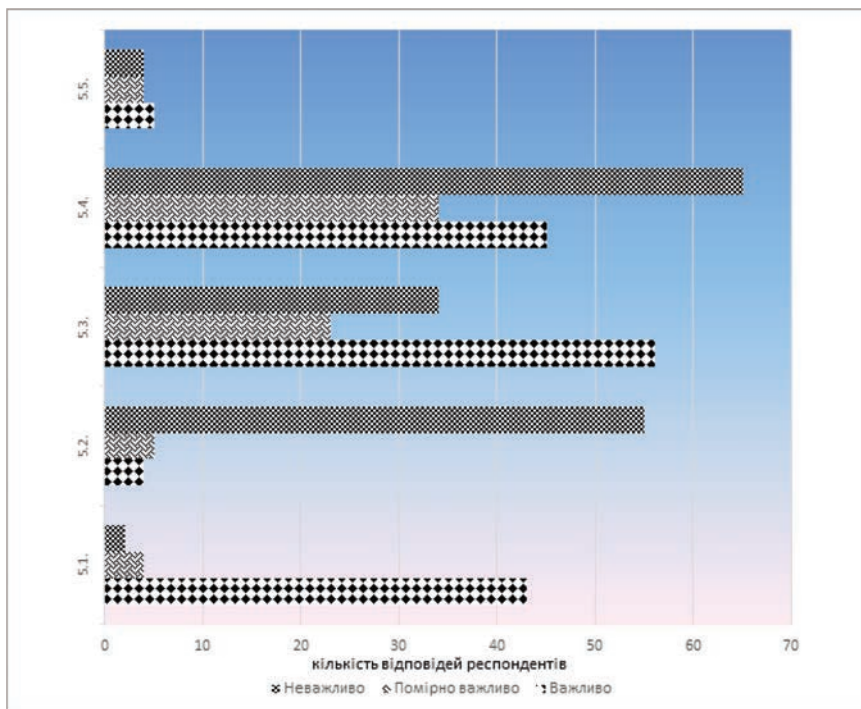


Рис. 4.7. Відповіді респондентів на запитання «В якій формі на вашу думку повинні встановлюватися тарифи на надання медичних послуг?»

Більш теоретичне питання анкети «Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» (рис. 4.8) було розглянуто експертами наступним чином. До найбільш пріоритетних питань експертами було віднесено: п. 6.4 – «реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.3 – «покращення матеріально-



технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних та п. 6.9 – «прозорість процесу управління якістю медичних послуг» – 36 осіб, що складає 18 % від загальної кількості опитуваних.

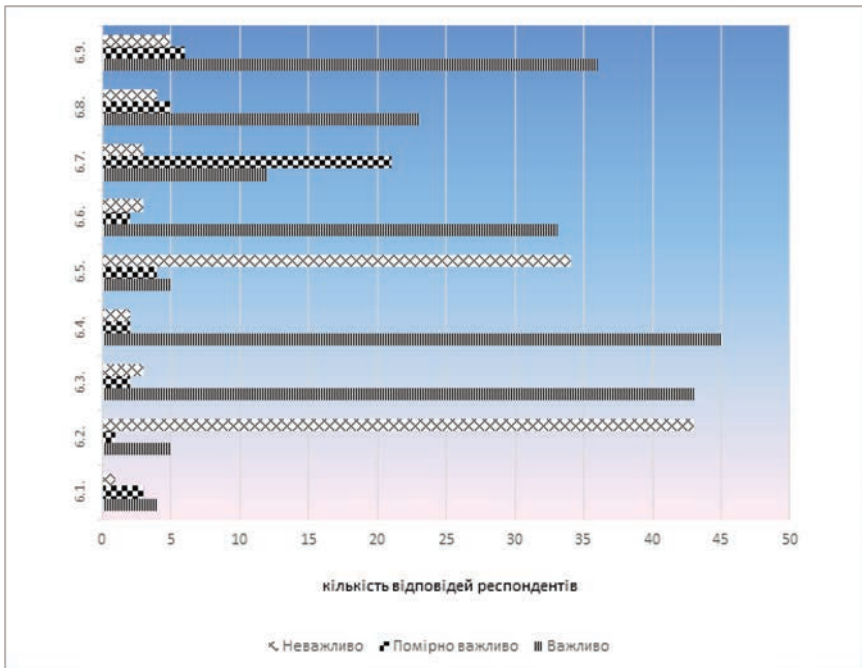


Рис. 4.8. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я»

Таким чином, можна зробити висновки, що співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

#### **4.2. Вдосконалення системи охорони здоров'я Рівненської області на основі впровадження проекту Світового банку**

Сучасна система управління охороною здоров'я в Україні базується на співпраці та координації діяльності органів державного управління, науково-дослідних установ та університетів, що працюють в сфері медичної науки, потужних регіональних лікувальних установ та лікувальних закладів низового рівня, що працюють в сільській місцевості та в містах і можуть провести первинну діагностику, надати первинну та загальну медичну допомогу. Одним з потужних регіональних закладів охорони здоров'я є комунальний заклад Рівненська обласна клінічна лікарня. Рівненська обласна клінічна лікарня на теперішній час поєднує в собі класичні підходи в наданні медичної допомоги, що були сформовані в умовах адміністративно-командної системи і системи масового соціального забезпечення та нові підходи в організації надання медичних послуг, в основі яких закладено страхові, накопичувальні та комерційні принципи.

Рівненська обласна клінічна лікарня є провідним лікувально-діагностичним закладом Рівненської області. Щороку на 725 стаціонарних ліжках вона приймає більше 23 тисяч пацієнтів. Рівень відвідувань консультативної поліклініки, що функціонує на базі лікарні, становить близько 200 тисяч пацієнтів на рік. У колективі закладу – 7 заслужених лікарів України, 13 кандидатів медичних і 1 – кандидат технічних наук. Колектив лікарні постійно працює над вдосконаленням своєї фахової майстерності, впровад-

жує новітні світові медичні досягнення. У 2017 році оновлено діагностичне обладнання в клінічній лабораторії, створено відділення інтервенційної радіології, де налагоджено надання допомоги хворим з гострим коронарним синдромом з усієї області; розпочав функціонувати Центр ортопедії, травматології та вертебрології, де надзвичайно активно впроваджуються новітні методики оперативних втручань, якими раніше в області не займався ніхто [12].

Відділення гнійної хірургії та проктології було створене в 1989 році на базі загальної хірургії. Нині у відділенні надається допомога на 40 ліжках – 30 хірургічного профілю і 10 – проктологічного. Відділення є єдиним спеціалізованим закладом області, де окрім патології, яка викликана хірургічною інфекцією, надається високоспеціалізована допомога з застосуванням сучасних технологій в організованих центрах з лікування гострого панкреатиту, ступні діабетика, ускладнень після оперативних втручань на органах черевної порожнини та проктологічної патології. У відділенні проводяться складні, повторні та реконструктивні операції на органах черевної порожнини, операції при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, програмовані етапні санації черевної порожнини при занедбаних перитонітах, впроваджуються в практику сучасна антибіотикотерапія, складні колопроктологічні операції та міні-інвазивні операції на прямій кишці [12].

Важливе соціальне значення для регіону має наявність в Рівненській обласній клінічній лікарні гастроентерологічного центру у зв'язку з тим, що на теперішній час значно виріс рівень захворюваності хворобами шлунково-кишкового тракту. Передусім це пов'язано з забрудненням навколишнього середовища, відсутністю контролю за якістю питної води, використанням у сільському господарстві великої кількості хімічних речовин, застосуванням у тваринництві антибіотиків і гормонів, використанням у харчовій промисловості барвників, стабілізаторів, підсилювачів смаку. Пацієнтам із різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту з усієї Рівненщини надає допомогу Гастроентерологічний центр обласної клінічної лікарні. В центрі лікуються пацієнти з захворюваннями шлунка, підшлункової залози, жовчного міхура, стравоходу, печінки та кишечника. Центр оснащений надсучасним

медичним обладнанням. Ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та 12-палої кишки проводиться шляхом відеогастроскопії. Цей метод – дуже інформативний та безпечний, він відрізняється точністю, особливо якщо використовуються HD-технології. Такий прилад є в центрі. Це апарат екстракласу, який за лікувально-діагностичними можливостями не має рівних на Рівненщині. Він справно функціонує завдяки тому, що на його ремонт у спеціалізованому центрі постійно виділяються кошти. Також адміністрація виділяє кошти на поточний ремонт колоноскопа та гастроскопа, на забезпечення якісними деззасобами та витратними матеріалами. Використання відеоендоскопічної техніки дозволяє на ранніх стадіях виявляти онкопатологію та різноманітні захворювання шлунку та кишечника, створювати свою базу даних і свою диспансерну групу пацієнтів [12].

Кардіологічне відділення Рівненської обласної клінічної лікарні було відкрите в 1976 році, воно розраховано на 40 ліжок. У відділенні працює 4 лікарі, всі з вищими кваліфікаційними категоріями, і 26 середніх та молодших медпрацівників. За рік стаціонарно проліковується близько 1500 хворих, а близько 4 тисяч хворих консультується амбулаторно. У відділенні лікуються хворі з ішемічною хворобою серця, гострим інфарктом міокарда, гіпертонічною хворобою серця, міокардитами, вродженими вадами серця тощо. Для обстеження хворих із захворюваннями системи кровообігу в наявності повний перелік необхідного обладнання. За останні роки обладнання у відділенні оновлене, повністю зроблено ремонт.

Впродовж останнього року, незважаючи на те, що він був важким і для країни, і для медичної галузі, у нас покращились можливості надання допомоги хворим з гострим коронарним синдромом завдяки відкриттю відділення інтервенційної радіології на 10 ліжок з навченим медперсоналом, який працює за новим локальним протоколом 24 години на добу 7 днів на тиждень. З кожним роком кількість хворих, які звертаються до відділення, збільшується. Адже, якщо загалом чисельність дорослого населення Рівненської області становить близько 800 тисяч, то пацієнтів із хворобами системи кровообігу на Рівненщині налічується близько

550 тисяч. Половина з них має гіпертонічну хворобу, близько 200 тисяч – ішемічну хворобу серця. Це ті хвороби, які є головними серед причин захворюваності і смертності.

Ортопедо-травматологічне відділення набуло нового статусу – на його базі створено Центр ортопедії, травматології та вертебології. Це стало своєрідним логічним продовженням постійної роботи з впровадження передового світового досвіду оперативних втручань. Нововведень, які було запроваджено останнім часом, досить багато – прикладом є стабілізуючі операції на хребті, декомпресійні операції на хребті, і дискетомії з імплантацією штучних міжхребцевих дисків, і постановка динамічних фіксаторів, які, не обмежуючи рух у хребті, водночас дозволяють дещо стабілізувати хребет. Новітні світові методики впроваджуються в медичну практику й надалі. У вересні 2018 року відбулося стажування фахівців обласної лікарні у Мюнхені. За останні роки при тому самому ліжковому фонді й штаті медичного персоналу практично вдвічі збільшилась потужність відділення за кількістю оперативних втручань: якщо у 2009 році виконували 850-900 операцій на рік, то у 2017 році – 1600-1700 [12].

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії Рівненської обласної клінічної лікарні тісно пов'язане у своїй роботі з усіма іншими відділеннями. У 2018 році заплановано завершення реалізації проекту, який виконувався впродовж останніх 10 років, щодо забезпечення обладнання лікарні автономним газопостачанням. Це автономний кисень для пацієнтів відділення, стиснене повітря тощо. Підвищувати свою кваліфікацію лікарі відділення анестезіології та інтенсивної терапії мають змогу завдяки відкриттю на базі лікарні декілька років тому філії кафедри факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету. Важливо, що тепер на базі обласної лікарні мають змогу підвищувати кваліфікацію й лікарі-анестезіологи обласної дитячої лікарні.

Наведені вище досягнення Комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» були досягнуті завдяки модернізації системи управління охороною здоров'я як на рівні держави, на рівні регіональної влади, так і безпосередньо в лікувальній уста-

нові. Безперечно важливим для роботи лікарні лишається державне фінансування медицини, але відкриваються нові механізми залучення фінансових ресурсів, серед яких: співпраця з благодійними фондами та організаціями, розвиток співпраці зі страховими компаніями, міжнародними організаціями, що працюють в сфері надання медичних послуг та модернізації систем управління медичною, створення підрозділів лікарні, які працюють на комерційних принципах, розвиток діяльності лікарняних кас.

Необхідно зазначити, що співпраця з міжнародними організаціями є одним з найбільш перспективних напрямів модернізації системи управління охороною здоров'я в регіональних закладах охорони здоров'я. Як вже відзначалося, відомі світові фундації, що функціонують в системі охорони здоров'я, працюють не тільки безпосередньо з хворими та особами, що потребують допомоги, але й роблять це шляхом співпраці з лікарняними та соціальними установами. Крім цього напряму діяльності робота Комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» з міжнародними організаціями проводиться і в іншому напрямі. Прикладом цього є співпраця з потужною фінансовою інституцією – Світовим банком. Як відомо, світовий банк – це фінансова інституція, що здійснює інвестиційно-фінансову діяльність в усьому світі. Проблеми реформування охорони здоров'я в Україні є цікавими, потенційно інвестиційно привабливими та такими, що мають велику соціальну значущість. Саме тому всесвітня фінансова інституція глобального масштабу реалізує в Україні грантову програму, складовою частиною якої є Рівненська область та вдосконалення діяльності Рівненської обласної клінічної лікарні.

Однією зі значущих подій останніх років в управлінні медичним закладом є його участь у проекті Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей». Зокрема, в рамках попередніх двох етапів реалізації проекту до обласної лікарні було поставлено ангиографічну операційну та кардіоваскулярний сканер. Також в рамках реалізації проекту планують закупити витратні матеріали для цього центру. Третій етап поставки медтехніки у 2017 році приніс лікарям нашого серцево-судинного центру: дефібрілятор/монітор – 3 шт., електрокардіограф 12-канальний –

4 шт., монітор реанімаційно-хірургічний – 10 шт., імунологічний аналізатор – 1 шт., зовнішній кардіостимулятор – 2 шт., аспіратор – 2 шт. Всього 22 одиниці сучасного медичного обладнання. Це все дозволить обладнати операційну та палати інтенсивної терапії відповідно до сучасних стандартів [11].

Необхідність реалізації цього проекту в Україні і, зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні пов'язана з необхідністю модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи (управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг відповідної якості при одночасному забезпеченні економічної ефективності [11].

У межах запропонованого кластеру Проекту планується протягом п'яти років запровадити в Україні нову систему фінансування лікарень, яка базується на використанні класифікації пролікованих випадків стаціонарної допомоги з використанням системи DRG (діагностично-споріднених груп – ДСГ), яка сприятиме адекватному визначенню місця надання медичної допомоги, підвищенню ефективності використання переданих лікарням фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів, підвищенню якості та доступності надання медичної допомоги, переходу до фінансування постачальників медичних послуг відповідно до обсягу наданої медичної допомоги, її складності та якості (рис. 4.9).

Для запровадження системи ДСГ в Україні МОЗ України здійснено такі попередні кроки:

- 1) На основі підготовленого міжнародними експертами Світового банку та спеціалістами МОЗ України проекту Стратегії впровадження ДСГ в Україні наказом від 29.08.2014 р. № 605 «Про

затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» затверджено План заходів із запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні.

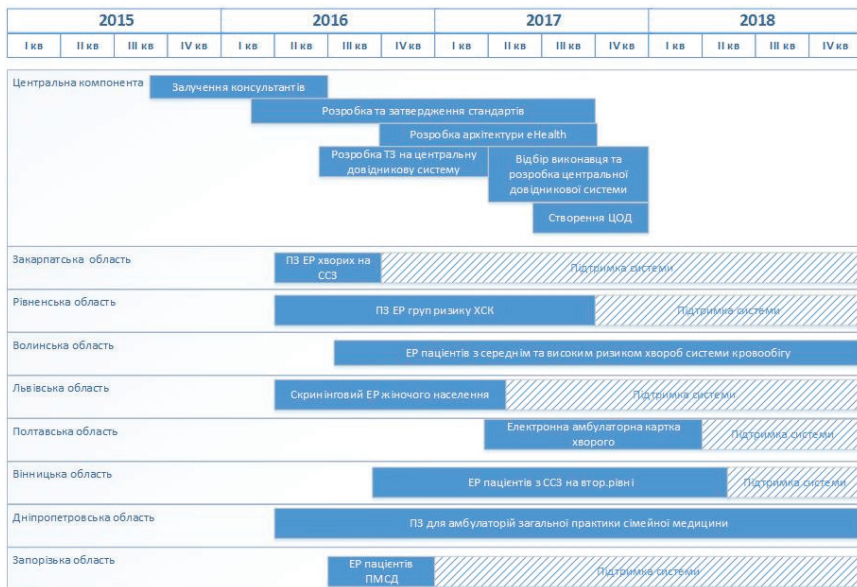


Рис. 4.9. Схема реалізації проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей» [11]

2) Для обґрунтування вибору базової системи ДСГ, на основі якої відбуватиметься адаптація цієї системи для використання в умовах України, в рамках робочої групи МОЗ України з опрацювання соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я було створено відповідну підгрупу.

На своєму засіданні 20.03.2014 року шляхом відкритого голосування зазначена робоча група МОЗ України прийняла протокольне рішення визначити австралійську систему діагностично-споріднених груп (AR-DRG) як базову для створення української системи ДСГ.



3) Визначено перелік 100 пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи ДСГ, який затверджено наказом МОЗ від 17.03.2015 р. №150 «Про затвердження Переліку пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи діагностично-споріднених груп».

4) У структурі ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» створено відділ статистики діагностично-споріднених груп. Ведеться робота зі створення в перспективі Центру ДСГ як окремої юридичної особи [11].

Мета кластеру – розроблення та запровадження нового, орієнтованого на використання оплати за результат, механізму фінансування закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу населенню, спрямованого на забезпечення надання пацієнтам відповідних доступних, якісних та економічно ефективних медичних послуг.

Основні очікувані результати діяльності кластеру:

1) формування нових правових та інституціональних засад розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я;

2) забезпечення раціонального використання державних фінансів та зміцнення фінансової дисципліни, зростання ступеня прозорості процесів формування та виконання бюджетів у сфері охорони здоров'я, оперативного реагування на виникнення або загрозу виникнення ризиків неефективного використання державних фінансів та фінансових порушень;

3) забезпечення автономії державних та комунальних закладів охорони здоров'я з наданням їм:

– свободи контрахтування та можливостей самостійно вирішувати питання оперативного перерозподілу коштів між різними напрямками витрат;

– права самостійно забезпечувати управління людськими ресурсами (планування кількості та добір персоналу, вдосконалення методів його діяльності та мотивації його професійного розвитку);

– права самостійно забезпечувати управління матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо);

– самостійно визначати показники ефективності та продуктивності своєї діяльності та застосувати їх при у процесі планування своєї подальшої діяльності та при оплаті праці персоналу;

4) перехід від моделі фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я на основі їх утримання за рахунок коштів відповідних бюджетів до моделі фінансування за надані ними послуги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, в умовах яких заклади охорони здоров'я отримують стимули до підвищення якості медичної допомоги та економічної ефективності процесу її надання;

5) забезпечення більшої гнучкості та фінансової стабільності державних та комунальних закладів охорони здоров'я в умовах ринку за рахунок:

– надання їм можливості поряд із своєю основною діяльністю з надання гарантованих державою безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти здійснювати в межах законодавства додаткову господарську діяльність з надання платних медичних послуг з інвестуванням отриманих при цьому додаткових фінансових ресурсів у подальший розвиток своєї основної діяльності та поліпшення оплати праці персоналу;

– надання їм можливості розміщувати вільні кошти на депозитних рахунках у банках та отримувати інвестиційні кредити під гарантії власника (органу управління), необхідні для забезпечення розвитку своєї основної діяльності;

6) практична реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг в залежності від результатів їх роботи та спрямована на максимальне врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів як споживачів медичних послуг;

7) створення умов для розвитку конкуренції у середовищі постачальників медичних послуг як інструменту підвищення якості та ефективності у сфері медичного обслуговування;

8) підвищення загального рівня виконання вимог законодавства у частині реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я та медичну допомогу [11].

Індикаторами оцінки успішності реалізації кластеру очікується досягнення наступних конкретних результатів:

1) створення інституційних та нормативно-правових засад, необхідних для розробки та запровадження, технічної підтримки та подальшого розвитку національної системи ДСГ;

2) формування адекватних знань та практичних навичок персоналу, який буде впроваджувати систему ДСГ в Україні;

3) успішна реалізація пілотного проекту із впровадження системи ДСГ у відібраних МОЗ України пілотних закладах охорони здоров'я;

4) впровадження системи ДСГ у всіх державних та комунальних закладах охорони здоров'я України, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (на кінець строку реалізації Проекту);

5) перехід закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу населенню, на фінансування за допомогою системи ДСГ (на кінець строку реалізації Проекту) [11].

Рівненська область входить до складу учасників Проекту з субпроектом «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки».

Фінансування субпроекту передбачено з двох частин: кошти Світового банку – 25 млн дол., та кошти обласного бюджету – 2,5 млн дол.

Основними цілями субпроекту в Рівненській області визначені:

1. Покращення функціонування та взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання допомоги хворим на ХСК (хвороби системи кровообігу).

2. Покращення обізнаності населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу.

В рамках субпроєкту для досягнення поставлених цілей заплановано:

1. Провести капітальний ремонт та реконструкцію 105 закладів охорони здоров'я первинного рівня: фельдшерсько-акушерських пунктів в лікарські амбулаторії. Об'єкти розташовані в кожному районі області;

2. Закупити медичне обладнання для серцево-судинного центру Рівненської обласної клінічної лікарні (РОКЛ), лікарських амбулаторій, центральних районних та міських лікарень;

3. Закупити вироби медичного призначення для серцево-судинного центру РОКЛ;

4. Закупівлю 18 автомобілів швидкої медичної допомоги класу В для центральних районних та міських лікарень;

5. Розробка та запуск програмного забезпечення для супроводу електронного реєстру груп ризику з інтеграцією до державної системи eHealth;

6. Створення Центру обробки даних закладів охорони здоров'я;

7. Впровадження комплексної системи захисту інформації;

8. Розробка та підтримка інформаційного веб-порталу щодо хвороб системи кровообігу;

9. Розробка мультимедійного навчального курсу «Особливості роботи з групами ризику»;

10. Проведення інформаційної кампанії щодо популяризації веб-сайту, гарячої лінії та здорового способу життя;

11. Проведення навчань медичного персоналу (сімейних лікарів, спеціалістів, менеджерів ЗОЗ) щодо профілактики та лікування хвороб системи кровообігу [11].

Реалізація субпроєкту передбачена в 2015–2020 рр.

В структурі поширеності неінфекційних захворювань в області хвороби системи кровообігу (ХСК) займають 26,1 % – найбільше з усіх захворювань. При цьому спостерігається зростаюча динаміка поширеності даних хвороб. За останні 10 років поширеність хвороб системи кровообігу по Рівненській області зросла більше ніж у два рази, так, у 2012 році вона склала 61,4 тис. на 100 тисяч дорослого населення.

Серед хвороб системи кровообігу найвищі показники поширеності захворювань гіпертонічною хворобою – 29,9 тис. на 100 тис. дорослого населення. Другою по поширеності серед хвороб системи кровообігу є ішемічна хвороба серця – 21,8 тис. на 100 тис. дорослого населення. Поширеність ішемічної хвороби серця в області за останніх 10 років зросла в 1,7 рази [11].

Щороку серцево-судинна патологія зумовлює майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. У структурі причин смертності від ХСК питома вага смертності від ІХС та гострого інфаркту міокарду у 2012 році склала близько 74,8 %.

Враховуючи вищезазначене, надметою проекту є зменшення смертності та інвалідності від хвороб системи кровообігу (далі – ХСК), яка буде досягнута шляхом покращення якості та доступності медичної допомоги для населення Рівненської області.

До участі в реалізації Субпроекту залучені:

1. центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД),
2. центральні (міські та районні) лікарні,
3. обласна клінічна лікарня,
4. обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики,
5. центр здоров'я.

Орієнтовні показники, що дадуть змогу оцінити результати реалізації Субпроекту:

1. первинний вихід на інвалідність від хвороб системи кровообігу серед населення віком 18+ років на 10 тис. населення 18+ років досягне – 9,7 проти 11,0 до дії субпроекту;
2. смертність від хвороб системи кровообігу серед населення віком 18+ років на 10 тис. населення 18+ років зменшити до 116,3 із 117,3;
3. частку фінансування ЗОЗ первинного рівня області до фінансування ЗОЗ вторинного рівня збільшити з 31,5 до 53,0 %;
4. підвищення професійного рівня медичного персоналу первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги по лікуванню ХСК;

5. створення електронного реєстру пацієнтів із хворобами системи кровообігу та групи ризику;
6. реорганізацію 26 ФАПів, які обслуговують більше 1000 осіб, у 26 лікарських амбулаторій;
7. провести ремонтні роботи та реконструкцію в 79 діючих ЛА;
8. підвищити обсяг надання медичної допомоги пацієнтам з ХСК у закладах всіх рівнів;
9. забезпечити серцево-судинний центр обласної клінічної лікарні медичним обладнанням та виробами медичного призначення;
10. покращити обізнаність населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу;
11. закупити 18 автомобілів класу В для транспортування хворих з ХСК до серцево-судинного центру Рівненської ОКЛ.

#### **4.3. Основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств**

Актуальність дослідження системи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств обумовлена збільшенням ролі санаторно-курортних підприємств в економіці і соціальній сфері, змінами, що відбулися на ринку санаторно-курортних послуг, розвитком міжрегіонального та міжнародного співробітництва, необхідністю впровадження сучасних методів державного регулювання галузі. Крім того, діяльність санаторно-курортних підприємств є складовою функціональною частиною системи охорони здоров'я, хоча юридично та системно з нею не завжди пов'язана.

Розвиток санаторно-курортного комплексу супроводжується рядом як позитивних, так і негативних результатів, що вимагає наукового узагальнення та впровадження більш досконалого механізму управління його розвитком, адекватного кількості та обсягам завдань. Санаторно-курортні підприємства є значною частиною системи охорони здоров'я. Постійне санаторне оздоровлення та

лікування є складовою частиною сучасної медицини, тому цій проблематиці необхідно відвести значне місце в дослідженні.

Санаторно-курортна справа традиційно є складовою частиною національної та регіональної економіки і одним з найважливіших об'єктів державного регулювання. Крім виконання своєї основної функції, здравниці створюють соціальний стабілізуючий ефект за рахунок створення нових робочих місць в соціально-побутовій та виробничій інфраструктурі, що підвищує зайнятість населення і прискорює соціально-економічний розвиток регіону. Особливості роботи санаторно-курортних підприємств в умовах ринкової економіки, значне скорочення обсягів їх фінансування з національного і місцевих бюджетів та коштів обов'язкового соціального страхування, ослаблення координації їх діяльності з боку держави за останні десять років призвели до скорочення числа санаторіїв, пансіонатів з лікуванням та санаторіїв-профілакторіїв на 30 %, числа ліжок в них – на 20 %, а також до погіршення матеріально-технічної бази ряду санаторно-курортних установ. З іншого боку, на попит на санаторно-курортні послуги негативно впливає диспропорція між високою потребою в цих послугах і низькою платоспроможністю населення. В таких умовах обґрунтування концептуальних основ державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств має значний інтерес і практичну цінність.

Систематизація наукових поглядів з обраної проблематики дає змогу стверджувати, що достатня кількість визначних економістів так чи інакше акцентували увагу у своїх працях на проблемах авторського дослідження, досить назвати імена: Бойко Г.М. [1], Гуменюк В.В. [2], Дмитрук О.В. [3], Ільїна М.В. [4], Круцевич Т. [5], Новикова В.І. [6], Рендович П.М. [7], Солодовник Ю.О. [8], Тесля Л.В. [9], Щепанський Е.В. [10].

Метою дослідження є обґрунтування концептуальних основ державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, що має значний інтерес і практичну цінність.

Рекреаційна діяльність санаторно-курортних підприємств в Україні традиційно є складовою частиною державної політики і

важливим розділом національної системи охорони здоров'я, що дозволяє цілеспрямовано і ефективно здійснювати профілактику захворювань і відновлювальне лікування хворих, проводити їх реабілітацію. Організація санаторно-курортної допомоги заснована на принципах профілактичної і реабілітаційної спрямованості, етапності та наступності між амбулаторно-поліклінічними, стаціонарними і санаторно-курортними організаціями, спеціалізації наданої допомоги. На даний момент досить актуальною є задача вивчення і практичного використання накопиченого досвіду з реалізації державної політики, державного регулювання і управління провідних туристичних держав. Це особливо важливо у зв'язку зі здійснюваною в даний час реформою державного управління і процесами приватизації. Характерно, що приватизаційні процеси в сфері санаторно-курортного комплексу внесли нові моменти в так звану проблему відомчої роз'єднаності. На додаток до раніше існуючих відомств, які брали участь у функціонуванні, таким як: профспілки, МОЗ, Міноборони, інші силові структури і багато інших міністерств та відомств, додалися численні фінансово-промислові групи і приватні компанії. Все це настійно вимагає трансформування традиційних методів прямого державного управління рекреаційною діяльністю санаторно-курортних підприємств, впровадження і використання адекватних вимогам світового ринку санаторно-курортних послуг економічних інструментів і способів державного регулювання санаторно-курортного комплексу. При цьому, звичайно, слід особливо враховувати соціальну складову цього виду сучасного бізнесу.

Крім вищеназваних проблем рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, слід виділити ряд проблем з точки зору ринку споживання профільних послуг санаторно-курортних організацій. Перерахуємо ці проблеми: практичні лікарі часто не мають достовірної інформації по санаторно-курортних організаціях, їх реальний стан і можливості: на місцях відсутні фахівці, здатні приймати обґрунтовані рішення про відбір для конкретного хворого тієї чи іншої санаторно-курортної організації з урахуванням всієї сукупності факторів, що впливають на цей вибір; тяжке становище склалося в санаторно-курортному комплексі, коли




за відсутності сформованих і прогнозованих потоків профільних пацієнтів здравниці зазнають серйозних труднощів і змушені підлаштовуватися під «туристичні» сезони; керівники підприємств, соціальних служб, на чії плечі лягла реальна відповідальність за оздоровлення працівників підприємств, членів їх сімей, громадян різних соціальних категорій, не володіють реальними методами управління і контролю за діяльністю в цій сфері; діючі в даний час механізми відбору оздоровниць, які залучаються до участі в соціальних програмах, розподілу путівок і т.д. не передбачають здійснення оперативного управління і контролю виконання державного замовлення на оздоровлення.

Основними факторами, що стримують подальший розвиток курортної справи в Україні, також є: недостатнє законодавче і нормативне правове забезпечення курортної справи; склалася диспропорція між потребою в санаторно-курортному лікуванні і відсутністю можливості придбання путівок через низьку платоспроможність населення; суттєве скорочення фінансування витрат на санаторно-курортне лікування та оздоровлення працівників та членів їх сімей за рахунок коштів обов'язкового соціального страхування; недостатній рівень розвитку інфраструктури курортів і невисокий рівень обслуговування хворих в ряді здравниць; урбанізація і перенаселення курортних місцевостей, чому сприяє зростаюча міграція населення; напівлегальне і нелегальне захоплення ділянок і територій курортних місцевостей, непродумане і неузгоджене міське та курортне будівництво, що призводять до позамежних навантажень на комунікації, нестачі питної води, відмов системи каналізації та інших аварійних ситуацій; відсутність механізму функціонування здравниць в умовах ринкової економіки і сприятливих умов для залучення інвестицій; відсутність державної реклами і системи інформування населення про переваги лікування на українських курортах та одночасна активна реклама деякими засобами масової інформації зарубіжних курортів і місць відпочинку; ослаблення контролю за використанням природних лікувальних ресурсів, що призвело до нераціонального витрачання найцінніших родовищ мінеральних вод і лікувальних грязей, зменшення їх застосування в практиці роботи санаторно-курортних організацій; значне скоро-

чення проведення науково-дослідних і виробничих робіт в області розвідки і використання природних лікувальних ресурсів, розробки і впровадження в практику сучасного технологічного обладнання, нових методик діагностики, лікування і оздоровлення хворих в санаторно-курортних організаціях; відсутність ефективної системи забезпечення наукових досліджень по розробці сучасних технологій лікувально-профілактичного застосування природних факторів і механізмів їх впровадження в практику охорони здоров'я; недостатня підготовка і перепідготовка кадрів на основі нових освітніх програм з сучасним науково-методичним забезпеченням.

Головною метою державної політики в санаторно-курортній сфері є створення в Україні високого рівня обслуговування рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, що забезпечуватиме широкі можливості для задоволення потреби громадян у санаторно-курортному лікуванні з метою загального оздоровлення населення. В даний час дуже актуальні питання оздоровлення та лікування громадян, в тому числі за рахунок державних коштів. Для ефективного цілеспрямованого використання наявних ресурсів, у тому числі природних, кадрових, фінансових та інших, з метою збереження здоров'я населення, слід визначити концептуальні засади розвитку санаторно-курортних підприємств. З цією метою визначимо ряд основних заходів, реалізація яких спрямована на розвиток санаторно-курортних підприємств. Слід зазначити, що багато питань розвитку санаторно-курортних підприємств можливо вирішити, використовуючи досвід зарубіжних країн. Зокрема, країн Європи і Азії, основний вид діяльності яких є туризм, в тому числі і лікувальний туризм. Як уже зазначалося, основними завданнями державного регулювання, контролю і координації розвитку санаторно-курортних підприємств в Україні є підвищення ефективності санаторно-курортного лікування і якості обслуговування хворих на курортах, використання сучасних технологій прийому, розміщення, харчування, екскурсійного обслуговування осіб, які перебувають на курортах (рисунки 4.10).



Створення комплексних програм щодо вдосконалення наявних і розробки нових методів медичної реабілітації з використанням основних лікувальних факторів курортів (мінеральних вод, клімату, лікувальних грязей) і інших видів немедикаментозної терапії.
Розробка індивідуальних програм оздоровлення та медичної реабілітації, в тому числі автоматизованих експертно-консультаційних систем.
Створення системи доказової медицини в курортології: проведення оцінки ролі курортного лікування у вторинній профілактиці захворювань, ефективності реабілітації, вплив на якість життя хворого, розробка єдиних критеріїв ефективності санаторно-курортного лікування на основі уніфікованих технологій.

Рис. 4.10. Державні засади розвитку санаторно-курортних підприємств [3, 6, 10]

Ефективний розвиток санаторно-курортних підприємств позитивно позначиться на стані здоров'я населення, призведе до зменшення рівня захворюваності та інвалідності, скорочення витрат на лікування хворих в поліклініках і стаціонарах. Крім того, реалізація названих заходів сприятиме поліпшенню стану інфраструктури курортів і лікувально-оздоровчих місцевостей, забезпечення економічної стабільності і прибутковості всього санаторно-курортного комплексу, дозволить зберегти і раціонально використовувати найцінніші природні лікувальні ресурси України, підвищити рівень надання санаторно-курортних послуг і конкурентоспроможність розвитку санаторно-курортних підприємств на міжнародному ринку. Разом з тим, відсутність єдиного підходу і критеріїв оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами не дозволяє провести достовірний аналіз потреби в їх задоволенні. Так, у Фонді соціального страхування критерієм оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами є кількість застрахованих громадян, забезпечених путівками на 1000 працюючих громадян, а учасники та інваліди Великої Вітчизняної

війни, громадяни та їхні діти, які постраждали від техногенних катастроф, є окремою категорією. У Міністерстві охорони здоров'я та деяких інших міністерствах і відомствах критерієм оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами є ліжко-день.

У міністерствах і відомствах відсутній єдиний підхід до розрахунку вартості путівок у санаторно-курортні організації. Вартість путівок встановлюється адміністраціями санаторіїв довільно. Розрахунок вартості ліжко-дня проводиться на підставі фактично отриманих коштів державного бюджету, а також позабюджетних джерел. У Міністерстві охорони здоров'я відсутня типова методика розрахунку вартості путівок в дитячі і туберкульозні санаторії, а контроль за використанням ліжкового фонду, призначеного для лікування дітей, дітей з батьками та хворих на туберкульоз здійснюється тільки на підставі щорічного заслуховування головних лікарів санаторіїв на балансових комісіях. Серед інших питань і проблем розвитку санаторно-курортних підприємств гостро стоїть питання ефективного використання наявних ресурсів. Аналізуючи сучасні проблеми в сфері санаторно-курортного комплексу, на нашу думку, вирішенням багатьох питань може послужити наявність у державних органів, що діють в системі санаторно-курортного комплексу, актуалізованого зводу інформації по всіх санаторно-курортних організаціях, простіше кажучи, необхідно сформувати єдиний реєстр санаторно-курортного комплексу.

Серед вищевикладених проблем зустрічається питання про паспортизацію санаторно-курортних організацій. Це питання є актуальним в розрізі створення єдиного реєстру санаторно-курортного комплексу, оскільки інформація, зібрана за допомогою паспорта (анкети опитувальника), може послужити базою для створення національного реєстру. Виходячи з вищесказаного, само собою виникає питання про правдивість і достовірність наданої оздоровниками інформації для формування реєстру санаторно-курортних підприємств України.

На наш погляд, цю проблему можливо вирішити за допомогою діючої системи сертифікації послуг із санаторно-курортного лікування з боку органів державної влади в Україні. Відзначимо, що процедура сертифікації передбачає виїзд експертної групи в

санаторно-курортну організацію і перевірку на відповідність, використовуючи первинну документацію, візуальний аналіз, опитування пацієнтів, зіставлення отриманих даних з діючими нормативами і вимогами. Висновки комісії можуть послужити підставою для внесення здравниці в єдиний реєстр або про відмову і висування вимог до оздоровниці усунути невідповідність, або позбавити її ліцензії на медичну діяльність. Порušуючи проблему класифікації оздоровниць за рівнем наданих послуг із санаторно-курортного лікування, на нашу думку, можлива розробка комплексної методики визначення рівня здравниці. Класифікація дозволить диференційовано підходити до розподілу між оздоровницями соціальних путівок, оплачуваних за рахунок коштів бюджету, що в свою чергу дозволить економити бюджетні кошти. Саму процедуру класифікації можливо організувати в рамках діючої системи сертифікації, про яку згадувалося раніше. Комплексне вирішення проблеми збору, аналізу і одночасного підтвердження відповідності здравниць встановленим вимогам дозволить здійснити формування єдиної бази даних санаторно-курортного комплексу і дозволить в подальшому ефективно реалізувати механізм функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу як на національному, так і на регіональному рівнях.

Формування механізму управління якістю рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств є одним з основних шляхів вирішення проблеми підвищення рівня обслуговування в санаторно-курортних організаціях у всіх регіонах України. Одним з істотних компонентів цієї системи могла б стати класифікація санаторіїв за рівнем обслуговування та оснащеності за певними категоріями. Спроби систематизувати, класифікувати, дати оцінку санаторно-курортним організаціям за рівнем послуг, що надаються, та санаторно-курортного лікування робилися і раніше.

В системі здравниць профспілок робилися спроби проводити визначення категорійності профспілкових санаторіїв. Так, «Укрпрофоздоровниця» 26 березня 1992 прийняла постанову «Про визначення категорійності санаторно-курортних установ». Широкого поширення ця система не отримала. Робота по визначенню якості надаваних санаторно-курортних послуг через систему

категорійності здравниць проводиться і в окремих регіонах. Проте ці класифікації також поширені недостатньо. Класифікацію готелів та інших засобів розміщення за категоріями кількості «зірок» здійснюють органи Міністерство культури і туризму України. Дана система включає в себе етап визначення відповідності об'єктів певним вимогам, градуйованим у вигляді графічного зображення зірки – від однієї до п'яти, а також експертну оцінку показників, що відображають якісну сторону умов проживання та обслуговування в готелях та інших засобах розміщення, включаючи будинки відпочинку, пансіонати та інші аналогічні засоби розміщення. Окремо оцінюються номери готелів на предмет відповідності вимогам до приміщень різних категорій. На останньому етапі дається комплексна оцінка відповідності готелів та інших засобів розміщення певних категорій, відповідним, як говорилося вище, різній кількості зірок. Зазначена система відпрацьована і налагоджена протягом ряду років для оцінки умов проживання в готелях, в той же час, не вирішує проблему класифікації санаторно-курортних підприємств за рівнем наданих послуг із санаторно-курортного лікування і відповідно якості лікування.

Треба визнати, що проблема класифікації санаторно-курортних організацій за рівнем послуг, що надаються і ефективності санаторно-курортного лікування досить складна і неоднозначна, що пов'язано з великим числом факторів, що впливають на динаміку здоров'я пацієнтів, незначними можливостями активно впливати на ці фактори, труднощами формалізації деяких розділів медичної діяльності, відсутністю достатньої нормативно-правової бази діяльності санаторно-курортних організацій. Ключовою для вирішення цієї проблеми, на нашу думку, є розробка і створення системи показників (індикаторів) діяльності санаторно-курортних підприємств з надання санаторно-курортних послуг. Комплексна оцінка рівня і якості діяльності санаторно-курортної організації може бути використана як для поліпшення основних показників роботи цієї організації, так і для порівняльного аналізу (ранжування) декількох однотипних санаторно-курортних організацій (санаторіїв, санаторіїв-профілакторіїв та ін.). Сукупність критеріїв для визначення категорії організацій санаторно-курортного ком-

плексу формується з урахуванням наукового підходу до прийняття рішень, тобто прийняття рішень про включення того чи іншого критерію в методику на підставі базової моделі прийняття рішень: обґрунтування; проектування варіантів рішення; вибір.

Тобто при отриманні негативного результату щодо розроблюваного критерію, цикл «обґрунтування – проектування варіантів рішення – вибір» повторюється. При формуванні критеріїв необхідно визначити процес з'ясування та деталізації того, що необхідно зробити для досягнення поставленої мети. У нашому випадку метою є формування повноцінної системи критеріїв визначення категорії організацій санаторно-курортного комплексу. Загалом етапи формування повноцінної системи критеріїв визначення категорії рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств представлено на рис. 4.11.

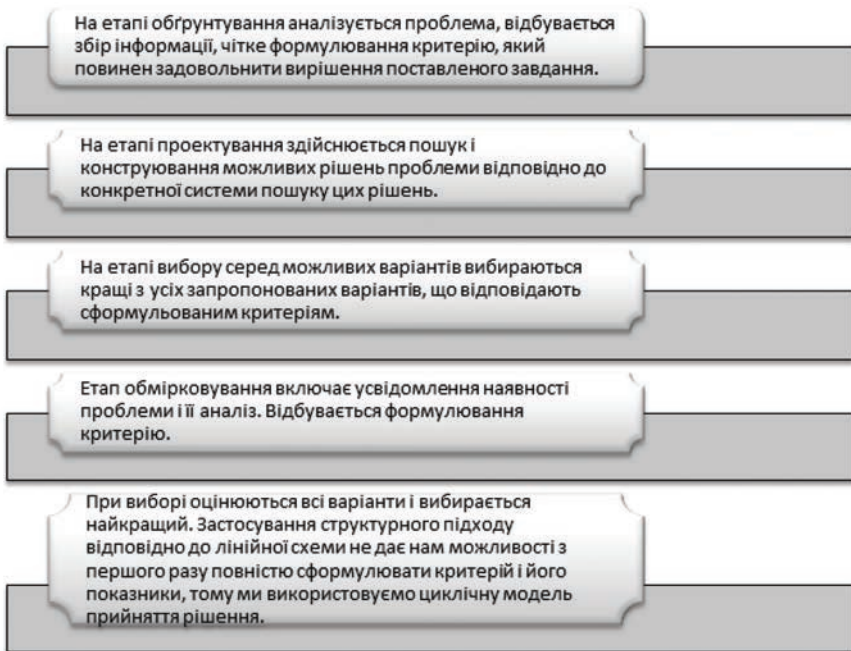


Рис. 4.11. Етапи формування повноцінної системи критеріїв рівня рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств

Для чіткого досягнення мети необхідно розробити план дій і слідувати йому. План являє собою раціональну схему, дозволяє логічно визначити етапність розробки та затвердження критерію і його показників. Етапність планування розробки і затвердження критеріїв виглядає наступним чином: 1. Визначення мети, тобто що саме ми плануємо отримати, розробивши і затвердивши будь-якій критерій, яку ефективність він принесе, що ми зможемо оцінити на основі вивчення його показників. 2. Генерація і оцінка варіантів критеріїв. Відбувається генерація варіантів формулювання критерію і його показників. Досліджуються і оцінюються всі варіанти. Вибирається найкращий, тобто найбільш доступний для розуміння і найбільш ємний за своєю інформативністю. 3. Визначення показників. Визначаються показники обраного критерію, що найбільш широко характеризують критерій. Відбувається експертна оцінка всіх можливих показників і вибирається ряд показників, що найбільш чітко характеризують критерій. Прибираються зайві, що не володіють максимальною інформативністю. 4. Формування ієрархії критеріїв. Сформульовані критерії розбиваються на групи і підгрупи з урахуванням їх значимості. Найбільш значущими є критерії, що характеризують медичні послуги, які надаються організаціями санаторно-курортного комплексу – критерії, що характеризують медичні профілі, оснащеність медичним обладнанням та медичним персоналом. Потім йдуть критерії, що характеризують надання послуг з проживання, організації харчування і т.д. 5. Аналіз сформованих критеріїв. Експертна оцінка та апробація сформульованих критеріїв на предмет їх актуальності та інформативності. У разі, якщо критерій не виконує закладені функції, слід заново визначати показники, або генерувати варіанти і формулювати критерії. 6. Розробка методики роботи з оціночними критеріями. Визначення категорій, застосовуваних у методиці визначення категорійності організацій санаторно-курортного комплексу і віднесення того чи іншого критерію до певної категорії. 7. Апробація розробленої методики. Впровадження в роботу отриманих результатів. 8. Моніторинг і контроль. У процесі спостереження за ефективністю застосування розроблених оціночних критеріїв проводити коригування, скасування або введення нових критеріїв [2].



Проведення повторюваних з певною періодичністю процедур аналізу на основі інформації про поточний стан зовнішнього і внутрішнього середовища служить контролем адекватності конкретних установок розвитку постійно змінюваних умов середовища, що і визначає необхідність їх коригування, отже, отримуємо постійний моніторинг. А в більш тривалих інтервалах результатом аналізу може бути і висновок неадекватності самої реалізованої стратегії поточному стану методики визначення категорії.

На цьому принципі здійснено розробку критеріїв класифікації санаторно-курортних організацій за рівнем послуг, що надаються за санаторно-курортного лікування, або категорійності оздоровниць. Експертна оцінка санаторно-курортних підприємств на відповідність певній категорії базується на сукупності вимог і критеріїв бальної оцінки. Комплексна оцінка санаторно-курортної організації на відповідність певній категорії полягає: визначення переліку показників (індикаторів) оцінки діяльності санаторно-курортної організації; визначення ієрархії показників (розподіл за значимістю); експертної оцінки ваг показників всіх рівнів; визначення правил оцінки кожного показника; розрахунок оцінки окремих показників і підсумкова оцінка рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства.

Для визначення ваги окремих показників необхідне залучення експертів. Слід мати на увазі, що занадто велика кількість показників ускладнює роботу експертів по їх ранжируванню. Оцінка рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства, на нашу думку, повинна здійснюватися за такими групами показників (індикаторів) за певний період часу (див. рис. 4.12). Ряд показників можуть бути оцінені методом експертної оцінки, наприклад, належність здравниці до курорту, наявність і використання місцевих природних лікувальних факторів (лікувальна грязь, мінеральна вода, клімат і ін.), використання додаткових нетрадиційних методів лікування [4].



Рис. 4.12. Система показників рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства [8]

Визначення відповідності здійснюваного в санаторно-курортних підприємствах лікування вимогам стандартів передбачає наявність зазначених стандартів за всіма видами лікування, в той же час, Державною службою туризму і курортів затверджені тільки 26 стандартів санаторно-курортної допомоги (відсутні стандарти санаторного долікування (реабілітації). Відсутні затверджені типові таблиці оснащення санаторіїв різної потужності і різних профілів лікування. Все це, як ми припускаємо, буде ускладнювати роботу з оцінки відповідності санаторно-курортних організацій категоріям.

Для цих цілей можна використовувати діючі таблиці оснащення, що містяться в Методичних вказівках МОЗ України від 02.10.2001 № 2001/140, які відносяться до здравниць, що здійснюють лікування осіб, які постраждали на виробництві від травм і профзахворювань, рекомендувавши їх для використання в інших випадках. Визначення категорій санаторно-курортних організацій, крім усього іншого, дозволить більш диференційовано підійти до ціноутворення на путівки в залежності від рівня організації в здравницях санаторного режиму, якості та ефективності проведеного лікування. Крім того, цей захід сприятиме розвитку і вдосконаленню матеріально-технічної бази санаторно-курортних організацій, зацікавленості персоналу здравниць в поліпшенні результатів санаторного лікування [9].

Як уже зазначалося, послуги з санаторно-курортного лікування, крім самого лікування, включають проживання, харчування, сервісні послуги та організацію дозвілля. Для визначення відповідності здравниці основним вимогам розроблені основні показники якості надання рекреаційних послуг по кожному з перерахованих вище компонентів. Основним є лікування. Саме з нього слід починати оцінку якості надання послуг. Для цього виділимо наступні основні критерії оцінки по вищезгаданим групам: 1. Критерії оцінки якості надання санаторно-курортного лікування. В першу чергу необхідно визначити місце розташування санаторно-курортної організації. Знаходження здравниці в курортній зоні є основним критерієм оцінки її здатності надавати послуги з санаторно-курортного лікування, використовуючи процедури з лікування

кліматом. Так само необхідно визначити наявність природних лікувальних факторів – лікувальної мінеральної води, лікувальних грязей, лікувального клімату. Необхідно визначити критерії відповідності лікувально-діагностичної бази санаторно-курортної організації, використовуваної при організації процесу по санаторно-курортному лікуванню. Основними показниками, в першу чергу, є відповідність оснащеності лікувально-діагностичних відділень і кабінетів рекомендованому переліку (МУ МОЗ України від 02.10.2001 № 2001/140), в залежності від профілю лікування. Крім цього, показниками служать: наявність сучасної медичної апаратури, застосування сучасних медичних технологій, наявність власної (не орендованої) медичної апаратури, дотримання вимог техніки безпеки при роботі з медичною апаратурою, обладнанням і т.д.

Отже, в процесі обґрунтування оціночних параметрів якості рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств з боку державних органів влади було обґрунтовано базисні критерії оцінки якості надання сервісних послуг і організації дозвілля, критерії оцінки оснащеності санаторно-курортної організації приміщеннями та обладнанням для організації дозвілля та побуту пацієнтів. Критерії оцінки забезпеченості санаторно-курортної організації обслуговуючим персоналом і його професіоналізм. Дані критерії розроблені з метою встановлення єдиного порядку проведення робіт з оцінки відповідності санаторно-курортної організації встановленим вимогам для визначення категорії. В сучасних умовах встановлені раніше в стандартах обов'язкові правила, норми і характеристики відносяться до безпеки продукції, робіт і послуг, розбиті на дві категорії, одна з яких, що має відношення тільки до продукції і процесів її виробництва, експлуатації, зберігання, перевезення, реалізації та утилізації, що повинні викладатися в технічних регламентах, виконання яких є обов'язковим, а інша, що має відношення до робіт та послуг, викладається в стандартах, виконання яких може здійснюватися на добровільній основі. Що стосується сертифікації і категорійності, то це поняття замінено більш загальним, а саме оцінкою відповідності, при цьому сертифікація є одним з етапів останньої. Тому, на нашу думку, запропонована система показників рекреаційної діяльності сана-

торно-курортного підприємства дозволить більш інтенсивно розвиватись підприємствам в цій сфері та більш прозоро регулювати цей процес з боку державних органів влади.

Аналізуючи систему управління і регулювання процесів розвитку санаторно-курортних підприємств, зокрема концептуальні засади та організаційну структуру в області державного регулювання та розвитку санаторно-курортного комплексу регіонів, можна зробити висновок про необхідність присутності держави в галузі санаторно-курортних підприємств. Однак, аналізуючи функції і склад державних органів у сфері санаторно-курортного комплексу, можна зробити висновок про те, що відсутня державна структура, яка була в стані забезпечити ефективне функціонування і розвиток санаторно-курортного комплексу на регіональному та національному рівнях. Це в першу чергу пов'язано з тим, що функції з координації, контролю та фінансування державних замовлень розосереджені між різними органами, які в свою чергу не мають можливості чітко організувати процес функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу. Крім цього, недостатньо розроблено законодавство в сфері санаторно-курортного лікування та рекреації в цілому. Відсутній єдиний підхід до вирішення проблем галузі. Провівши аналіз організаційно-економічних механізмів взаємодії учасників процесу санаторно-курортного лікування, виділені основні схеми взаємодії та механізми функціонування системи санаторно-курортного лікування, використовуючи засоби державного бюджету і позабюджетних фондів. Визначено основні функції державних органів в сфері санаторно-курортного лікування та основні обов'язки санаторно-курортних підприємств. Виявлено, що основна форма сучасної взаємодії органів державної влади з санаторно-курортними підприємствами реалізується за допомогою фінансування санаторно-курортних організацій через соціальне страхування та окремі державні програми з оздоровлення окремих категорій громадян. Важливим моментом у цій взаємодії є оплата послуг із санаторно-курортного лікування за рахунок коштів державного бюджету та позабюджетних фондів. При цьому в даний час відсутня методика розрахунку вартості ліжко-дня в санаторно-курортних організаціях за надання послуг із санаторно-курортного лікування пільгових категорій громадян.

## **Висновки до четвертого розділу**

На основі проведеного дослідження можна зробити висновки, що співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

Необхідність реалізації проекту Світового банку разом з МОЗ в Україні і, зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні, пов'язана з потребою у модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи (управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг відповідної якості при одночасному забезпеченні економічної ефективності.

Аналізуючи систему управління і регулювання процесів розвитку санаторно-курортних підприємств, зокрема концептуальні засади та організаційну структуру в області державного регулювання та розвитку санаторно-курортного комплексу регіо-

нів, можна зробити висновок про необхідність присутності держави в галузі санаторно-курортних підприємств. Однак, аналізуючи функції і склад державних органів у сфері санаторно-курортного комплексу, можна зробити висновок про те, що відсутня державна структура, яка була в стані забезпечити ефективне функціонування і розвиток санаторно-курортного комплексу на регіональному та національному рівнях. Це в першу чергу пов'язано з тим, що функції з координації, контролю та фінансування державних замовлень розосереджені між різними органами, які в свою чергу не мають можливості чітко організувати процес функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу. Крім цього, недостатньо розроблено законодавство в сфері санаторно-курортного лікування та рекреації в цілому. Відсутній єдиний підхід до вирішення проблем галузі.

Провівши аналіз організаційно-економічних механізмів взаємодії учасників процесу санаторно-курортного лікування, виділені основні схеми взаємодії та механізми функціонування системи санаторно-курортного лікування, використовуючи засоби державного бюджету і позабюджетних фондів. Визначено основні функції державних органів в сфері санаторно-курортного лікування та основні обов'язки санаторно-курортних підприємств. Виявлено, що основна форма сучасної взаємодії органів державної влади з санаторно-курортними підприємствами реалізується за допомогою фінансування санаторно-курортних організацій через соціальне страхування та окремі державні програми з оздоровлення окремих категорій громадян. Важливим моментом у цій взаємодії є оплата послуг із санаторно-курортного лікування за рахунок коштів державного бюджету та позабюджетних фондів. При цьому в даний час відсутня методика розрахунку вартості ліжко-дня в санаторно-курортних організаціях за надання послуг із санаторно-курортного лікування пільгових категорій громадян.

### **Список використаних джерел до четвертого розділу**

1. Бойко Г.М. Рекреаційна діяльність як складова філософії здорового способу життя [Електронний ресурс] / Г.М. Бойко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2013. – Вип. 112(3). – С. 97-99.
2. Гуменюк В.В. Фінансування санаторно-курортних послуг в дискурсі соціального страхування [Електронний ресурс] / В.В. Гуменюк // Економічний вісник Донбасу. – 2013. – № 1. – С. 114-118.
3. Дмитрук О.В. Структура маркетингу – резерв підвищення ефективності діяльності підприємств рекреаційно-туристичної сфери [Електронний ресурс] / О.В. Дмитрук // Держава та регіони. Сер. : Економіка та підприємництво. – 2013. – № 4. – С. 64-68.
4. Ільїна М.В. Управління та соціальне партнерство у сфері туристично-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / М.В. Ільїна // Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Технічний прогрес та ефективність виробництва. – 2013. – № 45. – С. 48-57.
5. Круцевич Т. Зарубіжний досвід організації рекреаційної діяльності дітей в умовах паркових комплексів [Електронний ресурс] / Т. Круцевич, Н. Пангелова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2013. – № 2. – С. 41-43.
6. Новикова В.І. Картографічна продукція рекреаційної споживчої, управлінської, господарської діяльності [Електронний ресурс] / В.І. Новикова // Часопис картографії. – 2011. – Вип. 1. – С. 148-155.
7. Рендович П.М. Сутність та особливості курортно-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / П.М. Рендович // Наукові записки [Національного університету "Острозька академія"]. Сер. : Економіка. – 2009. – Вип. 11. – С. 385-390.
8. Солодовник Ю.О. Проблематика прогнозування у сфері рекреаційної діяльності на сучасному етапі розвитку [Електронний ресурс] / Ю.О. Солодовник // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2013. – № 2. – С. 77-79.
9. Тесля Л.В. Поняття фінансової діяльності селищних рад рекреаційних територій в Україні: фінансово-правовий аспект [Електронний ресурс] / Л.В. Тесля // Форум права. – 2012. – № 1. – С. 972-976.
10. Щепанський Е.В. Світовий досвід організації туристично-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / Е.В. Щепанський // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – 2002. – № 4. – С. 153-160.



11. Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. Спільний зі світовим банком проект МОЗ України. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://wb.moz.gov.ua/>.

12. Офіційний сайт Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://tokl.rv.ua/>.

13. Реімбурсація. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/>.

## **РОЗДІЛ 5.**

### **ІНСТИТУЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА ТРАНСФОРМАЦІЮ СКЛАДОВИХ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

#### **5.1. Значення освітніх інститутів у вдосконаленні системи державного управління підготовкою медичних кадрів**

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

Проаналізуємо основні інституційні зміни, що проходять на теперішній в системі вищої освіти в цілому. Дем'янчук О.П. в статті «Політичні та інституційні обмеження реформ в українській вищій школі» визначає наступні рівні інституційної структури системи освіти України:

Макрорівень – всі формальні та неформальні освітні інституції, що так чи інакше вносять внесок в освітній розвиток особистості і суспільства;

Державний рівень – система навчальних закладів, об'єднаних єдиним керівництвом і єдиними жорсткими правилами і нормами, включаючи перелік спеціальностей з державною стандартизацією їх змісту;

Інституційний рівень – окремі навчальні заклади чи об'єднання незалежно від форми власності;

Фаховий рівень – факультети споріднених спеціальностей, наукові школи, що за академічною традицією мають право на остаточну істину [1, с.47].

О.В. Куклів пропонує в статті «Інституційні засади трансформації вищої освіти» розглядати інститут вищої освіти в наступних аспектах:

- як інститут суспільства, держави й економіки країни і регіону – активний чинник людського розвитку;
- як інституційний центр зосередження особистостей і колективів;
- як складну інтелектуальну сферу управління [2, с. 38].

Необхідно погодитися з позицією визначати інституалізацію в сфері вищої освіти з точки зору двох складових – суспільні інститути-норми та інститути – організації вищої освіти. До суспільних інститутів-норм ми можемо віднести міжнародні законодавчі норми – діяльність вітчизняної вищої освіти в рамках Болонського процесу, інші системи оцінки якості освіти, міжнародні звичаї та традиції, частиною яких є вища освіта України. Вітчизняні формальні та неформальні інститути у формі звичаїв та традицій також значно впливають на сучасну систему вищої освіти. До таких звичаїв і традицій ми можемо віднести толерантні норми, що пов'язані з духовністю та релігією нашого народу, соціальні умови виховання дітей в сім'ях на принципах гендерної рівності, піклування, взаємоповаги членів родини; політичні та управлінські інститути країни, що заохочують до набуття вищої освіти та стимулюють прагнення до глибоких знань.

Безумовно до суспільних інститутів-норм необхідно віднести законодавчі норми і правила, що регламентують діяльність в сфері вищої освіти, зокрема це Конституція України, Закон України «Про вищу освіту», Постанови Кабінету Міністрів, що стосуються вищої освіти, Міністерства охорони здоров'я, нормативні документи Міністерства освіти і науки України, НАЗЯВО, Статути ЗВО, внутрішні нормативні документи ЗВО. До морально-етичних норм, які є неформальними інститутами, але мають значний вплив на систему вищої освіти, слід віднести кодекс поведінки викладача, правила поведінки студентів, системи об'єктивного оцінювання

знань студентів, інші «неписані» правила відносин між викладачами та студентами та між іншими групами в колективі університету.

Ключовий вплив на забезпечення якісної підготовки фахівців мають інститути-організації, що працюють в сфері вищої освіти. До таких інститутів-організацій слід віднести органи управління в сфері вищої освіти, наприклад, МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін. Безумовно, навчальні заклади також є однією з головних форм інституційного забезпечення організації освіти. До таких навчальних закладів можна віднести університети, коледжі при університетах, академії, інститути, консерваторії, вищі училища спеціального спрямування, військові кафедри при університетах.

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

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

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

присутній елемент суб'єктивізму. Оскільки темою нашого дослідження є інституційні підходи до системи медичної освіти, то необхідно визначити, що інституційний фактор містить в собі такі складові, як вплив світового середовища якості освіти, функціонування системи освіти в глобальній інформаційній мережі, необхідність та можливість інтеграції в світові освітні структури, постійне вдосконалення національної законодавчої бази та наявність і необхідність підтримки в нашій країні наукових традицій та шкіл (рис. 5.1).

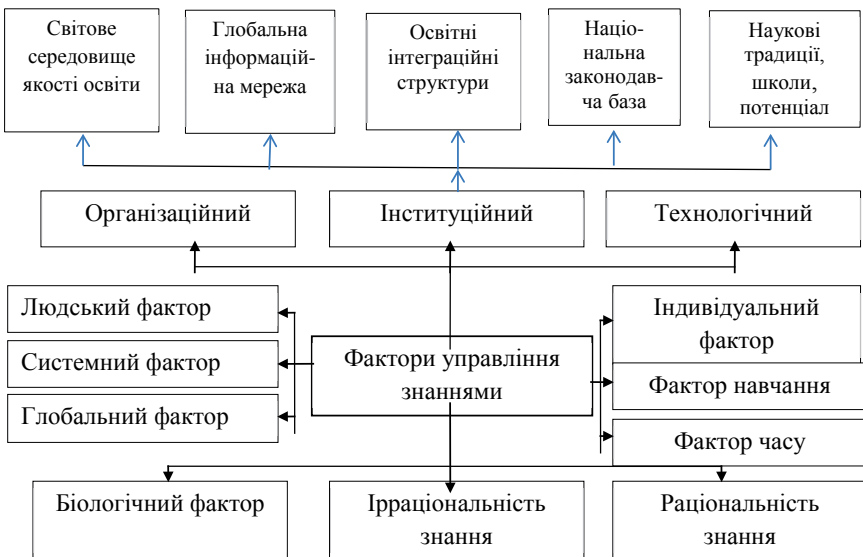


Рис. 5.1. Інституційні фактори управління знаннями [розроблено автором]

За останнє десятиліття інститут вищої освіти зазнав значної трансформації. Сучасний стан вищої освіти визначається впливом загальних інституційних змін суспільства, які потребували нових фахівців. До таких змін необхідно віднести:

- ринкові перетворення (розвиток приватної та корпоративної освіти, нові форми навчання, мобільності та отримання вищої освіти, комерціалізація освіти, збільшення попиту на освіту, диференціація трудових доходів);

- відкритість економіки (міжнародні навчальні корпорації, незатребуваність людського капіталу, вимивання робочих місць кваліфікованої праці, інтелектуальна міграція);

- науково-технічний прогрес (комп'ютеризація, інновації, інформатизація, телекомунікації, дистанційне навчання. Нові технології, попит на працівників високої кваліфікації);

- державне регулювання (демократизація в освіті, посилення податкового тиску, зменшення соціальних гарантій, скорочення державного фінансування освіти).

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

- державне регулювання (створення сприятливого економічного, інвестиційного клімату, забезпечення інноваційного розвитку, державний протекціонізм на ринку праці, зв'язок між кваліфікацією та заробітною платою, послаблення податкового тиску, інвестування в людський капітал);

- інтелектуалізація (зростання значення людського капіталу, зростання попиту на інтелектуальну працю, нові технології навчання, нестандартні форми освіти, зростання вимог до кваліфікованих працівників);

- глобалізація (поглиблення міжнародного співробітництва, Болонський процес, посилення конкуренції, посилення позицій висококваліфікованих працівників, інтелектуальна міграція);

- структурні трансформації (диверсифікація видів, форм освіти, збільшення зайнятості у сферах інтелектуальних послуг, підвищення мобільності освіти, покращення освітньо-професійної структури зайнятих).

Якщо проаналізувати еволюцію формування моделей вищої освіти, то можна визначити принципові відмінності від системи освіти, що довгий час домінувала на території колишнього СРСР, а також американської та континентальної системи вищої освіти (таблиця 5.1).

В процесі аналізу американської та континентальної моделі побудови вищої освіти можна відмітити її значну ідентичність. Мабуть це пояснюється тим фактором, що вони довгий час формувались в глобалізованій економіці під впливом схожих соціокультурних факторів та в умовах координації з боку міжнародних організацій.

Світовим інститутом-організацією, що регулює систему освіти на самому вищому рівні, є ЮНЕСКО. Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури, скорочено ЮНЕСКО (англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) – міжнародна організація, спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, яка при співпраці своїх членів-держав у галузі освіти, науки, культури сприяє ліквідації неписьменності, підготовці національних кадрів, розвитку національної культури, охороні пам'яток культури тощо.

У галузі освіти основні зусилля ЮНЕСКО спрямовані на:

сприяння розширенню доступу до базової освіти та ліквідації неписьменності;

розвиток екологічної та превентивної, безперервної, професійно-технічної та вищої освіти;

сприяння проведенню аналізу та оцінки національних освітніх систем, розробці політики та здійсненню реформ у галузі освіти з метою покращання її якості та адаптації до потреб суспільства;

підготовку освітянських кадрів;

сприяння визнанню еквівалентності навчальних курсів, свідоцтв і дипломів у сфері освіти [3].

До складу ЮНЕСКО входять такі міжнародні підрозділи, як: Інститут ІТ-освіти, Міжнародний інститут вищої освіти в Латинській Америці і Карибському регіоні, Міжнародний центр технічної і професійної освіти та підготовки кадрів, Інститут статистики, Міжнародне бюро освіти, Міжнародний інститут планування, Міжнародний інститут розбудови потенціалу в Африці, Інститут навчання протягом всього життя. В таблиці 5.2 подано резонансні заходи, що було проведено ЮНЕСКО останніми роками в галузі вдосконалення систем освіти.

Таблиця 5.1.

## Порівняння світових моделей вищої освіти [розроблено автором]

Складові	Орієнтація на потреби особи (британська, американська)	Орієнтація на потреби суспільства (європейські соціальні держави)	Орієнтація на потреби держави (радянська система)
Філософія	Задоволення потреб/бажань особистості з тим, щоб вона поєднувала власний добробут зі служінням суспільству, формування фахівців, конкурентоспроможних на світовому ринку праці	Задоволення потреб розвитку суспільства шляхом цілеспрямованого добору та підготовки спеціалістів у визначених державою пріоритетних секторах суспільного життя	Задоволення потреб розвитку суспільства шляхом цілеспрямованого добору та підготовки «гвинтиків державної машини», «виробництво» робочої сили для визначених державою секторів суспільного життя
Структура	Множинність вибору на всіх рівнях навчання	Цілеспрямоване тренування з обмеженими варіантами в рамках обраної спеціалізації	Формування широкого світогляду на основі великого набору загальнонаукових, суспільних, гуманітарних дисциплін
Тривалість	Протягом всього життя з численними можливостями перекваліфікації/зміни сфери діяльності	Вікові обмеження згідно із суспільною корисністю, певні можливості підвищення кваліфікації чи зміни сфери діяльності	Вікові обмеження згідно із суспільною корисністю, формальні підходи до підвищення кваліфікації чи зміни сфери діяльності
Фінансування	Різноманітні джерела, включаючи приватні та публічні/приватні фонди для всіх ВНЗ, у т.ч. приватних Підтримка окремих осіб, а не інституцій	Державний бюджет або приватні кошти Підтримка інституцій, а не окремих осіб Формування традицій, умов для існування благодійних внесків, стипендій	Державний бюджет. Підтримка окремих державних інституцій Відсутність традицій, умов для існування благодійних внесків, стипендій



Продовження таблиці 5.1

Управління	Самоврядування інституцій і партнерство з контролюючими органами «Правила гри» ВНЗ виробляються академічною громадою ВНЗ спільно з професійною адміністрацією Різноманіття і гнучкість методів управління з орієнтацією на задоволення запитів клієнта (студента)	Сильний регулятивний/контрольний вплив з боку регіональних органів Одноманітність методів адміністрування з орієнтацією на жорстку бюрократичну систему	Сильний регулятивний/контрольний тиск з боку вищих управлінських органів «Правила гри» ВНЗ розробляються людьми, мало причетними до академічної діяльності (парламент, Кабінет Міністрів, чиновники Міністерств тощо) Жорсткість і одноманітність методів адміністрування з орієнтацією на вимоги вищих керівних органів
Навчальний план	Формується структурним підрозділом ВНЗ з орієнтацією на задоволення потреб студента з кількома обов'язковими курсами	Визначається і стандартизується вищими керівними органами з орієнтацією на задоволення потреб економіки, значна кількість вибіркових дисциплін, значний обсяг самостійної роботи студента	Визначається і стандартизується вищими керівними органами з орієнтацією на задоволення встановлених сьогоднішньою державною владою потреб суспільства, мінімальна кількість вибіркових дисциплін
Контекст	Плюралістичне суспільство з високо розвинутими демократичними інституціями Глибокі традиції вільного фундаментального навчання Доступ до світових інформаційних, фізичних і людських ресурсів	Покладання на соціальний захист та на персональний розвиток особистості Демократичні інституції розвинуті Авторитарний стиль викладання з переважанням авторитету викладача Вільний та безкоштовний доступ до світових інформаційних та наукових ресурсів	Сильний ідеологічний зсув в колективізм, покладання на сильну владу, а не на персональний розвиток особистості Демократичні інституції ще не розвинуті Авторитарний традиційний стиль викладання з переважанням запам'ятовування над критичним мисленням Обмежений доступ до світових інформаційних та наукових ресурсів

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

Таблиця 5.2

Основні заходи і документи в освітній сфері,  
ініційовані ЮНЕСКО

Рік	Подія
1953, 1956, 1959, 1976, 1979, 1997	Регіональні конвенції про визнання кваліфікації (оцінювання якості освіти), які ратифіковані понад 100 державами-членами і стали ядром Болонського процесу
2002, 2004	Глобальний Форум з міжнародної якості, акредитації та визнання кваліфікації
2006	Пілотний проект із відкриття порталу провідних ЗВО з метою надання достовірної і повної інформації про авторитетні ЗВО світу
2007	Глобальна ініціатива (спільно зі Світовим банком) із забезпечення якості вищої освіти з метою створення міжнародних програм підтримання освіти у країнах, що розвиваються, Східній Європі та Середній Азії
2007	Глобальний Форум з міжнародної якості, акредитації та визнання кваліфікації
2011	Глобальний Форум (спільно з ОЕСР і Світовим банком) у Парижі «Рейтинг та оцінка якості вищої освіти – сильні та слабкі сторони» для вивчення проблем конкурентоспроможності вищої освіти, вироблення дієвої методології оцінювання роботи ЗВО, використання відповідних результатів в освітній політиці
2015	Світовий освітній Форум у м. Інчхон (Південна Корея), результатом якого стала Інчхонська декларація «Освіта 2030», що визначає стратегічні цілі і пріоритети розвитку освіти на всіх рівнях у довгостроковій перспективі

Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР, англ. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)) – міжнародна організація, що об'єднує 36 країни світу, більшість з яких є країнами з високим доходом громадян та високим ІРЛП і розглядаються як розвинені. Договір про ОЕСР був підписаний 14 грудня 1960 р. в Парижі, але вступив у дію 30 вересня

1961 р. на базі Європейської організації економічного співробітництва з метою координації економічної політики країн-членів ОЕСР і погодження програми допомоги країнам, що розвиваються.

Організація об'єднує 36 найбільш економічно розвинених країн світу – більшість держав Європейського Союзу, США, Австралія, Швейцарія, Норвегія, Південна Корея, Японія та інші. Штаб-квартира розміщена у Парижі (Франція).

ОЕСР також активно співпрацює з державами світу, які не є членами організації (зокрема з Україною), у рамках спеціалізованих програм, міжнародних заходів тощо [4].

Активно працює ця організація з урядом України в сфері освіти. Зокрема, 7.10.2014 р. було підписано «Меморандум взаєморозуміння між урядом України і організацією економічного співробітництва та розвитку щодо поглиблення співробітництва». Основними положеннями цього меморандуму є наступні:

оцінювання ефективності системи освіти згідно з міжнародними критеріями (наприклад, PISA), надання порад щодо покращення політики в галузі освіти у пріоритетних сферах, доступ до відповідних міжнародних досліджень та моніторингу для гарантування проінформованих національних реформ, покращення національного діалогу у сфері освітньої політики;

проведення семінарів для мобілізації стейкхолдерів, обмін досвідом, освітні стратегії та плани дій щодо організації реформ;

доступ громадян до якісної освіти (включаючи вищу), якість викладання та навчання у школах, менеджмент персоналу та ресурсів, здатність до попередження та виявлення зловживань у сфері освіти;

адресувати слабкі сторони освітньої політики та регулювання, які ведуть до нерозуміння, або зловживання довірою, створити направлені рекомендації щодо усунення ризиків цілісності та покращення їх раннього виявлення і використання антикорупційних механізмів для зменшення рівня корупції, відновити довіру громадян у можливість функціонування освіти на засадах таланту та заслуг, консолідувати дані про освіту в Україні, які можуть у подальшому використовуватися у співпраці з ОЕСР, підтримувати розповсюдження результатів та рекомендацій [4].

Основними міжнародними інструментами проведення політики ОЕСР в сфері освіти є такі її підрозділи, як Комітет з питань освітньої політики, Центр з питань досліджень та інновацій в галузі освіти, Програми: ІМНЕ, PISA, PIAAC. В таблиці 5.3 подано основні інформаційно-аналітичні видання ОЕСР з питань вищої освіти. До таких видань необхідно віднести наступні звіти та доповіді: «Стан вищої освіти», квартальні звіти, журнал «Управління вищою освітою та політика», новини ОЕСР, е-бюлетень та інформації про заходи програми ІМНЕ, «Результати PISA-тестувань», «PISA та Focus» (короткі огляди роботи Програми), «Обстеження компетентностей дорослих», «Навички дорослих у фокусі», «Гендерна рівність в освіті: здібності, поведінка, впевненість», «Студенти, комп'ютери і навчання», «Огляд освіти», «Освітні індикатори у фокусі» [5, с. 87].

Таблиця 5.3

Інформаційно-аналітичні видання ОЕСР з питань вищої освіти

Тематичні групи публікації	Назва публікації	Спрямованість
Програми інституційного управління в галузі вищої освіти	«Стан вищої освіти», квартальні звіти, журнал «Управління вищою освітою та політика», новини ОЕСР, е-бюлетень та інформації про заходи програми ІМНЕ	Проаналізовано сучасний стан вищої освіти в країнах ОЕСР та в світі, визначено пріоритети інформаційних технологій та визначено інституційні підходи до управління освітою
Програми оцінювання іноземних студентів	«Результати PISA-тестувань», «PISA та Focus» (короткі огляди роботи Програми)	Розвиток вищої освіти як індустрії, шляхи та можливості адаптації освітніх програм випускників шкіл різних країн
Програми міжнародного оцінювання компетентностей	«Обстеження компетентностей дорослих», «Навички дорослих у фокусі»	Реалізація принципу «освіта впродовж життя», адаптація систем освіти для освіти для дорослих

Продовження таблиці 5.3

Інші програми ОЕСР у галузі освіти	Звіти: «Гендерна рівність в освіті: здібності, поведінка, впевненість», «Студенти, комп'ютери і навчання»	Визначення особливостей навчального процесу для людей з різними здібностями та рівнем підготовки. Посилення початкової комп'ютерної підготовки
Інші публікації ОЕСР у галузі освіти	«Огляд освіти», «Освітні індикатори у фокусі»	Формування рейтингових систем, порівняльних показників, інтеграція різних систем освіти у рамках глобального поділу праці

До організацій міжнародного рівня, що є інституційними регуляторами освітнього процесу, слід віднести Світовий банк, що опікується системою транснаціоналізації освіти та фінансуваням освітніх проектів, Міжнародну асоціацію університетів, Міжнародну експертну групу з рейтингування та наглядову Раду цієї групи, Міжнародну мережу агентств забезпечення якості вищої освіти, міжнародні групи дослідників та експертів. До останніх міжнародних груп необхідно віднести Товариство з досліджень у галузі вищої освіти, Асоціацію з вивчення вищої освіти, Консорціум дослідників вищої освіти, Центр дослідження політики в системі вищої освіти, Центр міжнародної вищої освіти.

Система вищої освіти України, її інституційна складова більшою мірою спираються на наукові традиції та сучасні новації, що є притаманними для Європейського освітнього простору. В Європейському Союзі, крім головних інституцій-органів управління, таких як Європарламент, Європейська Рада, Рада ЄС, Єврокомісія, безпосередньо питаннями вдосконалення системи управління освітою та її вдосконаленням на регіональному рівні займаються такі інституції, як Агентство з питань освіти, аудіовізуальних

засобів і культури, Європейський центр розвитку професійної освіти, Європейська навчальна фундація, Європейський офіс ERASMUS+.

Еразмус (англ. Erasmus) – програма обмінів студентів, викладачів та науковців країн-членів Євросоюзу, а також Ісландії, Ліхтенштейну, Македонії, Норвегії, Туреччини. Програма надає можливість навчатися, проходити стажування чи викладати в іншій країні, що бере участь в програмі. У Єврокомісії Erasmus назвали найуспішнішою освітньою програмою ЄС і важливим інструментом боротьби з молодіжним безробіттям. Терміни навчання і стажування можуть складати від 3 місяців до 1 року. Еразмус Мундус має три напрями: спільні курси і програми Еразмус Мундус: спільні магістерські та докторські курси та програми, а також стипендії для студентів цих програм; партнерство Еразмус Мундус: утворення партнерств між університетами ЄС та третьої країни з метою обміну студентами всіх академічних рівнів навчання та обміну науково-педагогічними кадрами [6].

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

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

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

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

- повільне запровадження у навчальний процес сучасних наукових розробок та засад доказової медицини, галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, адаптованих до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я;

- несвоєчасний перегляд та оновлення програм підготовки спеціалістів для медичної галузі, що не встигає за розвитком сучасної медичної науки та нових медичних технологій;

- неефективна, надмірно централізована та застаріла система управління і фінансування в системі вищої медичної освіти;

  - нерозвинена система університетських клінік;

  - застаріла матеріально-технічна база навчальних закладів;

  - зростаюча нерівність у доступі до якісної освіти;

  - надмірна комерціалізація освітніх послуг; корупція тощо [7].

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

- неповна відповідність стандартам ЄС;

- зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самоудосконалення;

  - відсутність університетських клінік (4 на усю країну);

- невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу і відповідності самостійної роботи студентів та ін.;

  - недосконалість законодавства;

  - недостатність фінансування вищої школи;

- високий рівень педагогічного навантаження на викладача та ін. [8, с. 156].

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

глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності лікарів і викладачів;

встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей;

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

запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов);

акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні;

створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення [9, с. 8].

Міністерством охорони здоров'я у серпні 2014 р. запропоновано Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я є складовою Національного плану дій з реформування, який був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та Урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII). Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування [10, с. 3].

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



спроможна процедура найму, орієнтована на результат, повинна бути ключовою. Протягом перехідного періоду, що пов'язаний з реформуванням сфери надання послуг, рівень заробітної платні залежатиме від домовленостей між державою, закладами охорони здоров'я і професійними об'єднаннями, але в майбутньому рівень зарплати повинен визначатися ринком, як тільки це стане можливим» [11].

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

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

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

- не менш важливий вплив на діяльність системи управління медичною освітою мають інститути-організації. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.;

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

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

## **5.2. Нормативно-правове забезпечення реформування системи управління охороною здоров'я**

Інституційне забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні є комплексною системою, яка, як і кожна інституційна система, включає в себе основні види інститутів: інститути-організації, інститути-нормотворчі акти, неформальні інститути. Діяльність інститутів-організацій значною мірою впливає на відповідні процеси за рахунок організації якісної співпраці з іншими органами державного управління, органічної єдності з цілісною системою державного управління та ефективною внутрішньої системи менеджменту. Основою кожної системи інститутів-організацій є сформоване законодавче та нормативне поле відповідної сфери діяльності, зокрема системи охорони здоров'я. Основними інститутами-організаціями, що визначають, регулюють та управляють процесом проведення реформування охорони здоров'я в Україні, є Міністерство охорони здоров'я України та Національна служба здоров'я України. Ці дві організації працюють в єдиному організаційно-управлінському та правовому полі з Кабінетом міністрів України, Обласними державними адміністраціями, органами регіонального управління та місцевого самоврядування [22].

Важливим інституційним елементом системи охорони здоров'я України є неформальні інститути. Норми поведінки в сім'ї, відношення до свого здоров'я, відношення до здоров'я в суспільстві, самостійне використання та доступність ліків в Україні, самолікування, використання методів народної медицини є основними інституційними елементами культури народу України в процесі охорони здоров'я. Останнім часом науковці та держава почали більш уважно придивлятися до цих тенденцій та враховувати впливи народних та нетрадиційних методів лікування в загальній системі управління охорони здоров'я. Так, професор Я.Ф. Радиш та В.В. Євтушенко в статті «Українська народна медицина як національний феномен: генеза та перспективи розвитку (до проблеми державного управління у сфері народної медицини і цілительства)» визначають наступні шляхи вдосконалення системи державного управління в сфері народної та нетрадиційної медицини:

- удосконалення законодавчої бази з урегулювання галузі НіНМ;
- опрацювання заходів, спрямованих на реформування галузі НіНМ, розроблення пропозицій щодо визначення перспективних напрямів розвитку НіНМ та реалізація їх на державному рівні;
- інтеграція методів НіНМ в офіційну медицину;
- науково-методичне обґрунтування методів та засобів НіНМ;
- удосконалення системи професійної підготовки лікарів шляхом впровадження методів НіНМ;
- визначення обсягу корисності та переваг надання медичної допомоги методами НіНМ;
- розширення міжнародного співробітництва та обмін досвідом з іноземними спеціалістами, які практикують методи НіНМ;
- ведення просвітницької діяльності серед населення;
- вивчення та розвиток цілительства як самобутнього напрямку народного лікування [21].

В Україні значною мірою сформоване законодавче поле для ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я. До основних законодавчих актів цієї сфери можна віднести: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від

19.11.1992, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017, Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017, Закон України «Про лікарські засоби» від 4.04.1996, Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення від 24.02.1994 р.

Законодавчі акти підсилюються введеними в дію програмами та іншими документами національного значення, серед яких необхідно визначити як такі, що мають особливий вплив на процеси реформування системи охорони здоров'я: «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.» від 24.07.2014, Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року «Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги», Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» від 31.10.2011, Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», Постанова Кабінету Міністрів України від 5.09.1996 «Про впорядкування закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» та інші.

Створена в країні законодавча система регулювання сфери управління охороною здоров'я та нормативна база, що її підкріплює та деталізує, орієнтовані на європейські та світові стандарти надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я громадян. Система, що формується, є значною мірою соціальною, так як в її основі лежить стара радянська база медичного обслуговування і перейти відразу до суто комерційно-страхової моделі не є доцільним і прийнятним з огляду на стан фінансово-економічних можливостей населення. Крім того, нова модель, що базується на імплементованих європейських підходах, передбачає великий рівень соціальної захищеності громадян. Вона поєднує нові ринкові та комерційні підходи із принципами функціонування соціальної держави.

Основи права громадян України на отримання медичної допомоги закріплені Конституцією України. Стаття 49 Конституції

України недвозначно закріплює, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [12]. Система правових та нормативних актів у сфері охорони здоров'я деталізує, уточнює та закріплює це право. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Безоплатність, згідно з Рішенням Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002 означає, що особа не повинна відшкодовувати вартість медичної допомоги ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій іншій формі, незалежно від часу надання медичної допомоги. Не забороняється за окрему плату надавати громадянам медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги [13].

Згідно із законопроектом № 6327 меддопомога завжди і в повному обсязі надається громадянам за рахунок коштів державного бюджету. На первинному рівні та в разі настання екстреної ситуації держава оплачуватиме 100% всього необхідного лікування та медикаментів. Первинна медична допомога покриватиме близько 80% усіх звернень за медичною допомогою. На вторинному і третинному рівнях держава гарантує 100% оплату медичної допомоги та інших медичних послуг та лікарських засобів, що входять до лікування та визначені програмою медичних гарантій. Проект реформи не передбачає стягнення з громадян жодної плати за необхідну їм медичну допомогу. Гарантії, що подані в статті 49 Конституції України, повністю залишаються в процесі реалізації заходів медичної реформи [14].

Довгий час основним нормотворчим актом, який регламентує основні підходи в системі управління охороною здоров'я, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який було прийнято 19 листопада 1992 року. За цей довгий термін значна кількість поправок та доповнень до Закону значною мірою трансформували та осучаснили його сутність, особливо зміни, що були прийняті у 2017 році під час підготовки до втілення

основних механізмів медичної реформи. Головними положеннями цього Закону є: сучасні визначення медичної термінології, яка застосовується в практики ринкових відносин, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво.

Слід окремо акцентувати увагу на тій частині Закону, згідно з якою Держава у відповідності до Конституції України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

- а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;
- г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [14].

Це дозволяє зробити висновок про відповідність основ законодавства 1992 року пізніше прийнятим законодавчим та нормативним актам, спрямованим на створення нової системи охорони здоров'я.

Основним нормотворчим актом, який регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року. В основних положеннях цього Закону зазначено, що трансформація системи охорони здоров'я в Україні базується на Конституції України та

Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Законом визначено терміни та поняття, які є новими для вітчизняної медичної практики і які несуть в собі елементи запровадження нових ринкових та фінансових відносин в діяльності закладів охорони здоров'я та системи управління охороною здоров'я в цілому. До таких термінів, що вводяться новим Законом, належать програма державних гарантій медичного обслуговування населення, електронна система охорони здоров'я, надавачі медичних послуг, реімбурсація, уповноважений орган та інші [15].

Одним з нових нормативно-методичних підходів у системі охорони здоров'я, що застосовується цим Законом, є програми медичних гарантій. Від декларування загальних підходів надання медичної допомоги усім громадянам на безкоштовній основі, в поданому Законі подано напрями трансформації та запропоновано новий підхід, який чітко визначає сфери медичного забезпечення, в яких держава гарантує медичне забезпечення. До таких сфер віднесено:

- 1) екстрену медичну допомогу;
- 2) первинну медичну допомогу;
- 3) вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;
- 4) третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;
- 5) паліативну медичну допомогу;
- 6) медичну реабілітацію;
- 7) медичну допомогу дітям до 16 років;
- 8) медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами [15].

Найбільш великою частиною цього Закону є регламентація системи забезпечення програми медичних гарантій. В цій частині визначаються принципи програми медичних гарантій, права та обов'язки пацієнта у сфері державних фінансових гарантій, уповноважений орган, його структура та функції, особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, основні засади оплати надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, засади функціонування електронної системи охорони здоров'я. Основні положення регламентації системи забезпечення програми медичних гарантій подано в таблиці 5.4.

Таблиця 5.4.

Архітектура системи реформування охорони здоров'я  
у відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії  
медичного обслуговування населення»  
[розроблено автором на основі 15]

Принципи програми медичних гарантій			
Законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України;	Надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я;	Забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;	Цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;
Універсальність та справедливості доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;	Передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;	Гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб;	Конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.
Права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій			
Отримання необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;	Безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;	Можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;	Надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, у тому числі до інформації про стан свого здоров'я, діагноз.



Продовження таблиці 5.4

Отримання від Уповноваженого органу інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про такого пацієнта;	Оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу та його територіальних органів в установленому законом порядку;	Судовий захист своїх прав;	Звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу.	
Функції уповноваженого органу				
Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;	Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективно використання коштів за програмою медичних гарантій;	Проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;	Розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;	
Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування;	Отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів;	Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів;	Забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;	Здійснення інших повноважень, визначених законом.
Істотні умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій				
Перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів;	Умови, порядок та строки оплати тарифу;	Фактична адреса надання медичних послуг;	Права та обов'язки сторін;	
строк дії договору;	звітність надавачів медичних послуг;		відповідальність сторін.	
Функціонування електронної системи охорони здоров'я				

Крім цих положень, в Законі регламентується контроль та відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг. В фінансовій сфері така відповідальність розповсюджується на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичного обслуговування відповідальність покладено на МОЗ України.

Серед важливих прикінцевих положень слід відзначити тезу про повне введення в дію програми державних медичних гарантій з 1 січня 2020 року.

Істотним продовженням законодавчого регулювання змін в системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 року Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Цей Закон спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості. Серед таких заходів необхідно визначити основні:

1) наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;

2) впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;

3) розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей;

4) надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом;

5) розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

6) запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників;

7) розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи – підприємці;

8) розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних та спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у тому числі обладнаних реанімаційними засобами;

9) залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

10) сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття [16].

Одним з основних Законів, що регламентує сферу управління охороною здоров'я України, але не набув значних змін в процесі підготовки до проведення медичної реформи, є Закон України від 4 квітня 1996 року «Про лікарські засоби». В цьому Законі надано визначення лікарських засобів, порядок створення лікарських засобів, організація виробництва лікарських засобів, державний контроль якості лікарських засобів, порядок ввезення в Україну та вивезення з України лікарських засобів, методи реалізації лікарських засобів. Сфера виробництва та розповсюдження лікарських засобів є дуже централізованою, тому регіональні, місцеві та демографічні особливості в країні не впливають на неї [17].

Серед документів, які займають важливе місце в реформуванні стратегії управління системою охорони здоров'я в Україні, слід визначити Національну стратегію реформування системи

охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Документ було підготовлено Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я, відповідно до наказу № 522 Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2014 року. До розробки документа було долучено такі авторитетні міжнародні соціальні та медичні інститути, як Бюро ВОЗ в Україні, Світовий Банк (представництво в Україні, Білорусі та Молдові), Управління ООН з наркотиків та злочинності в Україні, Агентство США з міжнародного розвитку та наступні окремі проекти – «Програма розвитку державно-приватного партнерства в Україні», «Системи покращеного доступу до лікарських засобів та фармацевтичних послуг в Україні», «Проект системи охорони здоров'я 2020», «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Фундація «Відкрите суспільство» (Програма громадського здоров'я (м. Нью-Йорк), Швейцарське бюро співробітництва в Україні, Глобальний фонд для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією [17].

В Стратегії проаналізовано показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури. Серед основних стратегічних пріоритетів реформування системи охорони здоров'я виокремлено в сфері надання послуг: зміцнення первинної медичної допомоги, реформа мережі лікарень, розбудова системи громадського здоров'я, модернізація служби екстреної допомоги, вдосконалення стоматологічної допомоги. В сфері фінансування охорони здоров'я: диверсифікація та переорієнтація джерел фінансування, розподіл функцій покупців та надавача послуг, створення закупівельного агентства, консолідація коштів, перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги, розвиток медичного страхування. В сфері управління: реформування Міністерства охорони здоров'я, забезпечення автономності постачальників послуг, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я. В Стратегії наголошено, що «заклади охорони здоров'я та місцеві органи влади пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками: 1) розробка власного плану розвитку; 2) оцінка результатів із

застосуванням сучасних інформаційних і комунікаційних технологій; 3) підзвітність і використання медичної інформації; 4) забезпечення якості; 5) співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства» [18].

Крім основних перерахованих напрямів реформування системи охорони здоров'я в документі визначено нові підходи до контрактування персоналу, навчання та підвищення кваліфікації персоналу, вдосконалення діяльності фармацевтичного сектору в Україні, необхідності поліпшення медичної інформації, інформатизації сфери охорони здоров'я.

Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я, які є актуальними на теперішній час та які відображено в Стратегії з 2018 року по 2020 рік, визначено наступні:

- схвалити закони про систему керування якістю послуг в охороні здоров'я, що враховує вимоги ЄС;

- розробити ряд законодавчих актів про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів відповідно до вимог ЄС;

- запровадити ліцензування діяльності лікарів та укладання із ними угод;

- сприяти автономізації закладів охорони здоров'я за новою схемою та укладання угод із їх керівниками;

- розпочати масштабніше фінансування з використанням ДСГ закладів охорони здоров'я;

- продовжити розвиток системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я [18].

Ще одним нормативним документом є розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Концепція базується на нових ліберально-ринкових підходах до вирішення проблем реформування медичної сфери та покращення громадського здоров'я. У зв'язку з тим, що вона приймалася у 2011 році, шляхи досягнення результатів не є конкретизованими, але результати, які планується досягти, є сучасними за змістом та інституційними за характером. Серед головних результатів, які необхідно досягти, відзначимо наступні:

стабілізувати рівень первинного виходу на інвалідність (насамперед населення працездатного віку) шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення з 52,6 до 50 осіб (на 10 000 осіб);

знижити рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я до 17 відсотків;

досягти охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90–95 відсотків;

досягти середнього строку доїзду до пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості – до 20 хвилин;

знижити рівень поширеності основних факторів ризику здоров'я, насамперед куріння, зловживання алкоголем, незбалансованого харчування, надмірної ваги тіла, вживання наркотичних препаратів, низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії тощо;

знижити негативний вплив соціальних детермінант на розвиток хронічних захворювань;

перетворити гігієнічне навчання та виховання населення на державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичного виховання, інші соціальні інститути та засоби масової інформації;

поступово впроваджувати у навчальних закладах усіх рівнів акредитації стратегії «Здоров'я через освіту» [19].

Слід визначити, що запропонована Концепція є спробою імплементації європейських стандартів управління охороною здоров'я в Україні. Вона відповідає нормативним документам європейської спільноти з питань організації системи охорони здоров'я, заходам боротьби з передчасною смертністю, з урахуванням соціально-економічного стану країни, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення, здійснення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищення ефективності лікування та реабілітації тих, кого вразила хвороба.

Новим явищем у системі охорони здоров'я України, яке є одним з елементів медичної реформи, є розвиток телемедицини,

зокрема у сільській місцевості. Розвиток телемедицини має дві позитивні сторони, які у скрутні фінансові часи та в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах поліпшити якість медичного обслуговування населення. Це: по-перше, можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців та, по-друге доступність послуг у часі. Розвиток телемедицини обумовлений і Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року і Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року, а також Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років, затвердженою відповідно до наказу № 522 Міністерства охорони здоров'я України від 24.07.2014 року.

Основним нормативним документом розвитку цієї сфери є наказ № 681 Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 року «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». Цей Наказ практично вперше вводить в практику діяльності медичних закладів вживання таких термінів та використання таких засобів охорони здоров'я, як домашнє телеконсультування, кабінет телемедицини, телемедична мережа, телемедичне консультування, телеметрія. В наказі визначені мета та завдання телемедицини, функції та можливості мереж телемедицини, засоби використання мереж телемедицини, напрями ресурсного забезпечення телемедицини, механізми проведення телемедичного консультування.

В наказі визначено, що головною метою телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Основними завданнями телемедицини є:

забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання;

збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта;

створення єдиного медичного простору;  
сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я;  
формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я [20].

Проаналізовані основні нормативні документи в системі забезпечення реформування охорони здоров'я та їх зміст подано в таблиці 5.5.

Таблиця 5.5

Основні нормативні документи в системі забезпечення реформування охорони здоров'я [розроблено автором]

№	Назва документу	Дати	Основний зміст
1	ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	19.11.1992	медична термінологія, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво.
2	ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19.10.2017	медична термінологія, принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, функції уповноваженого органу, умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я.



Продовження таблиці 5.5

3	ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14.11.2017	регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості.
4	ЗУ «Про лікарські засоби»	4.04.1996	медична термінологія, створення лікарських засобів, виробництво лікарських засобів, державний контроль якості лікарських засобів, ввезення в Україну та вивезення з України лікарських засобів, реалізація лікарських засобів.
5	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.	24.07.2014	показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури, сфера надання послуг, сфера фінансування охорони здоров'я, сфера управління, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я.
6	Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір».	31.10.2011	імплементация європейських стандартів управління охороною здоров'я в Україні; організація системи охорони здоров'я, заходи боротьби з передчасною смертністю, урахування соціально-економічного стану країни, культурно-етнічних та історичних традицій, стан медико-демографічної ситуації, розвиток системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення, здійснення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищення ефективності лікування та реабілітації.

Продовження таблиці 5.5

7	Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я»	19.10.2015	нова термінологія розвитку телемедицини, визначені мета та завдання телемедицини, функції та можливості мереж телемедицини, засоби використання мереж телемедицини, напрями ресурсного забезпечення телемедицини, механізми проведення телемедичного консультування.
---	---	------------	--

Проаналізувавши основні законотворчі та нормативні документи, які є інституційною основою процесу реформування національної системи охорони здоров'я, необхідно зазначити, що основними законами, що регулюють цю сферу, є: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», Закон України «Про лікарські засоби». Законодавчі акти підсилюються введеними в дію програмами та іншими документами національного значення, серед яких необхідно визначити як такі, що мають особливий вплив на процеси реформування системи охорони здоров'я: «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.», Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Зовсім нове та не апробоване вітчизняною практикою медицини явище телемедицини регулюється Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я».

Подані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою і встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою та суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, встановлюють рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, відкривають нові можливості системи доступу до медичних послуг в сільській місцевості, запроваджують всеохоплюючу мережу інформації в сфері охорони здоров'я та імплементують кращі світові та європейські практики у вітчизняну систему охорони здоров'я.

### **5.3. Діяльність корпорацій як соціальних інститутів та їх вплив на систему охорони здоров'я**

Переходячи до аналізу впливу корпорацій на систему управління охороною здоров'я, слід зазначити, що в своїй більшості великі корпорації, як національні, так і міжнародні такою значною мірою впливають на соціальні процеси, що їх можна розглядати як окремих вид інститутів. В своїй монографії «Концептуалізація діяльності корпорацій в інформаційно-інституційному середовищі» Валіулліна З.В. розглядає корпорації як новітню форму сучасних інститутів, які мають значний вплив як на економічні, так і соціальні процеси. Цю думку автор доводить в монографії шляхом обґрунтування таких наукових положень, як: сутність концепцій інституалізації та її сучасні інтерпретації, періодизація онтологічних підходів до діяльності корпорацій в зовнішньому середовищі, виявлення ознак інституалізації в діяльності корпорацій, що визначають їх як інституційні утворення. Автор визначає наступні інституційні ознаки сучасних корпорацій:

- формування та розподіл виробничих ресурсів;
- створення додаткових конкурентних переваг;
- взаємодія з національними економіками;
- формування глобального транснаціонального середовища [23].

В контексті глобального впливу на стійкий розвиток економіки визначає корпорації як сучасний різновид інститутів А.Ю. Гладченко. В монографії «Інституційне забезпечення діяльності корпорацій в процесі формування глобальної рівноваги» науковець визначає наступні впливи корпорацій на соціальний та економічний розвиток як інститутів: систематизація сучасних інститутів антициклічної політики містить в собі корпоративні утворення, розглядаються корпоративні та інституційні моделі глобальної економічної рівноваги, аналізується управління економічною рівновагою на основі корпоративної соціальної відповідальності, досліджується управління економічною рівновагою на засадах співпраці з міжнародними фінансово-економічними інституціями, визначено пріоритети діяльності міжнародних інститутів в Україні з метою формування економічної рівноваги.

Визначаючи недоліки в механізмі державного регулювання ринкової поведінки корпорацій як інституційних утворень, автор особливу увагу відводить недосконалому регулюванню соціальних процесів в сучасній економічній системі. В монографії визначені види недоліків в наступних сферах:

- державне управління в сфері фіскальної політики (високий рівень відсоткових ставок за кредити. Невідповідність розмірів необоротних активів до розміру власного капіталу);
- регуляторна політика (незабезпечення прозорості, високий рівень тіньового сектору, відсутність стимулів до прибутковості діяльності);
- державне управління в сфері цінних паперів;
- державне управління в інвестиційній сфері (незначні обсяги іноземного інвестування, відсутність державних гарантій приватним капіталовкладенням);
- державне управління в сфері соціальної діяльності (відсутність оформлення на законодавчому рівні стандартів КСВ та соціальних інвестицій, а також звітності);
- державне управління в сфері конкуренції [24].

В монографії «Організаційно-економічні засади лібералізації інноваційного підприємництва» автори Л.Г. Сіпайло та Н.А. Сіпайло визначають інституційний механізм інноваційного розвитку країни, який пов'язаний за їх думкою з діяльністю підприємницьких структур. Зокрема, до об'єктів інституційного розвитку автори відносять формальні та неформальні інститути, а до суб'єктів інституційного механізму – органи державної влади, суб'єкти господарювання та неурядові організації. Також автори наводять економічний та соціальний результат діяльності суб'єктів господарювання як соціальних інститутів.

Цікавими здобутками авторів в питанні впливу господарюючих суб'єктів на економічну діяльність є їх дослідження напрямів діяльності неурядових організацій економічної сфери на формування господарчої системи України, формування громадянського суспільства та розвиток соціальної захищеності працівників. До таких напрямів автори відносять наступні:

– захист інтересів і прав суб'єктів господарювання, які є учасниками неурядових організацій (Українській союз промисловців та підприємців, Асоціація готельних об'єднань та готелів міст України);

– сприяння зміцненню економічних позицій та підвищенню конкурентних переваг суб'єктів підприємництва;

– організація контролю з боку громадян України за дотриманням антимонопольного законодавства і правил сумлінної конкуренції;

– стимулювання підприємництва серед населення за рахунок підвищення обізнаності та професіоналізму і ділової кваліфікації підприємців, шляхом створення центрів і шкіл бізнесу, комерції, менеджменту, а також проведення конференцій, семінарів і організації ділових зустрічей [25].

Значний внесок у сприйняття науковою спільнотою корпорацій як інститутів вклав проф. Сазонець І.Л., який зазначив, що найбільш адекватною інституційною теорією, яка відповідає повною мірою природі корпорацій як інститутів, є концепція одного з самих відомих представників традиційного інституціоналізму Джона Коммонса, який зазначав, що природа інститутів пов'язана насамперед з колективними діями. Сучасні корпорації є синтезом різних колективних форм власності, які хоча і базуються на приватному капіталі, приватних внесках, але за сутністю системи менеджменту, виробничих процесів, корпоративного управління є колективними організаціями.

За думкою Сазонця І.Л. найбільш важливими положеннями теорії Дж. Коммонса є такі, в яких він відзначав, що оскільки економічні блага обмежені, їх набуття регулюються колективними діями. Колективні дії створюють права та обов'язки з відносин власності та свобод, без яких в суспільстві панувала анархія. Інституціональна економіка надає колективним діям власне місце у вирішенні конфліктів [26].

Саленко А.С. в статті «Постіндустріальний перехід та еволюція корпоративного високотехнологічного підприємництва» досліджує розвиток підприємницьких структур у розрізі еволюції від інституційно несформованих суб'єктів до розвинутих структур

постіндустріального типу, які на його думку самі стають інститутами та впливають на соціальний розвиток людства. В процесі дослідження Саленко А.С. приходять до наступних висновків:

розвиток підприємницького сектору України базується на досить розгалуженій нормативно-правовій основі, співпраці з міжнародними організаціями, головне завдання яких є стимулювання цього сектору економіки, активної діяльності органів державного управління цією сферою та урахування новітніх тенденцій міжнародного співробітництва;

корпоративне підприємництво є самостійним видом підприємництва, який сформувався в індустріальній суспільно-економічній системі і еволюціонував у окрему форму високотехнологічного підприємництва у постіндустріальних країнах та країнах постіндустріального переходу;

постіндустріальний перехід та економічна система країн – анклавів постіндустріального суспільства надає можливість розвиватися і дрібним підприємцям;

основною ознакою високотехнологічного підприємництва є наявність потужних національних інноваційних корпоративних структур [27].

Дослідження Саленка А.С. доводять, що в нашій країні склалися всі необхідні умови в великих корпораціях з великими обсягами концентрації капіталу для запровадження принципів та заходів соціальної відповідальності та реалізації програм, що пов'язані із заходами щодо охорони здоров'я.

Більш концентрований вигляд має ця теза в монографії «Наукові основи та імплементація світових практик місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад». В цій колективній монографії Тихончук Л.Х. досліджує інституційну динаміку імперативів державного управління та його суспільно-економічні детермінанти. В процесі систематизації складових механізму державного управління та визначення корпорацій в якості каталізаторів інтеграційних процесів в країні та в регіонах Л.Х. Тихончук серед факторів, що стимулюють інституційні процеси становлення державного управління, виокремлює формування умов розширеного відтворення виробництва робочої сили (роз-

воток системи охорони здоров'я, освіти, перепідготовки кадрів). Ця проблема повинна вирішуватись не тільки державою, але й корпораціями [28].

Одним з дієвих механізмів запровадження програм медичного спрямування в корпораціях є реалізація механізмів сумлінної ділової практики. Сумлінна ділова практика є одним з механізмів запровадження більш повної соціальної політики – політики корпоративної соціальної відповідальності. Сумлінна ділова практика має багато аспектів, але один з них – сумлінне ставлення до працівників підприємства, їх соціальних потреб та потреб у підтримці здорового способу життя. В цілому схема реалізації сумлінної ділової практики за підходами Тадеєвої Н.В. [29] подана на рис. 5.2.

До сфери прояву сумлінної ділової практики між роботодавцями та працівниками, яка стосується питань охорони здоров'я, сучасні науковці відносять наступні:

- оплата праці: забезпечення гідної заробітної плати, програми підвищення заробітної плати, відсутність затримки у виплатах заробітної плати, допомога у критичних ситуаціях (у випадку складного захворювання, звільнення, у результаті скорочення штатів і т. д.);

- розвиток персоналу: навчальні програми і програми підготовки та підвищення кваліфікації персоналу; можливості перекваліфікації; сприяння в подальшому працевлаштуванні;

- мотивація персоналу: додаткове медичне страхування; соціальні пільги; нематеріальні програми винагород і т. д.;

- належні умови праці (безпека та охорона праці, інфраструктура місця праці і т. д.);

- гідне ставлення до працівників (повага до особистості, відсутність расової, релігійної, політичної чи гендерної дискримінації при прийманні на роботу) [30, с. 249].

В цьому контексті необхідно визначити, що найбільш значними формами співпраці корпорацій та працівників у сфері сумлінної ділової практики є надання соціальних пакетів корпораціями. За визначенням фармацевтичної енциклопедії соціальний пакет – фінансування соціального розвитку персоналу підприємства. Соціальний пакет передбачає закладення у бюджет корпорації коштів на: придбання та оплату санаторних путівок для персоналу;

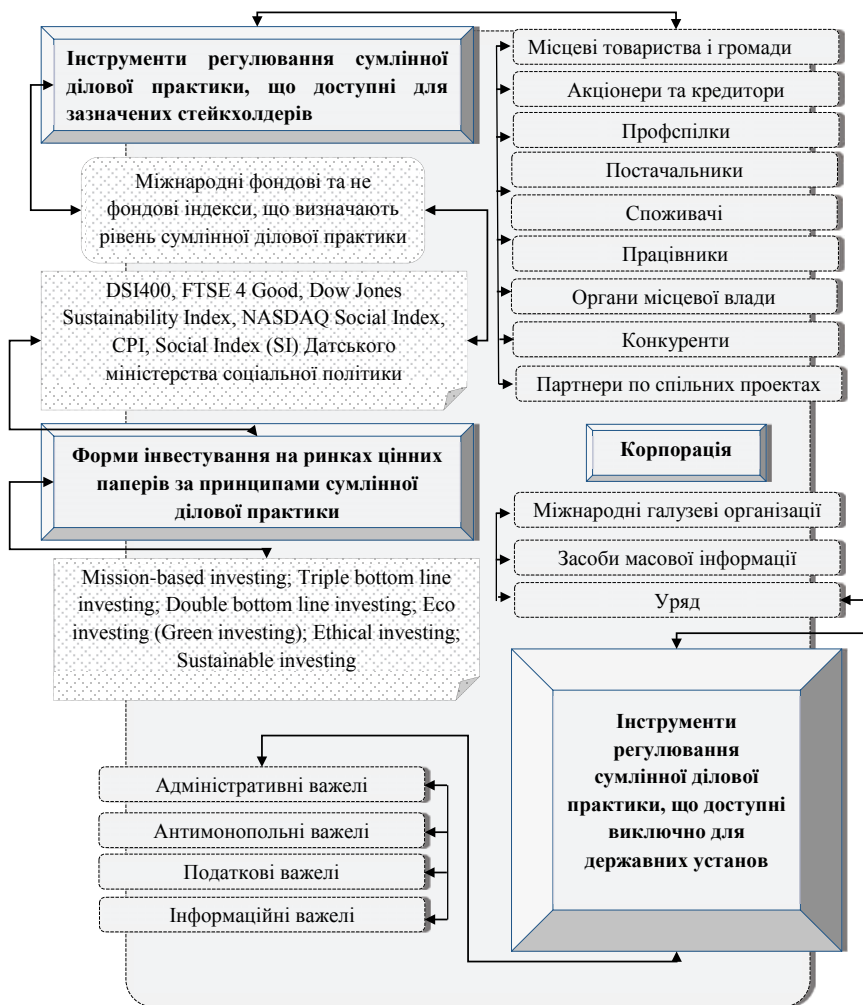


Рис. 5.2. Корпорації-інститути в системі сумлінної ділової практики

організацію відпочинку працівників; безкоштовне харчування або талони на придбання комплексних обідів (обмеженої вартості); оплату лікування; часткову або повну сплату страхових внесків на різні види страхування; надання безвідсоткових кредитів на придбання побутової техніки, автомобіля, оплату комунальних послуг;



участі у тренінгах та семінарах; надання у безоплатне користування автомобіля, який належить підприємству; безкоштовний мобільний зв'язок тощо [31].

Професор С.О. Цимбалюк в статті «Формування соціального пакета: досвід компанії «Метінвест холдинг» наводить приклади популярності окремих опцій соціального пакету серед працівників корпорації.

Науковець висловлює думку, що надання найманим працівникам соціального пакета дає змогу роботодавцю досягти таких цілей:

- сформувати позитивний імідж і бренд роботодавця на ринку праці;
- залучати та утримувати талановитих і висококваліфікованих працівників;
- посилювати мотивацію працівників, орієнтувати їх на поліпшення результатів праці;
- підвищувати якісні параметри людського капіталу;
- знижувати плинність персоналу на підприємстві;
- оптимізувати витрати на соціальне забезпечення, зменшувати непередбачувані фінансові витрати;
- покращувати соціально-психологічний клімат, зміцнювати корпоративну культуру [32].

За його інформацією поширеність опцій соціального пакету складається наступним чином (таблиця 5.6):

Таблиця 5.6.

Рівень поінформованості працівників ТОВ «Металінвест Холдинг» про різні опції соціального пакета [32]

Опції соціального пакета	Рівень поінформованості		
	Так, знаю	Ні, не знаю	Важко відповісти
Медичне страхування	101	2	0
Оплата мобільного зв'язку	31	64	8
Надання додаткової оплачуваної відпустки	70	30	3
Навчання в корпоративному університеті	20	72	11
Компенсація транспортних витрат	80	19	4
Надання оздоровчо-курортних путівок з частковою оплатою	92	9	2

Продовження таблиці 5.6

Надання путівок до літніх оздоровчих таборів з частковою оплатою	95	8	0
Організація заходів для дітей співробітників	65	30	8
Допомога на лікування	68	21	14

З матеріалів таблиці можна побачити, що саме опції пакету, що спрямованні на захист охорони здоров'я, такі як: медичне страхування, надання оздоровчо-курортних путівок із частковою оплатою, допомога на лікування – мають найбільшу популярність у працівників корпорації.

Досліджуючи природу соціального пакета, треба взяти до уваги таке.

По-перше, соціальний пакет є складовою компенсаційного пакета.

По-друге, соціальний пакет формують винагороди соціального характеру, що вирізняє їх від інших складових компенсаційного пакета.

По-третє, за своїм функціональним призначенням складові соціального пакету можуть різнитися: компенсувати витрати, пов'язані з виконанням посадових обов'язків, сприяти підтриманню та поліпшенню здоров'я та працездатності працівників, заохочувати до професійного зростання.

По-четверте, соціальний пакет є однією з основних характеристик, що формує привабливість підприємства на ринку праці.

По-п'яте, відсутній тісний зв'язок між винагородами та заохоченнями, що формують соціальний пакет, та кількістю і якістю праці. Фактично соціальний пакет одержують працівники лише за те, що вони є співробітниками підприємства, членами однієї команди, носіями корпоративної культури [32].

Існує декілька видів соціальних пакетів. Всі ці пакети можуть містити в собі опції, що спрямовані на покращення здоров'я працівників. До базового соціального пакету, як правило, входять: забезпечення умов праці та надання пільг і гарантій, передбачених законодавством (колективними договорами та

угодами); загальнообов'язкове державне соціальне страхування; виплата працівнику належної заробітної плати в повному обсязі тощо. Мотиваційний соціальний пакет характеризується розширеними параметрами, спрямованими на підвищення професійних та особистісних характеристик працюючих, а також забезпечення прийняттого рівня фізіологічного та морального відтворення працівників. Компенсаційний соціальний пакет має за мету відшкодування особистих витрат (матеріальних, фізичних, моральних), які пов'язані з роботою та безпосередньо стосуються трудової діяльності людини [31].

Дослідження, що проводилось авторитетним порталом *rabota.ua*, виявило, що серед найбільш популярних з точки зору роботодавців опцій соціального пакету, які вони пропонують працівникам, є наступні (таблиця 5.7):

Таблиця 5.7

Опції соціального пакету, що найчастіше пропонуються корпораціями України [33]

№	Опція соціального пакету	%
1	Службова техніка/апаратура	49
2	Оплата мобільного зв'язку	46
3	Медичне страхування	43
4	Подарунки до свят	36
5	Матеріальна допомога при захворюванні	35
6	Додаткова відпустка	25
7	Оплата проїзду/бензину	25
8	Відвідування спортзалу/басейну	22
9	Оплата навчання	21
10	Службовий транспорт	20
11	Оплата харчування	21
12	Страхування життя	13
13	Подорож по країні та/або за кордон	9
14	Дисконтні картки	9
15	Страхування для членів сім'ї	9
16	Вигідні кредити	6
17	Інше	6

Ця таблиця демонструє, що ситуація, що склалася в питаннях формування соціального пакету для працівників в корпорації ТОВ «Металінвест Холдінг», є типовою для всіх інших корпорацій України. Опції, що спрямовані на компенсацію витрат з охорони здоров'я працівників, є одними з найбільш популярних в Україні. 43 % працівників, що охоплені опитуванням, отримують медичне страхування як опцію соціального пакету, 35 % отримують матеріальну допомогу при захворюваннях, 25 % отримують додаткову відпустку, що є як соціальним, так і медичним чинником дієвості соціального пакету, 22 % отримують компенсації при відвідуванні спортивного залу та басейну, 13 % отримують оплату полісів страхування життя, які також можуть містити в собі умови медичного страхування та страхування від нещасних випадків, 9 % – компенсації страхування для членів сім'ї.

В цілому серед опитаних представників корпорацій 46% відповіли, що на їх підприємствах застосовуються механізми надання соціальних пакетів, з цих підприємств на 74 % підприємств соціальні пакети в тому чи іншому обсягах надаються всім категоріям персоналу, на 13 % підприємств соціальні пакети надаються тільки топ-менеджменту та середній ланці управлінського персоналу, на 8 % підприємств соціальні пакети надаються тільки топ-менеджменту. Слід зазначити, що учасники опитування приймали у ньому участь на добровільних засадах і тому представники опитаних являють собою найбільш активну частину бізнесу України, яка априорі спрямовує свою діяльність на співпрацю із суспільством, трудовими колективами та піклується про застосування нових цивілізованих підходів в управлінні корпораціями [33].

Визначені в даному прикладі програми страхування, що пов'язані зі здоров'ям, є привабливими як для роботодавців, так і для працівників. Необхідно визначити, що такі програми по-перше обумовлені іноземною практикою запровадження стандартів корпоративної соціальної відповідальності та сумлінної ділової практики в Україні, по-друге, програми медичного страхування обумовлені низьким рівнем доступності медичних послуг на робочих місцях безпосередньо в великих комерційних структурах, по-третє, наявність таких програм для топ-менеджменту зумовлена ненор-

мованим робочим днем, великою кількістю стресових ситуацій, напруженим графіком роботи та фактичним часом роботи, який значно перевищує встановлений законодавством, по-четверте, на страховому ринку ці види програм замінили собою цілий перелік обов'язкових видів страхування, який був присутнім в секторі страхування життя та здоров'я в радянські часи.

Програмами медичного страхування можуть бути передбачені такі основні види послуг:

- надання швидкої медичної допомоги;
- госпіталізація в лікувальну установу для хірургічного, консервативного чи симптоматичного лікування;
- амбулаторно-поліклінічна й консультаційно-діагностична допомога;
- надання стоматологічних послуг тощо.

Програми медичного страхування можуть передбачати надання медичної допомоги в закладах різного класу («люкс», «комфорт», «стандарт») та різний рівень компенсації витрат на лікування. Застраховані працівники одночасно можуть прикріплюватися до кількох лікувальних установ. Ліміт відповідальності страхової компанії може бути необмеженим.

Привабливою пропозицією для працівників є включення до компенсаційного пакета страхування життя чи страхування від нещасного випадку. За цими програмами працівники або члени їхніх родин одержують гарантовані грошові компенсації в разі:

- смерті працівника;
- настання інвалідності;
- зазнання працівником травм або тілесних ушкоджень;
- тимчасової або повної втрати працездатності;
- критичних захворювань (онкологія, інфаркт, інсульт, ниркова недостатність, потреба у трансплантації органів тощо);
- необхідності госпіталізації та хірургічних втручань [34].

Укладання страхових угод корпорацією, в яких вигодонабувачами є співробітники компанії, є ефективним та не дуже затратним для корпорації способом визначити соціальну спрямованість свого менеджменту. Окрема людина, працівник скоріше за все не застрахує своє життя, або не купить медичний поліс. В нашій країні

ще не присутня культура страхування на такому рівні. Поки що громадяни України страхуються тільки у випадках, коли це страхування є обов'язковим видом, або коли готуються до туристичної подорожі. Застосувавши такий недорогий вид соціальної пільги медичного характеру, корпорація набуває додатковий авторитет та позитивний імідж.

При медичному страхуванні та страхуванні від нещасних випадків корпорації враховують специфіку діяльності та виробництва, на якому працює співробітник. Якщо співробітник – менеджер корпорації, його застрахують від нещасних випадків, які можуть бути присутніми в транспортній сфері, або від отруєння, якщо робота пов'язана з відрядженнями та харчуванням в кафе або інших закладах громадського харчування, якщо працівник є представником робітничої спеціальності, його буде застраховано від ризиків здоров'ю, що пов'язані з техногенними факторами або хронічними захворюваннями, які можуть бути набуті у виробничому процесі. У випадках, при яких в діяльності працівника не проглядається особлива специфіка, він може бути застрахованим за класичними стандартними полісами страхування, які пропонує страхова компанія-партнер.

Важливим чинником формування компенсаційних пакетів та поширення практики їх запровадження є застосування опцій компенсаційних пакетів як елемента стимулювання персоналу. Якщо проаналізувати матеріали таблиці 5.8, то можна зробити висновки, що не є тотожними витрати на персонал та витрати на компенсаційний пакет в таких його опціях, як витрати на залучення персоналу (витрати на пошук, підбір кадрів, послуги кадрових агентств тощо), податки, що відносяться до витрат на персонал, витрати, пов'язані із забезпеченням нормального технологічного процесу (спецодяг, спецзасоби тощо). По всім іншим критеріям витрати на компенсаційний пакет є додатковими стимулюючими факторами для розвитку персоналу (таблиця 5.8).

Таблиця 5.8

Порівняльна характеристика витрат на персонал і витрат на компенсаційний пакет [35]

№	Опція компенсаційного пакету	Витрати на персонал	Витрати на компенсаційний пакет
1	Витрати на залучення персоналу (витрати на пошук, підбір кадрів, послуги кадрових агентств тощо)	+	-
2	Пряма оплата	+	+
3	Оплата за невідпрацьований час	+	+
4	Премії та нерегулярні платежі, бонуси	+	+
5	Податки, що відносяться до витрат на персонал	+	-
6	Мобільний зв'язок	+	+
7	Службовий транспорт	+	+
8	Оплата представницьких витрат	+	+
9	Оплата навчання та підвищення кваліфікації працівників	+	+
10	Страховання життя	+	+
11	Додаткове пенсійне страхування	+	+
12	Виплата «оздоровчих» та оплата путівок	+	+
13	Знижки на продукцію, що випускає компанія	+	+
14	Дотації на харчування	+	+
15	Доплата за стаж роботи в компанії	+	+
16	Доплата за «знання»	+	+
17	Надання кредитів та позик на вигідних умовах	+	+
18	Виплата допомоги при звільненні	+	+
19	Сприяння працевлаштуванню при звільненні	+	+
20	Право на придбання акцій компанії за пільговою вартістю	+	+
21	Витрати, пов'язані із забезпеченням нормального технологічного процесу (спецодяг, спецзасоби тощо)	+	-

Крім факторів, що зумовлюють сутнісне наповнення діяльності корпорацій в сфері охорони здоров'я, таких як: необхідність розширеного відтворення робочої сили, розвиток процесів корпоративної соціальної відповідальності, формування сумлінної ділової практики корпорацій, розвиток практики надання соціальних та компенсаційних пакетів працівникам корпорацій, важливою передумовою діяльності підприємств в сфері організації охорони здоров'я є вимоги забезпечення техніки безпеки, контролю за здоров'ям робітників, які мають місце в окремих галузях народного господарства, та безпека життєдіяльності працівників. Традиційно на всіх підприємствах, в офісних установах, організаціях повинні бути аптечки. Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у листі від 16.08.2005 р. № 261-05-3 зазначив, що єдиного нормативно-правового акта, який зобов'язує підприємства мати аптечки, немає, але така необхідність впливає із загальних вимог законодавства щодо забезпечення охорони праці на підприємстві [36].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33 визначені штатні нормативи та типовий штат медичного персоналу закладів охорони здоров'я, у тому числі лікарських та фельдшерських здоровпунктів, що діють на підприємствах.

Фельдшерські здоровпункти мають створюватися при: підприємствах з чисельністю працівників не менше 500 на кожному; шахтах з чисельністю працівників менше 500; об'єктах капітального будівництва з чисельністю працівників не менше 500 на кожному або на декількох розташованих поруч об'єктах; вищих та середніх учбових закладах з чисельністю учнів не менше 800 у кожному з них, які не мають лікарських здоровпунктів; професійно-технічних, технічних, торгових, кулінарних, торгово-кулінарних і мореплавних училищах (школах) з кількістю учнів не менше 500 у кожному з них, які не мають лікарського здоровпункту; підприємствах транспорту, які не мають лікарських здоровпунктів, при чисельності працівників не менше 500 або водіїв – не менше 300 осіб на кожному з них; підприємствах, комбінатах та училищах з кількістю працівників (учнів) – інвалідів не менше 500; геолого-



розвідувальних, розвідувальних та дослідницьких партіях і експедиціях, які не мають лікарських здоровпунктів [37].

Лікарські здоровпункти створюються при: промислових підприємствах та об'єктах капітального будівництва з чисельністю працівників не менше 1200 на кожному з них або на декількох розташованих поряд об'єктах капітального будівництва за умов, визначених законодавством; підприємствах транспорту та зв'язку з чисельністю працівників понад 1200 на кожному, які не мають фельдшерського здоровпункту; вищих та середніх спеціальних учбових закладах, сільських професійно-технічних та технічних училищах з чисельністю учнів на денних факультетах (відділеннях) не менше 1200 осіб у кожному з них, які не мають фельдшерського здоровпункту [37].

Відповідно до Закону України «Про дорожній рух» від 30.06.1993 р. адміністрація підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності та господарювання, до штатів яких входять водії, зобов'язана забезпечувати водіїв санітарно-побутовими приміщеннями і обладнанням, а також приміщеннями для здійснення лікувально-профілактичних заходів. Для медичного контролю обслуговування водіїв та їх оздоровлення підприємства, установи та організації незалежно від форм власності та господарювання при чисельності водіїв до 100 осіб укладають договори на їх медичне обслуговування з територіальними медичними закладами, а при чисельності водіїв 100 і більше осіб створюються спеціалізовані медичні пункти, медико-санітарні частини тощо [38].

Найбільш впливовою формою управління охороною здоров'я працівників та членів їх сімей з боку корпорацій є діяльність медико-санітарних частин. У відповідності до Наказу МОЗ України 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» «медико-санітарною частиною називається міська поліклініка або міська лікарня з поліклінікою, призначені виключно для надання медичної допомоги робітникам промислових підприємств, будівельних організацій, підприємств транспорту. До складу медико-санітарної частини можуть входити й інші заклади охорони здоров'я [39].

Найбільш активно медико-санітарні частини працюють в транспортній сфері. Прикладом такої установи може бути компанія Дніпроавіа. Медико-санітарна частина ПАТ «АК «Дніпроавіа» є лікувально-профілактичним закладом, на медичному обслуговуванні якого знаходяться авіаційний персонал понад 16 авіапідприємств південно-східних і центральних областей України. МСЧ має дозвільні документи Міністерства інфраструктури України, акредитаційний сертифікат та ліцензію Міністерства охорони здоров'я України.

Основні завдання медико-санітарної частини АК «Дніпроавіа»:

- медичне забезпечення безпеки польотів;
- медична сертифікація авіаційного персоналу 1, 2, 3 класу;
- надання амбулаторно-поліклінічної, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги;
- проведення профілактичних і протиепідемічних заходів.

МСЧ ПАТ «АК «Дніпроавіа» надає широкий спектр медичних послуг. Основним з них є медична сертифікація авіаційного персоналу 1, 2, 3 класу, яка включає в себе: продовження медичного сертифіката, додаткова сертифікація, призупинення дії або заміна медичного сертифіката.

МСЧ надає також широкий перелік інших послуг для працівників компанії та громадян. Прийом ведуть висококваліфіковані лікарі наступних напрямків: отоларинголог, хірург, невропатолог, кардіолог, терапевт, офтальмолог, гінеколог, лікар авіаційної медицини. На базі МСЧ функціонує клінічна лабораторія та кабінет функціональної діагностики (ЕКГ, ВЕП, спірометрія) [40].

Найбільш великою медико-санітарною частиною країни є МСЧ ПАТ «Укрзалізниця», яка функціонує також в транспортній сфері. Укрзалізниця є державною корпорацією та ставить піклування про залізничників та членів їх сімей на перше місце в своїй соціальній діяльності. В її складі працює 8 великих лікувальних закладів: Львівська клінічна лікарня на залізничному транспорті, Одеська клінічна лікарня на залізничному транспорті, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1 (Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці), Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, Київська клінічна лікарня на заліз-

ничному транспорті №1, Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, Київська клінічна лікарня на залізничному транспорті №3 (Вузлова лікарня № 1 станції Дарниця), Дніпровська клінічна лікарня на залізничному транспорті (Дорожня клінічна лікарня станції Дніпро). Таким чином одна з найбільших корпорацій України вносить вагомий вклад в систему охорони здоров'я своїх працівників, членів їх сімей та громадян країни в цілому [19].

Підводячи підсумки наукового аналізу, необхідно визначити, що діяльність корпорацій в сфері охорони здоров'я можна розглядати як діяльність великих соціальних інститутів. Серед факторів, які визначають соціальну спрямованість в діяльності корпорацій на формування системи охорони здоров'я України, можна виділити наступні: необхідність розширеного відтворення робочої сили, розвиток процесів корпоративної соціальної відповідальності, формування сумлінної ділової практики корпорацій, розвиток практики надання соціальних та компенсаційних пакетів працівникам корпорацій. Такі пакети містять в собі опції, що забезпечують працівникам доступ до медичних послуг та послуг по оздоровленню.

Важливою передумовою ефективної соціальної діяльності підприємств в сфері організації охорони здоров'я є вимоги забезпечення техніки безпеки, контролю за здоров'ям робітників, які мають місце в окремих галузях народного господарства та безпека життєдіяльності працівників. Такі вимоги на теперішній час реалізуються шляхом наявності в кожній фірмі, компанії, корпорації аптечок, створення фельдшерських пунктів на середніх за кількістю працівників підприємствах, наявність здоров'я пунктів на великих підприємствах. Найбільш великі корпорації національного значення мають в своєму складі медико-санітарні частини, що є основою системи охорони здоров'я для співробітників цих корпорацій, членів їх сімей та значної кількості громадян України.

## **Висновки до п'ятого розділу**

Вдосконалення системи державного управління підготовкою медичних кадрів на основі вдосконалення інституційної системи вищої освіти базується на наступних складових:

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

– не менш важливий вплив на діяльність системи управління медичною освітою мають інститути-організації. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.;

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

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

Подані в розділі законодавчі та нормативні акти є інституційною основою і встановлюють нові принципи регулювання

відносин між державою та суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, встановлюють рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, відкривають нові можливості системи доступу до медичних послуг в сільській місцевості, запроваджують всеохоплюючу мережу інформації в сфері охорони здоров'я та імплементують кращі світові та європейські практики у вітчизняну систему охорони здоров'я.

Діяльність корпорацій в сфері охорони здоров'я можна розглядати як діяльність великих соціальних інститутів. Серед факторів, які визначають соціальну спрямованість в діяльності корпорацій на формування системи охорони здоров'я України, можна виділити наступні: необхідність розширеного відтворення робочої сили, розвиток процесів корпоративної соціальної відповідальності, формування сумлінної ділової практики корпорацій, розвиток практики надання соціальних та компенсаційних пакетів працівникам корпорацій. Такі пакети містять в собі опції, що забезпечують працівникам доступ до медичних послуг та послуг по оздоровленню.

### **Список використаних джерел до п'ятого розділу**

1. Дем'янчук О.П. Політичні та інституційні обмеження реформ в українській вищій освіті / О.П. Дем'янчук // Наукові записки. Політичні науки. – 2002. – т.20. – С. 44–49.
2. Куклін О.В. Інституційні засади трансформації вищої освіти України / О.В. Куклін // Економіка та держава. – 2012. – № 9. – С. 35–38.
3. ЮНЕСКО, Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Юнеско>.
4. Організація економічного співробітництва та розвитку, Електронний ресурс. – Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Організація\\_економічного\\_співробітництва\\_та\\_розвитку](https://uk.wikipedia.org/wiki/Організація_економічного_співробітництва_та_розвитку).
5. Гринькевич О.С. Інституційне середовище забезпечення якості системи вищої освіти: міжнародний та національний аспекти / О.С. Гринькевич, О.О. Левицька // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини і світове господарство. – 2017. – № 15. – ч. 1. – С. 84–90.

6. ЕРАЗМУС+, Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Еразмус>.

7. Матеріали Парламентських слухань «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє». Офіційний ВЕБ портал Верховної Ради України. Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/>.

8. Москалюк В.Д. Якісна медична освіта в Україні на додипломному етапі: міф чи реальність? / В.Д. Москалюк, А.С. Сидорчук // Молодий вчений. – 2014. – № 1. – С. 155–156.

9. Логуш Л.Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л.Г. Логуш. – Київ, 2016. – 20 с.

10. Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.: зб. текстів виступів на навчально-методичній конференції / Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. – Вінниця : ВНМУ, 2015. – 147 с.

11. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/strategija>.

12. Конституція України. Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://iportal.rada.gov.ua/uploads/documents/27396.pdf>.

13. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу). Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.

14. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

16. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

17. Закон України «Про лікарські засоби». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96>.

18. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки. Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/strategija>.

19. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>.

20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». Електронний ресурс. – Режим доступу. – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>.

21. Радиш Я.Ф. Українська народна медицина як національний феномен: генеза та перспективи розвитку (до проблеми державного управління у сфері народної медицини і цілительства) / Я.Ф. Радиш, В.В. Євтушенко // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. – № 12. – С. 63–71.

22. Сазонець І.Л. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів / І.Л. Сазонець, І.Я. Зима // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – №21. – С. 10–11.

23. Валіулліна З.В. Концептуалізація діяльності корпорацій в інформаційно-інституційному середовищі / З.В. Валіулліна. – Рівне : Волин. береги, 2018. – 232 с.

24. Гладченко А.Ю. Інституційне забезпечення діяльності корпорацій в процесі формування глобальної рівноваги / А.Ю. Гладченко. – Рівне: Волин. береги, 2018. – 244 с.

25. Сипайло Л.Г., Сипайло Н.А. Організаційно-економічні засади лібералізації інноваційного підприємництва : Монографія. – Рівне : НУВГП, 2018. – 126 с.

26. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я / І.Л. Сазонець, І.Я. Зима. – Рівне: Волин. береги, 2018. – 168 с.

27. Саленко А.С. Постіндустріальний перехід та еволюція корпоративного високотехнологічного підприємництва / І.Л. Сазонець, А.С. Саленко // Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Серія: Економіка. – 2018. – № 2. – С. 162–166.

28. Наукові основи та імплементація світових практик місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад [Текст] : Колективна монографія [Сазонець І.Л., Алейникова О.В. та ін.] : За наук. ред. д-ра екон. н., проф. Сазонця І.Л. – Рівне : Волин. береги, 2017. – 216 с.

29. Тадеєва Н.В. Сумлінна ділова практика корпорацій в системі соціального партнерства [Текст] : дис... канд. екон. наук: 08.00.04 / Тадеєва Наталія Валеріївна; Національний університет водного господарства та природокористування. – автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. ек. наук : спец. 08.00.04 / Тадеєва Наталія Валеріївна. – Рівне, 2017. – 189 с.

30. Колосок А.М. Інституційне забезпечення соціального партнерства / А.М. Колосок // Актуальні проблеми економіки : науковий економічний журнал / Національна академія управління. – Київ, 2009. – № 10 (100). – С. 74–79.

31. Фармацевтична енциклопедія. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.pharmacencyclopedia.com.ua/article/589/socialnij-paket>.

32. Цимбалюк С.О. Формування соціального пакету: досвід компанії «Метінвест Холдинг» / С.О. Цимбалюк, А.В. Лебідь // Соціально-трудові відносини: теорія і практика : зб. наук. пр. / М-во освіти і науки України; ДВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана»; Ін-т соц.-труд. відносин; редкол.: А.М. Колот (голова) [та ін.]. – Київ : КНЕУ, 2017. – № 2. – С. 78–85.

33. Світова практика надання соціального пакету та перспективи її поширення в Україні. Електронний ресурс. – Режим доступу: [http://www.big-lib.com/book/79\\_Formuvannya\\_rinkovoi\\_ekonomiki/76](http://www.big-lib.com/book/79_Formuvannya_rinkovoi_ekonomiki/76).

34. Страхові опції в компенсаційних пакетах. Електронний ресурс. – Режим доступу: [https://studopedia.com.ua/1\\_42754\\_pldhodi-doformuvannya-sotsialnogo-paketa-na-pldpriyemstvi.html](https://studopedia.com.ua/1_42754_pldhodi-doformuvannya-sotsialnogo-paketa-na-pldpriyemstvi.html).

35. Орлова В.К. Компенсаційний пакет як стимулююча частина витрат на персонал / В.К. Орлова, І.Б. Камінська // Економіка пром-сті. – 2011. – № 4. – С. 330–333.

36. Исполнительная дирекция фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Украины. Письмо от 16.08.2005 г. № 261-05-3 «Относительно обеспечения предприятий медицинскими аптечками». Електронний ресурс. – Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/1\\_doc2.nsf/link1/FIN15928.html](http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/FIN15928.html).

37. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33. Електронний ресурс. – Режим доступу : <http://consultant.parus.ua/?doc=0A518BFC43>.

38. Закон України «Про дорожній рух» від 30.06.1993. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3353-12>.

39. Наказ МОЗ України 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я». Електронний ресурс. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

40. ПАТ Дніпроавіа. Офіційний сайт. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://dniproavia.com/>.

41. Акціонерне товариство «Українська залізниця». Офіційний сайт. – Режим доступу: <https://www.uz.gov.ua/about/>.



## **РОЗДІЛ 6.**

### **СИСТЕМНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УКРАЇНА ТА ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД**

#### **6.1. Глобалізаційний контекст функціонування системи охорони здоров'я України у вимірах міжнародних інституцій**

Проблема збільшення цінності трудових (людських) ресурсів на тлі сучасних всеохоплюючих процесів глобалізації економіки безумовно висувають на перший план порядку денного розвитку світового господарства. Людина як головна продуктивна суспільна сила стає дедалі більше пріоритетним об'єктом як міжнародного ринку праці, так і національних інтересів через те, що інвестиції в охорону здоров'я, освіту, інші сфери гуманітарного розвитку людини дають значно більший фінансовий зиск та соціально-економічний ефект, ніж вкладання у фізичний капітал [4].

На сьогодні головна частина національного багатства створюється шляхом витрачання людського капіталу та його невід'ємної природної складової – людського здоров'я. Тому тепер здоров'я перестає бути лише соціальною категорією і динамічно перетворюється на категорію економічну.

Здоров'я людини як важливий економічний ресурс, що має реальну грошову вартість, значною мірою впливає на процес та наслідки соціально-економічного розвитку, а його втрати суттєво підсилюють негативні тенденції у процесі виробництва.

За результатами постійного моніторингу ВООЗ тільки у 2002–2014 рр. інфекції стали причиною 22 % смертей у світі. У цей же час, наприклад, підраховуючи збитки від спалаху атипічної пневмонії у 2002–2003 рр., Національна рада з розвідки США дійшла висновку, що при незначній кількості захворілих (7,2 тис. осіб у 28-ми країнах) та невисокому рівні смертності (10 %) економічні втрати склали приблизно 10–30 млрд дол. через порушення стабільності функціонування таких галузей, як сільське господарство, туризм, міжнародна торгівля, перевезення тощо [31].

В Україні за підрахунками А. М. Нагорної як прямі, так і непрямі втрати (медико-соціальні та економічні) тільки від про-

фесійних захворювань щороку складають близько 16 млрд грн (1,14 % ВВП за цінами 2012 р.).

Головні втрати за підрахунками І.М. Новака (Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України) від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у 2012 р. розподілилися таким чином: на страхові виплати – 4,75 млрд грн (0,34 % ВВП); відшкодування потерпілим, їх родинам від підприємств – 22,4 млн грн; виплати пенсій за інвалідністю або достроково призначених пенсій через шкідливі умови праці – 526,5 млн [28; 29].

Значними залишаються як економічні, так і соціальні національні втрати від травматизму на виробництві. Так, протягом 2016 р. було зареєстровано близько 4,3 тис. нещасних випадків, які зафіксовані у процесі виробництва. Це трохи більше (на 33 випадки, 0,8 %), ніж у 2015 р. при значній кількості потерпілих – близько 4,43 тис. осіб (4,44 тис. – протягом 2015 р.).

Особливою рисою травматизму на виробництві є: значна кількість потерпілих, що перебували у стані або алкогольного, або наркотичного сп'яніння (102 особи); велика частка травм, що мали летальні наслідки (загинуло 357 осіб, з них – 34 жінки), масова негативна практика приховування випадків травматизму на об'єктах приватної форми власності тощо. В цілому, разом з випадками травматизму, не пов'язаними з виробництвом, ситуація є такою (табл. 6.1). [12]

Таблиця 6.1

Характеристика випадків травматизму у 2016 р.

Показники	Усього	У тому числі травматизм	
		пов'язаний з виробництвом	не пов'язаний з виробництвом
1. Кількість нещасних випадків, од., з них:	5667	4287	1380
- групові	161	146	15
- з летальними наслідками	862	340	522
2. Кількість потерпілих від нещасних випадків, осіб, з них:	5815	4429	1386

Продовження таблиці 6.1

- жінки	1521	1198	323
- потерпілі у групових випадках	311	289	22
- потерпілі з летальними наслідками / жінки	879/63	357/34	522/29
3. Кількість потерпілих, яким установлено інвалідність, осіб, з них:	398	376	22
- I групи	22	18	4
- II групи	114	101	13
- III групи	262	257	5

Загальний обсяг тимчасової непрацездатності за цими випадками травматизму склав 222 тис. днів (у середньому по 50,2 дня на одного потерпілого). У 2015 р. ця цифра сягала рівня 212 тис. днів.

Проте наявність об'єктивних даних про надмірний рівень захворюваності та значні економічні втрати на цих підставах й досі не стали предметом підвищеної уваги до здоров'я нації з боку найбільш ресурсозабезпеченого суб'єкту регулювання людським розвитком – держави, особливо серед пострадянських країн, України зокрема [16]. За даними ВООЗ, що оприлюднені у 2014 р., загальні середні витрати на охорону здоров'я в країнах світу у 2000–2010 рр. сягали 8,2 та 9,2 % ВВП (в європейському регіоні відповідно – 8,0 та 9,3 %).

У групі пострадянських країн ці показники перебільшили тільки Молдова та Грузія, але у порівнянні з розміром загальних витрат на душу населення у 24 дол. США в Молдові у 2000 р. та 190 – у 2010 р. (в Грузії відповідно 45 та 272 дол.) з середніми загальносвітовими витратами відповідно у 482 та 941 дол., ці країни далекі від міжнародного рівня, європейського зокрема [21].

Решта країн характеризується низьким, а Таджикистан і Киргизстан вкрай низьким рівнем витрат на охорону здоров'я. Відставання України за показником загальних витрат на душу населення у порівнянні з загальносвітовими та європейськими складало у 2000 р. відповідно – 92 та 96 %, а у 2010 р. – 75 та 90 %, що є

свідченням загрозливої тенденції щодо недофінансування цієї сфери з боку держави, а також можливого погіршення загального стану здоров'я нації у майбутньому [41].

Такий стан справ потребує глибокого дослідження. На сьогодні для підвищення об'єктивності моніторингу стану здоров'я нації застосовують три таких методи оцінки вартості людського життя [38; 40].

Метод суб'єктивного підходу ґрунтується на визначенні власних намагань людини зберегти своє здоров'я та життя за рахунок частки коштів, що він заробляє протягом життя. Дотримуючись певної здоров'язбережувальної технології життя, робітник накопичує потенційний людський капітал, який у сукупному вигляді держава може втратити у разі втрати ним працездатності (смерті). Щорічно в світі на виробництві від травм гинуть близько 200 тис. осіб та травмуються 120 млн [8]. Заради об'єктивності потрібно відмітити, що у більшості країн дані про виробничий травматизм замовчуються.

Україна за кількістю нещасних випадків на виробництві утримує провідне місце серед європейських країн з індексом 0,104 (на 1 тис. працюючих) [12]. Для порівняння: у Великобританії аналогічний індекс складає – 0,016; Швеції – 0,032; Фінляндії – 0,038; Німеччині – 0,08; в середньому у світі – 0,06.

Другий метод обрахування економічних збитків від втрат здоров'я відомий як метод «суспільної згоди». Він ґрунтується на чинній практиці встановлення страхових (компенсаційних) виплат у разі загибелі або каліцтва робітника.

Третій метод ґрунтується на визначенні вартості статистичного життя шляхом акумуляції цінностей, які може накопичити людина протягом усього життя.

Отже, будь-яка стратегія національного розвитку повинна враховувати, що сучасна архітектура світового порядку передбачає значний динамізм соціально-економічного прогресу, який суттєво гальмується недосконалою міжнародною моделлю забезпечення здоров'я в діяльності ВООЗ, національних моделей тощо [39; 40]. Їх розбіжності підтверджують наслідки діяльності систем охорони здоров'я на теренах пострадянських країн (табл. 6.2) [20].

Особливо загрозливою ситуація стає через те, і сьогодні це є вже безумовно зрозумілим, що в світі існує велика частка бідного, соціально уразливого населення, що має несправедливо обмежений доступ до життєво важливих заходів зміцнення здоров'я через причини, які мають виключно соціальні та економічні коріння, і самостійно подолати ці перепони не здатне, у т.ч. й доросле [13].

Таблиця 6.2  
Результати охорони здоров'я дітей у пострадянських країнах  
у 2017 р.

Рейтинг за ІЛР та країни	Діти у віці до 1 року, не охоплені щепленням, у %, 2017 р.		Затримка у зростанні помірного та важкого ступеня, % дітей до 5 років	Смертність, на 1 тис. живонарод- жених		Поточні витрати на ОЗ, у % ВВП у 2015 р.
	від КДС	від кору		малюки	до 5 років	
30. Естонія	6	7		2,3	2,9	6,5
35. Литва	3	6		4,3	5,3	6,5
41. Латвія	2	4		3,9	4,6	5,8
49. РФ	3	2		6,6	7,7	5,6
53. Білорусь	3	3		2,9	3,9	6,1
58. Казахстан	1	1	8,0	10,1	11,4	3,9
70. Грузія	2	5	11,3	9,5	10,7	7,9
80. Азербайджан	3	2	18,0	27,2	30,9	6,7
83. Вірменія	3	4	9,4	11,9	13,4	10,1
88. Україна	35	14		7,8	9,1	6,1
105. Узбекистан	1	1	19,6	21,4	24,1	6,2
108. Туркменістан	1	1	11,5	43,4	51,0	6,3
112. Молдова	9	7	6,4	13,7	15,9	10,2
122. Киргизстан	6	5	12,9	18,8	21,1	8,2
127. Таджикистан	2	2	26,8	37,1	43,1	6,9
Європа та Центральна Азія	6	5	13,1	15,7	17,8	4,9
Світ в цілому	10	15	27,4	29,9	39,3	9,9

Джерело: складено автором за даними [20].

Відносно результатів діяльності системи охорони здоров'я України потрібно виділити такі вузькі місця. По-перше, за рівнем поточних витрат на охорону здоров'я наша країна разом з Білоруссю посідає 11–12 місце з 15-ти, проте за рівнем дитячої смертності має більш високі позиції – 6-те місце за показниками смертності малюків та дітей у віці до 5 років.

По-друге, через суттєві прорахунки системи вакцинації дітей Україна за показником дітей, не охоплених щепленням від кору та КДС, далеко відстає у групі пострадянських країн, світу в цілому зокрема.

Та, по-третє, аналогічна ситуація спостерігається й відносно дорослого населення. За рівнем розповсюдження ВІЛ серед осіб у віці 15–45 років Україна посідає останнє місце у наведеному рейтингу, 12 місце – за рівнем захворюваності на туберкульоз та 9-те місце за очікуваною тривалістю життя при народженні (табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Результати охорони здоров'я дорослих у пострадянських країнах у 2017 р.

Рейтинг за ІЛР та країни	Розповсюдження ВІЛ, % осіб у віці 15–49 рр.	Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. осіб	Смертність, на 1 тис. осіб		Очікувана тривалість життя при народженні
			жінки	чоловіки	
30. Естонія		16,0	65	181	68,2
35. Литва	0,2	53,0	85	250	66,1
41. Латвія	0,7	37,0	89	242	66,2
49. РФ		66,0	120	322	63,5
53. Білорусь	0,4	52,0	90	261	65,5
58. Казахстан	0,2	67,0	117	295	63,4
70. Грузія	0,5	92,0	78	224	64,9
80. Азербайджан	0,1	66,0	85	173	64,9
83. Вірменія	0,2	44,0	74	174	66,3
88. Україна	0,9	87,0			64,0
105. Узбекистан		76,0	101	180	64,5
108. Туркменістан		60,0	131	246	61,4

Продовження таблиці 6.3

112. Молдова	0,6	101,0	98	241	63,6
122. Киргизстан	0,2	145,0	108	247	63,5
127. Таджикистан	0,3	85,0	103	164	63,5
Європа та Центральна Азія	0,5	54,8	86	178	65,0
Світ в цілому	1,1	140,0	115	173	63,5

*Джерело:* складено автором за даними [20].

Особливо обтяжливою ситуація в Україні стає через надмірні економічні втрати, спричинені високим рівнем захворюваності населення [12]. Так, серед неінфекційних хвороб тільки серцево-судинні захворювання спричинили глобальні соціально-економічні втрати населення світу, включаючи й Україну (у 2014 р. за даними офіційної статистики від серцево-судинних захворювань в Україні померло більше 440 тис. осіб – 66,3 % від усіх причин смертей, серед яких – 30 % осіб працездатного віку).

Політичною декларацією щодо профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, яка була ухвалена в 2010 р. 66-ю Генасамблеєю ООН визнано, що неінфекційні захворювання є одним з основних викликів розвитку людства XXI ст. і створюють загрозу для соціально-економічного благополуччя в усьому світі. Паралельно з цим ВООЗ запропонувала ефективну методіку розрахунків економічних збитків, що стали наслідком професійних хвороб – DALY (Disability Adjusted Life Years). До уваги були взяті втрати на підготовку відповідних медичних працівників, проведення регулярних медичних оглядів, лікування як в умовах стаціонарів, так і на відновлювальну реабілітацію, відшкодування тимчасової непрацездатності, виплату пенсій та матеріальної допомоги, урахування зниження якості життя [13].

У свою чергу, оцінювання ситуації з боку МОП щодо визначення економічних збитків через хвороби працюючого населення зокрема країн, що розвиваються, свідчить про втрати близько 10 % ВВП. Така оцінка не збігається з офіційно задекларованими збитками, особливо пострадянськими країнами. Приміром, РФ у 2010 р.

оголосила про свої втрати від нещасних випадків та професійних захворювань на рівні 0,35 % ВВП, а Україна – 0,37.

Потрібно також враховувати соціально-демографічне навантаження на систему охорони здоров'я, де значення має не стільки загальна кількість населення, скільки його вікова структура – зокрема, частка дітей (від 0 до 14 років) та осіб похилого віку (старші 65 років), які природно потребують більше лікарської уваги через нестабільний фізіологічний стан.

За підрахунками ВООЗ в її європейському регіоні чисельність населення до 2050 р. може бути такою (див. табл. 6.4). Провідними загрозливими тенденціями є, по-перше, значне прогнозоване збільшення частки населення, старшого 65-ти років. Така частка осіб похилого віку може складати до 25 % у 2020 р. та 42 % у 2050 р. Значне «старіння» населення природно викликає прискорення соціально-економічних проблем.

По-друге, при майже не змінній частці (17–16 %) дітей віком до 14 років протягом прогнозованого періоду, дефіцит робочої сили, вочевидь, буде покриватися за рахунок трудової міграції, що є потужним викликом не тільки з демографічних позицій, а й політичних, культурних, релігійних тощо.

Таблиця 6.4

Прогнозна кількість населення європейського регіону ВООЗ за віковою структурою до 2050 року, млн осіб

Показники	2010		2020		2050	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Всього	893,7	100	910,9	100	895,65	100
віком 0 – 14 рр.	155,72	17	157,68	17	140,66	16
віком 15 – 64 рр.	608,96	68	600,91	66	531,22	59
віком 65 – 84 рр.	115,35	13	133,37	15	183,6	20
віком старші 85 рр.	13,67	2	18,94	2	40,17	4
Частка дітей та осіб похилого віку на 100 тис осіб у віці 15 – 65 рр.						
діти (0 – 14 рр.)		26		26		26
особи віком 65+		21		25		42

Джерело: складено автором за даними ВООЗ [8].



Так, за останніми прогнозами ООН чисельність населення України до 2050 р. складатиме 30 млн осіб, прогнози українських демографів є більш оптимістичними – 36 млн [27]. З огляду на таку ситуацію здається доцільним використання міжнародного досвіду застосування інноваційних інформаційних засобів підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Інформатизація цієї галузі дозволяє з'єднати у працездатну систему головні сегменти медичного ринку та функції медичної допомоги з метою задоволення життєво важливих потреб населення [17].

Тому у зв'язку з цим доречно проаналізувати глобальні пріоритети впливових суб'єктів людського розвитку як світового рівня (ВООЗ, СБ, ЮНІСЕФ), так і національного разом з громадянським суспільством, в галузі охорони здоров'я, їх зв'язку з ЦРТ на тлі системної докорінної трансформації вітчизняної галузі в сучасних умовах [8; 45].

Впровадження позитивного світового досвіду в програму реформування системи охорони здоров'я в Україні, сподіваємось, стане об'єктивною основою інноваційних перетворень із застосуванням переваг медичних інформаційних систем, розповсюдження телемедичних технологій, формування повноцінних професійних і персональних сегментів охорони здоров'я, розгортання масштабів добровільного медичного страхування тощо [5; 6; 22].

Зауважимо, що за підрахунками СБ у 2014 ф.р. через реалізацію тісно пов'язаних з охороною здоров'я програм і проєктів щодо ЦРТ ООН вдалося здійснити антиретровірусну терапію 1,5 млн дорослим і дітям, надати доплогову медичну допомогу 55 млн жінок, придбати і розповсюдити 34 млн протимоскітних сіток для запобігання малярії, провести вакцинацію близько 50 млн дітей тощо.

Паралельно удалося розв'язати світову проблему з водопостачання та каналізації, що має ключове значення для збереження здоров'я – домогтися виконання ЦРТ 7: знизити вдвічі кількість людей, що не мають надійного доступу до безпечної питної води. З 1990 р. за сприяння Дитячого фонду ООН, ВООЗ, СБ та інших організацій більше 2 млрд осіб отримали доступ до покращених джерел питної води. У той же час 1,8 млрд осіб стали користувачами

надійних санітарно-каналізаційних систем. При цьому зараз у світі 2,5 млрд осіб ще не мають доступу до каналізації, а 780 млн позбавлені можливості вживати безпечну питну воду.

Останнім часом СБ є найпотужнішим джерелом зовнішнього фінансування проектів в галузі доступу до водних ресурсів. У 2014 фінансовому році на ці цілі ним було спрямовано 3,6 млрд дол. США, з яких 4 % було витрачено на загальні проекти з водопостачання, каналізації та захисту від повеней, 3 % – на поліпшення систем водопостачання і каналізації, 2 % – на захист від повеней, ще 2 % – на збирання, відвід, обробку та вилучення стічної води, трохи менше 1 % – на утилізацію твердих відходів [35].

На основі міцних партнерських зв'язків СБ з іншими впливовими суб'єктами людського розвитку активно реалізуються Програма водопостачання і каналізації, Програма партнерства в сфері водних ресурсів, Глобальне партнерство з питань надання допомоги, Державно-приватний фонд консультативної допомоги з питань розвитку інфраструктури, Співробітництво в сфері міжнародних вод в Африці, Ініціатива щодо водних ресурсів Південної Азії. За оцінками СБ сьогодні тільки загальні потреби країн, що розвиваються, в інвестиціях з метою створення і підтримання належної інфраструктури складають 1,1 трлн дол. США [33].

Головним координатором у розв'язанні глобальних проблем охорони здоров'я залишається ВООЗ, яка буде свою діяльність за такими напрямками: сприяння розвитку; підсилення безпеки в галузі охорони здоров'я; збільшення ефективності національних систем охорони здоров'я через підвищення кваліфікації персоналу, забезпечення достатнього фінансування, розробку систем збирання і обробки інформації, полегшення доступу до нових технологій і лікарських засобів; встановлення норм та стандартів на підставі наукових досліджень, моніторинг і оцінка ситуації у глобальній перспективі; розвиток партнерств із спеціалізованими установами ООН, різними донорами, громадянським суспільством і приватним сектором на будь-якому рівні (країни, регіони, міжнародні організації) [8; 18].

В цілому після прийняття 11-ої Загальної програми роботи ВООЗ на 2006–2015 рр. глобальний порядок денний виглядав так (рис. 6.1).



Рис. 6.1. Глобальні пріоритети ВООЗ на 2006–2015 рр.

*Джерело:* складено автором за даними [8].

Найважливішими інструментами і механізмами ВООЗ у досягненні своїх завдань є:

– правові, які надають організації панівного положення серед інших установ, що опікуються проблемами охорони здоров'я. Серед них – Міжнародні медично-санітарні правила (ММСП), Рамкова конвенція з боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ), Стандарти ВООЗ щодо зросту дитини, Міжнародні стандарти їжі (кодекс Аліментарус);

– формування стратегій на глобальному та регіональному рівнях – Глобальна стратегія щодо споживання їжі немовлятами та дітьми раннього віку (2002), Стратегічні напрямки охорони здоров'я дітей та підлітків (2003), Глобальна стратегія охорони здоров'я від ВІЛ/СНІДу (2003–2007), глобальна стратегія щодо споживання їжі, фізичної активності та здоров'я (2004), Стратегія «Зупинити туберкульоз» (2006–2015), Стратегія в галузі репродуктивного здоров'я (2004), Глобальний стратегічний план партнерства «Позбавитися від малярії» (2005–2015);

– створення центрів співпраці ВООЗ, які на національному рівні у межах середньострокових стратегічних рамкових програм координують зусилля органів національної галузі охорони здоров'я з іншими суб'єктами процесу, переважно в сфері професійної гігієни, сестринської справи, інфекційних захворювань, психічного здоров'я, медичних технологій;

– моніторинг стану здоров'я, результати якого висвітлюються у щорічних доповідях (Доповідь про стан охорони здоров'я у світі, Всесвітня статистика охорони здоров'я) та щотижневих епідеміологічних звітах, які дають можливість аналізувати стан справ та вносити зміни до національних стратегій;

– утворення програмного бюджету для виконання стратегічних цілей та надання допомоги у реалізації програм національним установам охорони здоров'я.

Згодом, після затвердження основних принципів, закладених у концепцію «Здоров'я – 2020» пріоритети ВООЗ дещо трансформувалися у бік: відповідності діяльності систем охорони здоров'я Цілям сталого розвитку, спрямованості на досягнення більш значущих результатів, вивільнення національних систем від тягаря звітності та бюрократизму, забезпечення справедливості та значної тривалості важливих кроків з реалізації прийнятих програм, створення моделей управління, які б були надійними, співставними, а також піддаватися моніторингу та обрахуванню.

Такий підхід став основою розвитку професійних та персональних систем охорони здоров'я в ЄС (рис. 6.2).



Рис. 6.2. Пріоритетні напрямки розвитку професійних та персональних систем охорони здоров'я в ЄС

*Джерело: складено автором.*

Сучасні проблеми в галузі охорони здоров'я України також вимагають прискорених кроків щодо її реформування на основі інновацій світового досвіду, серед яких провідними є: створення єдиного (глобального і національного) інформаційного простору у вигляді взаємопов'язаних МІС (медичних інформаційних систем); розповсюдження телемедичних технологій при формуванні професійних і персональних сегментів системи охорони здоров'я; підвищення рівня фінансування медичної галузі за рахунок системного впровадження добровільного медичного страхування; реалізація стратегії підвищення раціональності суспільних витрат на охорону здоров'я [2; 9].

Такий підхід дозволяє навіть за умов обмеженого державного фінансування значно підвищити якість медико-санітарної допомоги населенню, рівень і кваліфікацію лікарської діяльності,

мінімізувати витрати ресурсів галузі, спрямувати суспільну свідомість у бік переваг здорового способу життя та екологічно доцільної поведінки (рис. 6.3) [10].

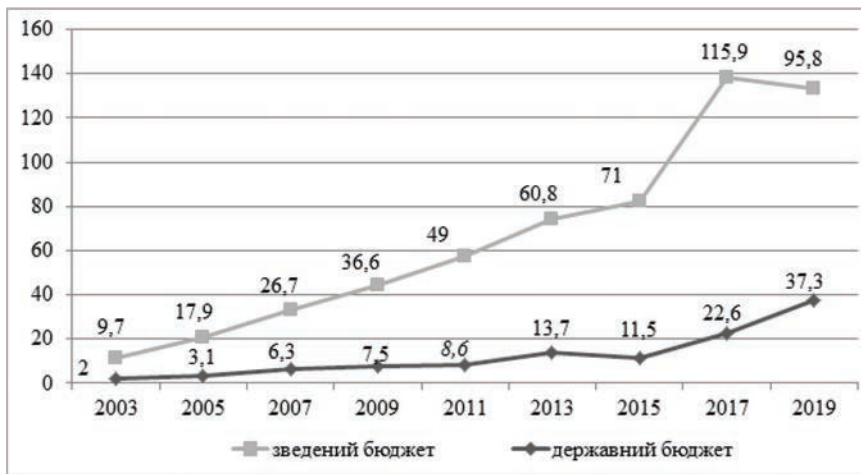


Рис. 6.3. Видатки зведеного та державного бюджетів на охорону здоров'я в Україні у 2003–2018 рр. та проекті 2019 р., млрд грн.

*Джерело:* складено автором за даними Державної служби статистики України

Потрібно відмітити, що при певному збільшенні витрат державного бюджету на фінансування галузі у 2003–2018 рр. з 2,0 млрд грн до 22,6 млрд грн, частка видатків місцевих бюджетів, яка спрямовувалася на охорону здоров'я у зведеному бюджеті за цей же період зростала більш динамічно з 7,7 млрд грн до 93,3 млрд грн. Проект бюджету 2019 р. в цілому підтверджує цю тенденцію, де зведений бюджет сягає рівня 3,7 % ВВП, а зростання державного бюджету у порівнянні з попереднім роком склало близько 10 %.

Характерною особливістю структури видатків на 2019 р. є її спрямованість на фінансування пріоритетних позицій реформування галузі. Так, з початку 2019 р. розгортається трансформація системи надання медичної допомоги первинної ланки. Медичні заклади первинної медичної допомоги мають фінансуватися

Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у межах 15,3 млрд грн через надання медичних послуг за принципом «Гроші йдуть за пацієнтом». Зауважимо, що на кінець 2018 р. кількість медичних закладів, які долучилися до такої системи фінансування, сягнула 50 %. Решта комунальних медичних закладів, що надають первинну допомогу, мають підписати договори з НСЗУ протягом 2019 р.

Другою за масштабом та важливістю є програма «Безкоштовна діагностика» з фінансуванням у 2 млрд грн, де планується забезпечення 80 % потреб пацієнтів з діагностики у сімейного лікаря та необхідних досліджень (наприклад рентген, УЗД, ехокардіографія серця), аналізів та консультацій вузькопрофільних спеціалістів на безоплатній основі. Головною підставою щодо отримання такої безоплатної послуги стане направлення свого сімейного лікаря, за умови приєднання закладу до цієї програми та забезпечення вільного вибору пацієнтом місця отримання послуги. Основні заходи з реалізації програми планується розпочати з середини 2019 р.

Поряд з цим потрібно відмітити, що медичні заклади, які через будь-які причини не приєднуються до складників реформи у 2019 р., мають отримати фінансування за принципом медичної субвенції з державного бюджету. У проекті бюджету 2019 р. місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу виділяється 55,5 млрд грн.

Крім того, проектом бюджету 2019 р. ще на фінансування екстреної медичної допомоги через механізм субвенції передбачено близько 6 млрд грн. У межах цієї суми ще 922,5 млн грн урядом планується витратити на пілотний проект розвитку екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Київ.

Цей проект передбачає забезпечити: а) закупівлю 70 % від потреби спеціалізованого санітарного транспорту; б) організацію підготовки інструкторів системи екстреної медичної допомоги для підвищення кваліфікації на рівні світових стандартів; в) цільові видатки для підвищення рівня оплати праці працівників, які пройдуть підвищення кваліфікації; г) закупівлю спеціаль-

ного навчального обладнання та манекенів для навчально-тренувальних центрів; д) створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб та впровадження уніфікованих сучасних галузевих стандартів диспетчеризації тощо.

Також у 2019 р. продовжиться дія програми державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів, що триває з 2017 р. та передбачає фінансування у розмірі 5,9 млрд грн. Поряд з цим буде функціонувати програма «Доступні ліки». У 2019 р. пацієнти мають отримувати ліки від серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми безоплатно або із значною знижкою. На це у проекті бюджету передбачено 1 млрд грн: 250 млн грн на регіональну субвенцію і 750 млн грн – на забезпечення функціонування програми через НСЗУ з 1 квітня 2019 р.

У 2019 р. держава ще фінансує відшкодування вартості препаратів інсуліну для лікування людей, хворих на цукровий діабет. Разом з цим, МОЗ України передбачив 150 млн грн для придбання 13 ангиографів, що дозволить розбудувати ширшу мережу реперфузійних центрів, допомогти більшій кількості людей з гострим інфарктом міокарда та знизити смертність від серцево-судинних захворювань.

Актуальною проблемою залишається підвищення якості підготовки фахівців медичної галузі. У бюджет 2019 р. закладено 16,7 млн грн на проведення першої частини Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (ЄДКІ). Запровадження іспиту є частиною реформи медичної освіти. ЄДКІ складається з 4 складових: іспит КРОК, тест з англійської мови, міжнародний тест з основ медицини (IFOM) та іспит з практичних навичок ОСК (П)І.

Відтепер ЄДКІ буде проходити у 2 етапи: 1-й етап буде проводитися на 3-му курсі, другий – залежно від спеціальності – на 5-му або 6-му курсах. Кошти з держбюджету підуть на розробку 1-го етапу ЄДКІ, а саме: питань для тесту КРОК, проведення іспиту з англійської мови та закупівлю міжнародного іспиту з основ медицини IFOM. Іспит з практичних навичок ОСК (П)І студенти-медики здаватимуть на 6-му курсі, й за їхнє проведення відповідатимуть заклади вищої освіти.



Таким чином, з позицій концепції людського капіталу оцінку економічних втрат внаслідок захворювань, травматизму, смертності тощо слід розглядати як оцінку втрат капіталу здоров'я, які набули в світі глобального масштабу [30].

Результати дослідження також наочно демонструють необхідність якнайшвидшого реформування системи охорони здоров'я, обов'язково враховуючи її екологічну складову.

Адже усталена думка про те, що людство, просуваючись уперед шляхом прискореного соціально-економічного прогресу, неминуче накопичує надлишкові екологічні, фінансові та економічні борги перед майбутніми поколіннями, стала вже аксіомою. Йдеться про панування в процесі людського розвитку сьогодні й в минулому хибної практики надмірного використання природних ресурсів та резервів екосистем задля створення комфортних умов існування людства, що залишає за собою небезпечний брудний відбиток на навколишньому середовищі.

В працях вчених різних наукових напрямів, у т. ч. економістів поняття екологічного сліду міцно увійшло в контекст досліджень як визначення загрози негативно впливу існуючих моделей виробництва і споживання на стан ноосфери. Наголос робиться на негайну трансформацію цих моделей розвиненими країнами та неможливість їх використання бідними країнами та тими, що розвиваються [25; 26; 42].

Динамічне просування шляхом сталого розвитку можливе лише за умови масштабного впорядкування екологічних і соціально-економічних відносин усіх складових ноосфери на користь боротьби зі змінами клімату та утримання рівноваги глобальних екологічних систем з використанням синергетичного ефекту від залучення зусиль суб'єктів світового, національного рівнів, неурядових громадських, приватних структур та місцевого самоврядування.

Відмітимо, що дослідницька проблематика соціо-еколого-економічних систем (СЕЕС) почала активно розроблятися з початку 1970-х рр. завдяки зусиллям переважно західної науково-економічної традиції. Стратегії зростання на основі врівноваження інтересів виробництва, споживання та захисту довкілля на початку 1990-х рр. ґрунтовно розробляли фундатори сучасної економічної думки А. Сен, Дж. Фітуссі та Дж. Стиглиць.

Особливо ретельно ідея екологізації економічного зростання почала розроблятися після Конференції ООН з навколишнього середовища та розвитку в Ріо-де-Жанейро (1992) та Всесвітнього саміту в Йоганнесбурзі (2002), де була прийнята стратегія сталого розвитку щодо захисту біосфери. Значним науковим внеском у цьому напрямку відмічаються праці А. Сени та А. Ендерса.

Потужний інформаційний потенціал мають також доповіді Всесвітнього фонду дикої природи (WWF), які видаються друком кожні 2 роки та оприлюднюють дані щодо компонентів глобального екологічного сліду (ГЕС) (табл. 6.5), що вимірюється у глобальних гектарах (гга) у співвідношенні до біоємності Землі [7].

Таблиця 6.5

Вимірювання ГЕС за доповідями WWF у 2006–2014 рр.

Дата доповіді	2006	2008	2010	2012	2014
Базовий рік для розрахунків	2003	2005	2007	2008	2010
Глобальний екологічний слід:					
- загальний (млрд гга)	14,1	17,5	17,8	18,2	19,0
- на одну особу (гга)	2,2	2,7	2,7	2,7	2,7
Продуктивна територія:					
- загальна (млрд гга)	11,2	13,6	12,7	12,0	11,6
- на одну особу (гга)	1,8	2,1	1,9	1,78	1,56
Перебільшення глобального екологічного сліду:					
- над біоємністю (млрд гга)	2,9	3,9	4,9	6,2	6,4
- на одну особу (гга)	- 0,4	- 0,6	- 0,75	- 0,9	- 0,98

Джерело: складено автором за даними WWF.

Значний внесок у дослідження регіональних аспектів екологічно-економічного розвитку зроблений як вітчизняними вченими, серед яких варто відмітити Б.В. Букринського, А.С. Гальчинського, Б.М. Данилишина [11], М.З. Згуровського, С.А. Єрохіна, Е.М. Лібанову [28], В.О. Лук'янихина, так й їх колегами з сусідніх країн –

А.Д. Урсулом, Е.Н. Бізаркиною [7], де пріоритет надається вдосконаленню економічно-правових відносин щодо володіння природними ресурсами, створенню механізмів екологічної сертифікації бізнесу, насиченню внутрішнього ринку якісними екологічними послугами, страхуванню від екологічних ризиків, мінімізації відходів тощо.

Так, саміт ООН щодо стійкого розвитку «Ріо+20» (червень 2012 р.) у резолюції секції «Зелений міст через покоління» оприлюднив дані, згідно яких населення Землі буде динамічно зростати до 8 млрд у 2030 р. та до 9 млрд – у 2040 р.

При цьому склад середнього класу (головних споживачів) з рівнем щоденних прибутків у 10–100 дол. США за ПКС буде зростати значними темпами: від 3,2 млрд – у 2020, 4,9 млрд – у 2030, до 6,0 – у 2040 рр. [20].

За підрахунками експертів, це викличе збільшення попиту тільки у 2030 р. на продовольство – на 50%, енергоносії – на 45%, водні ресурси – на 30%, що прогнозовано прирікає на існування в умовах ендемічного (місцевого) зубожіння близько 3 млрд населення. Вірність таких підрахунків підтверджують дослідження ПРООН щодо впливу країн з різним рівнем ІЛР на біопотенціал територій, що вони обіймають [14].

Це також співпадає із спрямованістю останніх зарубіжних досліджень СЕЕС, Е. Ласло зокрема, який на підставі теорії біфуркацій динамічних систем визначив зміни пріоритетів у розв'язанні найгостріших проблем людства, де провідне місце займають передусім соціальні та екологічні, які до того ж природно корелюють з політично-економічними, що зразу ж робить їх глобальними за масштабами впливу [15].

З огляду на це, вважаємо за доцільне провести паралелі у вимірюванні здоров'я планети за методикою WWF та визначенні інтегральних показників навколишнього природного середовища на національному рівні в Україні. Так, методика WWF передбачає здійснення розрахунків за такими показниками: Індексом живої планети (ІЖП) – Living Planet Index (1100 компонент), що визначає стан популяцій біосфери; розміром ГЕС – Global Ecological Footprint (6–7 компонент), що дає уявлення про масштаби експлуатації

природних ресурсів; біоємністю, яка дозволяє зробити висновок про можливість їх відновлення. Розрахунки ІЖП побудовані на застосуванні узагальнених адитивних моделей або динаміки сталих щорічних змін з використанням інтерполяції даних про стан, щільність та чисельність популяцій.

ГЕС визначається Всесвітньою мережею екологічного сліду (Global Footprint Network) у взаємозв'язку з біопродуктивністю та розмірами територій певних країн. Провідними компонентами ГЕС на сьогодні є: рілля, пасовища, ліси, рибпромислові зони, викиди вуглецю після спалювання викопного палива, об'єкти атомної енергетики, забудовані землі тощо.

Підсумковою метою таких розрахунків є визначення диспропорцій (екологічний дефіцит) між споживанням природних ресурсів та здатністю екосистеми до відновлювання (табл. 6.6).

Таблиця 6.6

Динаміка ГЕС країн G8/7 та України у 2003–2014 рр.

Країна	ГЕС на одну особу (гга)	Біоємність (гга/осіб)	Екологічний дефіцит (-), гга/осіб				
			2006	2008	2010	2012	2014
	2003						
США	9,6	4,7	-4,8	-4,4	-4,2	-4,0	-3,9
Канада	7,6	14,5	6,9	13,0	13,6	14,1	14,2
Великобританія	5,6	1,6	-4,0	-3,7	-3,9	-3,8	-3,9
Франція	5,6	3,0	-2,6	-1,9	-2,0	-1,9	-2,0
Німеччина	4,5	1,7	-2,8	-2,3	-2,2	-2,3	-2,7
Італія	4,2	1,0	-3,1	-3,5	-3,8	-4,1	-4,2
Росія	4,4	6,9	2,5	4,4	4,6	4,8	4,9
Японія	4,4	0,7	-3,6	-4,3	-4,5	-4,9	-5,1
Україна	3,2	1,7	-1,5	-1,7	-1,8	-1,9	-2,0
Увесь світ	2,2	1,8	-0,4	-0,6	-0,75	-0,9	-1,1

Джерело: складено автором за даними WWF.

Аналіз даних доповідей «Живої планети» (Living Planet Report) за 2003–2014 рр. демонструє головну тенденцію розвитку світової СЕЕС та розвинутих країн – накопичувати екологічний борг перед майбутніми поколіннями до катастрофічних розмірів. За доповіддю «Живої планети» – 2012 серед країн з найвищим екологічним слідом першу десятку складають ОАЕ, Катар, Данія, Бельгія, США, Естонія, Канада, Австралія, Кувейт, Ірландія (Росія та Україна відповідно на 40 та 58 місцях).

У 2014 р. склад TOP-10 майже не змінився: місце Естонії зайняла Ірландія, а Росія та Україна значно покращили свої рейтинги, посівши відповідно 33 та 51 місце. Проте найвищою біоемністю відрізняються Бразилія (15,4%), Китай (9,9), США (9,8), РФ (7,9), Індія (4,8), Канада (4,2), Австралія (2,6), Індонезія (2,5), Аргентина (2,4), ДР Конго (1,6), решта Світу – 38,8 [33].

На підставі розрахунків ГЕС WWF та за допомогою Статистичної комісії ООН останнім часом СБ почав використовувати інтегральний екологічно-соціально-економічний індекс «скорегованих чистих накопичень» (Adjustednetsavings), що складається з 8 компонент і охоплює більше 200 країн.

В Україні національна методика розрахунків ІРЛР в умовах реалізації політики сталого розвитку передбачає врахування екологічної складової як вагомого чинника прогресу вітчизняної СЕЕС. При цьому ефективна екологічна політика повинна охоплювати всі сфери життя: економіку, політику, соціальну сферу, внутрішні та міжнародні відносини. Переконливим свідченням цього є співвідношення у фінансуванні соціальної сфери та охорони навколишнього природного середовища у Плані заходів щодо реалізації Стратегії реформування системи надання соціальних послуг на період до 2016 р. (табл. 6.7).

Провідними чинниками такого курсу повинні стати масштабні природоохоронні заходи, зниження не виправданого тиску на навколишнє середовище, дбайливе ставлення до природних ресурсів, зростання конкурентоспроможності вітчизняної економіки за рахунок екологічного потенціалу, створення «зелених робочих місць» тощо.

Таблиця 6.7

Динаміка фінансування складових соціальної сфери  
у 2010–2018 рр., млрд грн зведеного бюджету

	Складові соціальної сфери	2010	2012	2014	2016	2018
1	Охорона довкілля	2,9	5,3	3,5	6,3	10,8
2	Соціальний захист та соціальне забезпечення	37,4	57,0	58,2	110,7	154,3
3	Духовний і фізичний розвиток	11,5	13,6	13,9	16,9	30,4
4	Освіта	79,8	101,6	100,1	129,4	223,8
5	Охорона здоров'я	44,8	58,5	57,2	75,4	120,6

*Джерело:* складено автором за даними Державної служби статистики.

Тут доцільно задіяти як традиційні засоби у вигляді суттєвого обмеження шкідливої для природи господарчої діяльності та застосування масового очищення довкілля, так і нові моделі «чистого розвитку», «зеленої економіки», «екоінновацій», які пов'язані з пануванням сучасних світових стереотипів виробництва, споживання, екологічно коректної поведінки, природозбережувальних технологій. Такий підхід має дати вагомі результати вже на початкових етапах його впровадження.

Порівняльна характеристика інтегральних показників як ІРЛР, так і навколишнього середовища дозволяє проаналізувати стан довкілля в областях України з високим та дуже високим ІРЛР, який оцінюється як напружений в 10 областях з 13, як критичний та кризовий відповідно в Харківській та Запорізькій областях, як задовільний – в Закарпатській області. Більш сприятлива екологічна ситуація притаманна областям з середнім та низьким ІРЛР. Таке положення не може бути виправданим тільки різним рівнем промислового розвитку областей, що порівнюються.

Світовий досвід розвинутих країн свідчить, що там, де держави зіштовхуються з проблемами виснаження або фрагментації природного капіталу, його компенсація за рахунок потужних інвестицій у фізичний, людський капітали дає позитивні результати.

Не зважаючи на те, що СЕО підкріплена також Конвенцією ЄЕК ООН у 1998 р. (м. Оргуз, Данія) про доступ до інформації, участь громадськості у процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля, Україна, ратифікувавши її у 1999 р., декілька разів наражалася на проблеми з приводу порушення екологічної безпеки в регіоні: за нанесення втрат Дунайському біосферному заповіднику через будівництво глибоководного судноплавного каналу «Дунай – Чорне море»; через порушення прав Австрії, Білорусі, Польщі, Словаччини, Угорщини, Молдови та Румунії рішенням «Про розміщення, проектування та будівництво енергоблоків № 3, 4 Хмельницької АЕС»; за відсутність екологічної експертизи «Державної цільової програми забезпечення протипаводкового захисту в басейнах Дністра, Пруту та Серету».

При цьому зауважимо, що фінансування Національного плану дій щодо охорони природного середовища у 2011–2015 рр. має позитивну динаміку через ефективність Закону України "Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року" (від 21.12.2010 р., № 2818-VI) та Розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 травня 2011 р. № 577-р "Про затвердження Національного плану дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011–2015 роки".

Таблиця 6.8

Динаміка фінансування Національного плану дій з охорони природного середовища (ПС) в Україні у 2011–2015 рр., тис. грн.

Рік	Видатки Держбюджету	Видатки Держфонду охорони ПС	Інші джерела	Всього
2011	537 925	461 363	147 954	1 147 242
2012	501 760	402 374	117 701	1 021 835
2013	502 140	192 620	117 760	812 520
2014	501 840	196 075	-	697 915
2015	501 640	204 165	-	705 805
Разом	2 545 305	1 456 597	383 415	4 385 317

Отже, світовий досвід переконливо доводить ефективність такої системи охорони здоров'я, де б врівноважено поєднувалися процеси формування ресурсів для медичного забезпечення населення, напрацювання повного спектру надання послуг лікування та профілактики захворювань, впровадження у свідомість та повсякденну практику технологій здоров'язбережувальної поведінки.

Регулювання людського розвитку безперечно вимагає створення нових або реформування існуючих (ВООЗ) наднаціональних інститутів, пріоритетними функціями і завданнями яких було б підвищення раціональності суспільних витрат на охорону здоров'я.

Спільне визначення стратегії соціально-економічної політики, конструктивний суспільно-державний діалог щодо розподілення ризиків у боротьбі із захворюваннями між владними, бізнесовими структурами й місцевими громадами, єдині медично-санітарні стандарти і компенсації створили б міцне підґрунтя для адаптованої до сучасних вимог національної динамічної універсальної системи формування капіталу здоров'я людей.

Турбота про життя та здоров'я громадян є базовими завданнями для кожної країни, а також їх ефективність виробництва, а саме якість робочої сили та її продуктивність, залежить насамперед від здоров'я населення, тому саме питання дослідження здоров'я населення є одним з найвагоміших напрямів в економічній та соціальній сферах та є актуальним на теперішній час [3].

Статистика оцінки здоров'я населення насамперед призначена для забезпечення державного регулювання охорони здоров'я, важливість якого зумовлена трьома економічними чинниками. Перш за все, соціально незахищеним верствам важко отримати складну кваліфіковану медичну допомогу через брак коштів, що збільшує розрив у структурі населення за рівнем бідності та поглиблює її наслідки [36].

По-друге, підтримання здоров'я населення належить до функцій державної влади й ефективно може реалізуватися через національні за масштабом програми, а приватний ринок може виробляти такі соціальні послуги лише фрагментарно, в незначному обсязі.



По-третє, слабка дієвість системи особистого страхування здоров'я людини та охорони здоров'я потребує належного державного втручання для формування її складових за кращими світовими стандартами, що підтверджується аналізом захворюваності населення України у 2002–2017 роках (рис. 6.4).

У 2002–2017 рр. найбільша кількість вперше зареєстрованих хвороб (33,1 млн) припадає на 2010 р. У 2014 р., де дані ще не враховували анексію Криму та втрати окремих районів Донецької, Луганської областей (ОРДЛО), кількість вперше зареєстрованих хвороб складає 26,9 млн, що порівняно з 2013 р. дало зменшення на 13,35%, а за 2002–2014 рр. – на 16,6%.

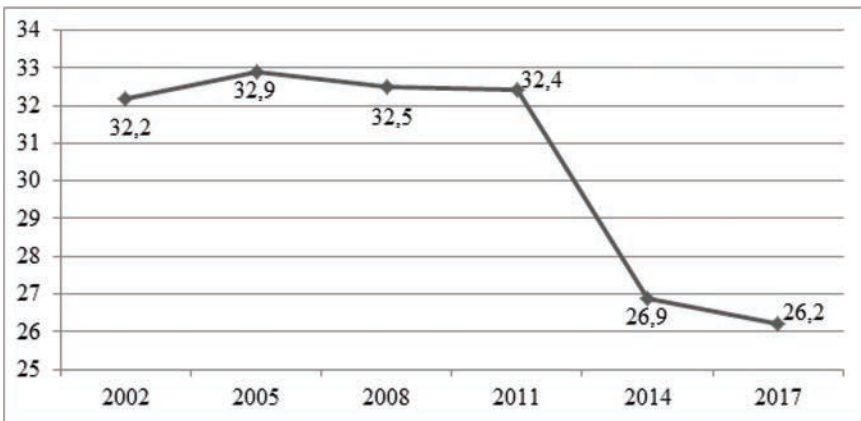


Рис. 6.4. Кількість вперше зареєстрованих хвороб в Україні у 2002–2017 рр., млн випадків

*Джерело:* складено автором за даними [12].

Зменшення цього показника у 2017 р. до 26,6 млн не відбиває тенденцію до зниження рівня захворюваності через відсутність даних з ОРДЛО та АРК, а також не враховує значне зменшення кількості населення країни за демографічними і міграційними ознаками [12].

При цьому структура захворювань у 2000 р. мала такий вигляд (рис. 6.5), де переважали хвороби органів дихання (43,74 %), системи кровообігу (6,99 %), сечостатевої системи (5,79 %), травми та отруєння (6,99) зокрема.

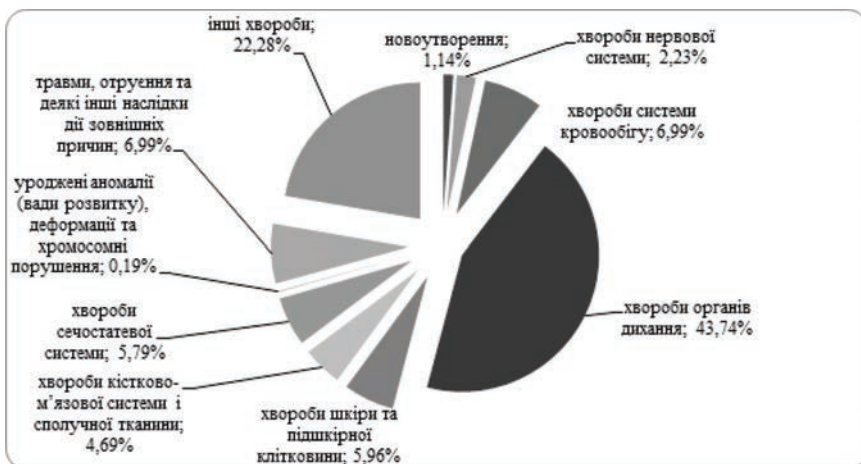


Рис. 6.5. Структура захворювань населення України у 2000 р.

Джерело: складено автором за даними [12].

У 2017 р. у порівнянні з 2000 р. структура захворювань майже не змінилася. Найбільшу питому вагу займають хвороби органів дихання (49,18 %), системи кровообігу (8,62), травми (7,96) тощо, а найменшу – уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення (0,20), а також новоутворення (1,61) (рис. 6.6).

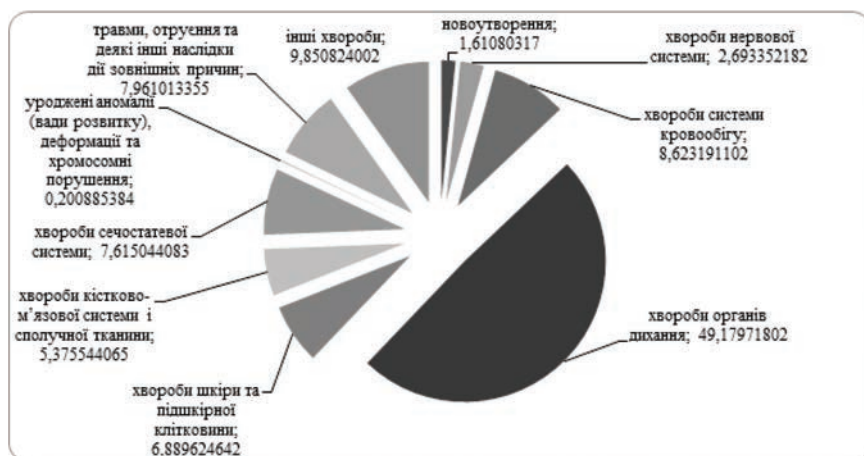


Рис. 6.6. Структура захворювань населення України у 2017 році

Джерело: складено автором за даними [12].

З хвороб органів дихання найбільш небезпечними є захворювання на активний туберкульоз, що потребує детального дослідження (рис. 6.7).

Серед регіонів України найбільший рівень хворих на туберкульоз в Одеській, Херсонській, Кіровоградській та Січеславській областях, що складає 98,2, 84,6 та 79,2 хворих на 100 тис. населення відповідно.

В середньому по Україні кількість хворих на активний туберкульоз на 100 тис. населення складає 60,1. Найменший обсяг хворих на активний туберкульоз у 2017 р. спостерігається в Луганській, Чернівецькій та Харківській областях і складає 11,1, 40,4 та 41,9 хворих на 100 тис. населення відповідно. На цьому фоні також варто проаналізувати стан забезпеченості галузі лікарняними закладами й ліжками в них, лікарями та медичним персоналом.

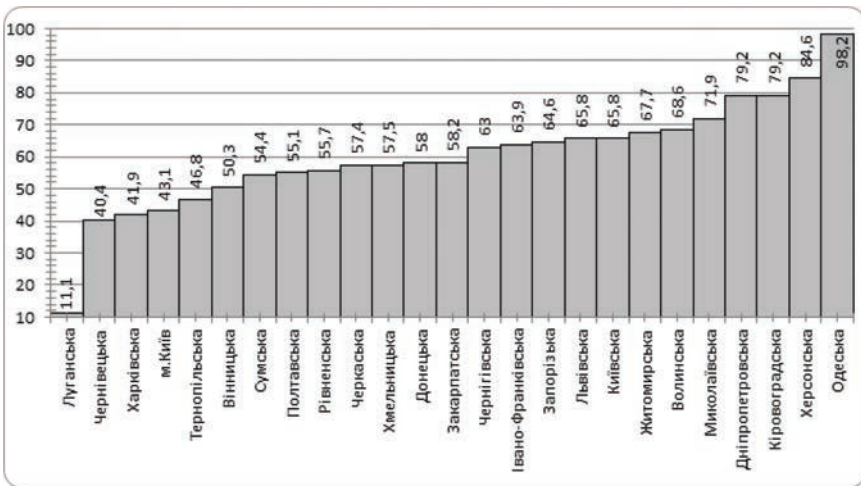


Рис. 6.7. Захворюваність на активний туберкульоз за регіонами в 2017 р.

*Джерело:* складено автором за даними [12].

Поряд з цим у 2017 р. кількість лікарняних закладів в Україні становила 1,7 тис., а ліжок – 309 тис. (рис. 6.8).

Зменшення лікарняних закладів та відповідно ліжок за 2000–2017 рр. ще не свідчить про зниження якості медичних

послуг, а оптимальне їх співвідношення до кількості населення повинно враховувати загальний стан здоров'я, розвиненість інфраструктури галузі, наявність кадрового забезпечення тощо.

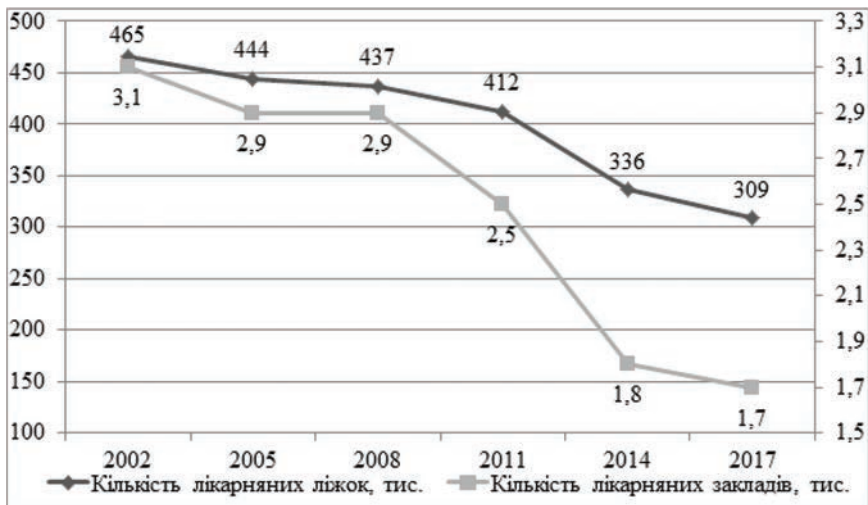


Рис. 6.8. Динаміка лікарняних закладів та ліжок у 2002–2017 рр.

*Джерело:* складено автором за даними [12].

У 2002–2017 рр. кількість лікарів усіх спеціальностей зменшилась на 156 тис. осіб (33,5%), а середнього медичного персоналу – на 166 тис. осіб (31,6%). Особливо відчутною така негативна динаміка склалася у 2014 р., коли кількість лікарів усіх спеціальностей у порівнянні з 2013 р. зменшилась на 31 тис. осіб (14,3 %), а чисельність середнього медичного персоналу – на 62 тис. осіб (14,1 %) (рис. 6.9).

Фінансові ресурси охорони здоров'я України є найважливішою складовою загальних ресурсів галузі, а основним офіційним джерелом фінансування залишаються Державний та місцеві бюджети. Тому більшість фінансових ресурсів охорони здоров'я знаходиться у сфері державного управління. Вивчення процесів і аналіз змін основних показників фінансових ресурсів охорони здоров'я, а також дослідження їх впливу на стан здоров'я населення стають важливим елементом планування та прийняття рішень щодо діяльності та розвитку системи охорони здоров'я України [23; 44].

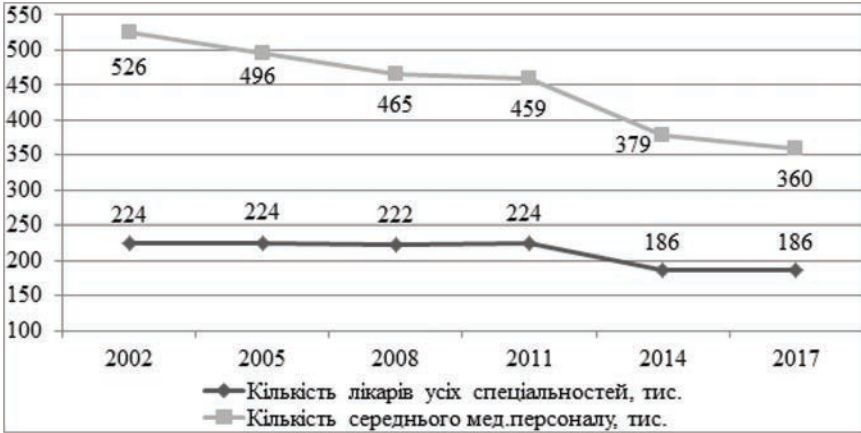


Рис. 6.9. Динаміка кількості лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу у 2002–2017 рр., тис. осіб

Джерело: складено автором за даними [12].

Аналізуючи динаміку видатків Державного бюджету України у 2002–2019 рр. (табл. 6.9), можна зробити певні висновки.

Таблиця 6.9

Динаміка видатків на охорону здоров'я в Україні у 2002–2019 рр., (млрд грн)

Рік	Зведений бюджет / приріст у % до попереднього року	У тому числі			
		державний		місцеві	
		усього	%, до зведеного бюджету	усього	%, до зведеного бюджету
2002	7,538	1,582	20,99	5,96	79,01
2003	9,709 / + 28,8	2,352	24,2	7,36	75,8
2004	12,159 / + 25,2	3,448	28,4	8,71	71,6
2005	15,477 / + 27,3	3,508	22,67	11,97	77,33
2006	19,738 / + 27,5	4,10	20,77	15,64	79,23
2007	26,718 / + 35,4	6,32	23,66	20,40	76,34
2008	33,56 / + 25,6	7,37	21,95	26,19	78,05
2009	36,565 / + 9,0	7,54	20,61	29,03	79,39
2010	44,745 / + 22,4	8,76	19,58	35,99	80,42

Продовження таблиці 6.9

2011	48,962 / + 9,4	10,22	20,88	38,74	79,12
2012	58,454 / + 11,9	11,36	19,4	47,10	80,6
2013	61,569 / + 5,3	12,88	20,9	48,69	79,1
2014	57,150 / - 7,2	10,58	18,5	46,57	81,5
2015	71,0 / + 24,2	11,5	16,2	59,5	83,8
2016	60,6 / - 14,6	12,5	20,6	58,1	79,4
2017	56,8 / - 16,3	12,1	21,3	44,7	78,7
2018	115,9 / + 104,0	22,6	19,5	93,3	81,5
2019*	95,8 (проект)	37,3	38,9	58,5	41,1

*Джерело:* складено автором за даними Міністерства фінансів України

По-перше, фінансування системи охорони здоров'я протягом 2002–2018 років здійснюється переважно (71–83 %) з місцевих бюджетів; по-друге, високий щорічний приріст у 2003–2010 рр. (22–35 %, за виключенням 2009 р.) у подальшому значно знизився до 5–11 % у 2011–2013 рр. й отримав негативну динаміку у 2014 р. (-7,2 %), 2016 р. (-14,6 %) та 2017 р. (-16,3 %); по-третє, державний бюджет галузі у 2002–2017 рр. повільно щорічно поступово збільшувався (в середньому на 18,39%), а його частка до зведеного залишилась практично не змінною (18,5–23,5%). У 2018 р. його збільшення до попереднього склало 86,8 %, а у проекті 2019 р. – 65 %, що свідчить про його залежність від інфляційних процесів.

З 2015 р. ситуація щодо фінансування охорони здоров'я потрапила у безпосередню залежність від перерозподілу коштів, пов'язаного з необхідністю суттєво підсилювати національну безпеку та оборону держави, а зниження абсолютного розміру видатків – від зменшення самої галузі через анексію АР Крим та втрату ОРДЛО.

З іншого боку, майже дворазове збільшення видатків у 2018 р. та проекті бюджету на 2019 р. є наслідком кардинального реформування системи охорони здоров'я як пріоритетної національної стратегії, а також позитивним наслідком курсу на європейську інтеграцію країни.

Проте потрібно зауважити, що через значні коливання економіки України, прорахунки валютно-фінансової політики уряду та національного банку реальний стан охорони здоров'я можна продемонструвати шляхом порівняння поточних видатків галузі на душу населення у дол. США за паритетом купівельної спроможності (ПКС) у 2000–2015 рр. з сусідніми державами (рис. 6.10).

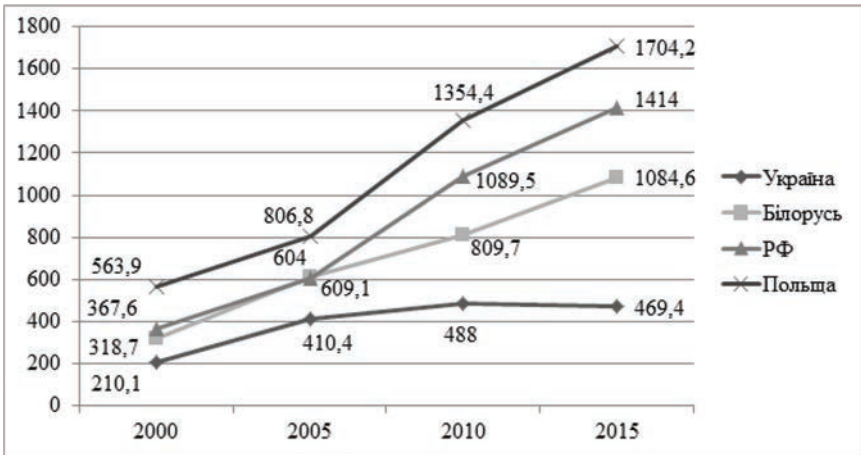


Рис. 6.10. Порівняння поточних видатків з охорони здоров'я на душу населення у дол. США за ПКС у 2000–2015 рр. з сусідніми державами.

*Джерело:* складено автором за даними ВООЗ.

З наведених даних видно, що Україна протягом 2005–2015 рр. не мала позитивної динаміки з питань фінансування охорони здоров'я, а відтак й гальмувалися процеси підвищення якості надання медичних послуг. При цьому Україна демонструвала постійне збільшення частки бюджету на розвиток галузі з 5,3 % від ВВП у 2000 р. до 6,4 % – у 2010. Для порівняння, за аналогічний період частка ВВП на фінансування охорони здоров'я Білорусі знизилася з 5,5 % до 5,3 %, а РФ – з 5,4 до 5,3 при значному збільшенні фактичних поточних видатків на душу населення у дол. США за ПКС.

З метою порівняння поточних витратів галузі охорони здоров'я (ОЗ, СНЕ – англ. за класифікацією ВООЗ) через частку від ВВП, на душу населення у дол. США та за ПКС у 2005–2015 рр. держав Східної Європи, Центральної Азії (СЄЦА) з розвиненими країнами Європи, а також Америки, проаналізуємо дані, представлені у табл. 6.10.

Таблиця 6.10

Порівняння поточних витратів галузі охорони здоров'я у 2005–2015 рр. держав СЄЦА з розвиненими країнами Європи та Америки

Показники	На ОЗ (СНЕ) у % від ВВП		На душу населення у дол. США		На душу населення у дол. США за ПКС	
	2005	2015	2005	2015	2005	2015
Азербайджан	7,4	6,7	114,8	368,3	521,4	1191,3
Білорусь	6,3	6,1	197,1	351,8	609,1	883,2
Вірменія	7,0	10,1	115,6	366,0	335,5	1084,6
Грузія	8,3	7,9	118,7	280,9	338,9	717,7
Естонія	5,0	6,5	512,3	1112,0	818,6	1886,8
Казахстан	4,0	3,9	150,0	379,1	567,1	903,3
Киргизстан	7,5	8,2	36,1	92,1	159,9	286,1
Латвія	8,9	5,8	633,0	783,8	807,6	1429,3
Литва	5,6	6,5	438,6	923,3	810,9	1874,6
Молдова	9,6	10,2	79,3	186,4	281,1	515,3
РФ	5,1	5,6	272,0	523,8	604,0	1414,0
Узбекистан	5,3	6,2	28,2	133,9	144,0	382,8
Україна	6,1	6,1	116,3	125,0	410,4	469,4
Таджикистан	5,2	6,9	17,6	63,0	79,1	192,7
Туркменістан	9,6	6,3	345,1	405,1	552,6	1003,8
США	14,5	16,8	6453,1	9535,9	6453,1	9535,9
Канада	9,1	10,4	3282,9	4507,6	3277,9	4600,1
Великобританія	7,2	9,9	3017,1	4355,8	2345,1	4144,6
Італія	8,4	9,0	2676,5	2700,4	2516,9	3350,6
Німеччина	10,3	11,2	3614,7	4591,8	3330,6	5356,8

Джерело: складено автором за даними ВООЗ.



Як видно з наведених даних, Україна у 2005 р. посідаючи 9-те місце (з 15-ти) серед країн СЕЦА як за часткою видатків на ОЗ у % до ВВП, так і їх обсягом на душу населення у дол. США, за ПКС тощо, у 2015 р. втратила 3 позиції, залишившись на 12-му місці, демонструючи низький рівень щорічного приросту наведених показників.

При цьому стратегії розвитку галузі охорони здоров'я розвинених країн хоч і розрізняються підходами щодо визначення частки ВВП для видатків з ОЗ (від 7,2 % у Великобританії до 14,5 % у США), проте мають значний обсяг видатків за ПКС на душу населення (від 3,35 тис. дол. в Італії та 4,14 тис. у Великобританії до 5,36 тис. у Німеччині та 9,54 тис. у США).

Зауважимо, що для підтвердження ефективності політики в медичній галузі вкрай необхідне застосування економіко-математичних методів для розробки прогнозних значень. Так, з метою побудови прогнозу видатків зведеного бюджету на 2019/2020 бюджетний рік (рис. 6.11) було перевірено динамічний ряд на наявність тенденції в ньому за допомогою порівняння середніх значень рівнів ряду та перевірки гіпотези про рівність середніх двох нормально розподілених сукупностей.

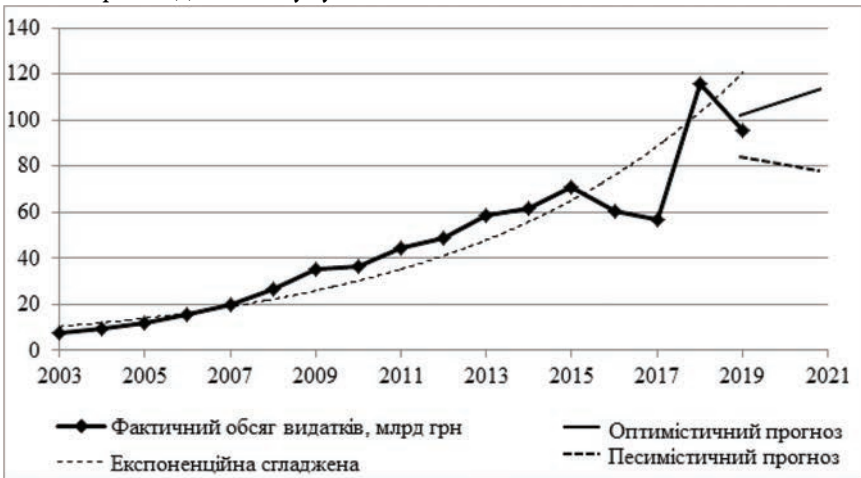


Рис. 6.11. Інтервальний прогноз видатків зведеного бюджету України у галузі охорони здоров'я на 2019/2020 рік

Джерело: складено автором.

На першому етапі динамічний ряд був розбитий на 2 інтервали: 2003–2010 та 2011–2018 рр. для визначення їх середніх значень.

В середньому видатки на охорону здоров'я у 2003–2018 рр. становили 40,41 млрд грн, 24,61 млрд грн за 2003–2010 рр. та 66,30 млрд грн за 2010–2018 рр. Так як середні значення двох груп відрізняються між собою, то динамічний ряд має тенденцію, а перевірка гіпотези про рівність середніх двох нормально розподілених сукупностей за тестом Левена (значення рівня значущості  $p > 0.05$ ) дає висновок про рівність (гомогенність) дисперсій.

За цими даними в пакеті ППП SPSS було визначено вид функції лінії тренду:

$$Y=9128,08-128,76t+943,03t^2-46,75t^3 \quad (4.1)$$

де  $y$  – обсяг видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я,  $t$  – фактор часу.

Коефіцієнт детермінації становить 0,999, що свідчить про високу якість моделі та підтверджує доцільність обрання саме кубічної моделі.

За результатами розрахунків було отримано прогнозне значення видатків зведеного бюджету на 2019/2020 р. в інтервалі від 93,21 млрд грн до 96,49 млрд грн (песимістичний прогноз) та від 102,34 млрд грн до 105,01 млрд грн (оптимістичний прогноз).

При цьому зростання обсягів видатків зведеного бюджету України не свідчить про розвиток даної сфери, так як частка видатків на охорону здоров'я (від загального обсягу видатків) у 2017 р. порівняно з 2002 р. залишилась незмінною.

Попри збільшення видатків на охорону здоров'я, рівень середньомісячної оплати праці робітників у цій сфері є одним з найнижчих серед інших видів економічної діяльності.

Поряд з цим, метод головних компонент також дозволив виділити 2 компоненти, які характеризують зміну рівня охорони здоров'я, що виражений показником видатків на охорону здоров'я на душу населення. Перша компонента пояснює 50,26 % загальної дисперсії, а друга – 16,17 %, які й було обрано за критерієм Кайзера, так їх власні значення склали 5,03 та 1,62 відповідно (табл. 6.11).

Вірність розрахунків перевірена за критерієм кам'янистого осипу, який базується на графічному аналізі розподілу власних чисел виокремлених компонент, що дозволило виокремити також 2 компоненти, так як максимальне спадання власних значень відбулося саме на другій компоненті.

Таблиця 6.11

Повна пояснена дисперсія моделі взаємозв'язків за даними

Компонента	Початкові власні значення			Сума квадратів навантаження		
	Всього	% дисперсії	Кумулятивний %	Всього	% дисперсії	Кумулятивний %
1	5,03	50,26	50,26	5,03	50,26	50,26
2	1,62	16,17	66,43	1,62	16,17	66,43
3	0,99	12,50	78,93	-	-	-
4	0,90	9,80	88,74	-	-	-
5	0,64	6,40	95,13	-	-	-
6	0,35	3,54	98,67	-	-	-
7	0,10	0,96	99,63	-	-	-
8	0,03	0,29	99,92	-	-	-
9	0,01	0,08	100,00	-	-	-

Джерело: складено автором за даними [12].

Склад кожної компоненти за показниками визначено за допомогою матриці компонент за коефіцієнтами кореляції (табл. 6.12).

Таблиця 6.12

Кореляційна матриця компонент за матеріалами

Показник	компонента	
	1	2
Видатки на охорону здоров'я, % від державних видатків	0,81	0,46
Очікувана тривалість життя при народженні, років	0,96	0,04
Народжуваність, на 1000 осіб	0,29	-0,75
Смертність, на 1000 осіб	-0,94	0,20
Захворюваність на туберкульоз, на 100 тис. осіб	-0,73	-0,07
Покращені засоби санітарії, % населення, що має доступ	0,81	-0,14
Кількість лікарняних ліжок	-0,02	-0,03
Медсестри та акушерки (на 1000 осіб)	0,48	0,54
Кількість лікарів всіх спеціальностей (на 1000 жителів)	0,27	0,71

Джерело: складено автором за даними [12].

До складу першої компоненти увійшло 5 показників (видатки на охорону здоров'я, очікувана тривалість життя при народженні, смертність, захворюваність на туберкульоз, покращені засоби санітарії), до другої – 3 (народжуваність, кількість лікарів на 1000 жителів та кількість лікарняних ліжок).

Таким чином, перша компонента визначає рівень соціального захисту населення, друга – рівень розвиненості інфраструктури галузі. За їх допомогою можна побудувати залежність між видатками на охорону здоров'я на душу населення, як рівнем державного регулювання сфери охорони здоров'я, та компонентами-чинниками, що впливають на рівень здоров'я населення:

$$Y=0,91u_1+0,34u_2+\varepsilon \quad (4.2)$$

де  $Y$  – видатки на охорону здоров'я на душу населення;

$u_1$  – рівень соціального захисту населення;

$u_2$  – рівень розвиненості інфраструктури галузі охорони здоров'я;

$\varepsilon$  – випадкова компонента.

За умови, що ефективне функціонування національної економіки у великій мірі детерміновано розвиненістю системи охорони здоров'я та можливістю надання населенню повного спектру медичних послуг, а також державного регулювання сфери охорони здоров'я, видатки на охорону здоров'я на душу населення виступають в якості одного із найважливіших показників економічного зростання.

На основі експертного аналізу було відібрано 6 показників рівня охорони здоров'я, в якості вхідних: видатки на охорону здоров'я на душу населення (в поточних дол. США); очікувана тривалість життя при народженні, років; кількість лікарів на 1000 жителів; народжуваність на 1000 осіб; смертність на 1000 осіб; захворюваність на туберкульоз на 100 тис. осіб; кількість лікарняних ліжок; кількість медсестер та акушерок на 1000 осіб; покращені засоби санітарії, % населення, що мають доступ.

Для дослідження причин та управлінських дій щодо покращення державного регулювання сфери охорони здоров'я було побу-

довано когнітивну карту (рис. 6.12) на основі кореляційної матриці між основними показниками розвитку сфери охорони здоров'я.

Витатки на охорону здоров'я на душу населення мають сильний зв'язок з очікуваною тривалістю життя при народженні і склали 0,87. Помітний зв'язок з показниками покращених засобів санітарії, кількості медичних сестер та акушерок (на 1000 осіб) і кількістю лікарів (на 1000 осіб), що становить 0,64, 0,62 та 0,55 відповідно.

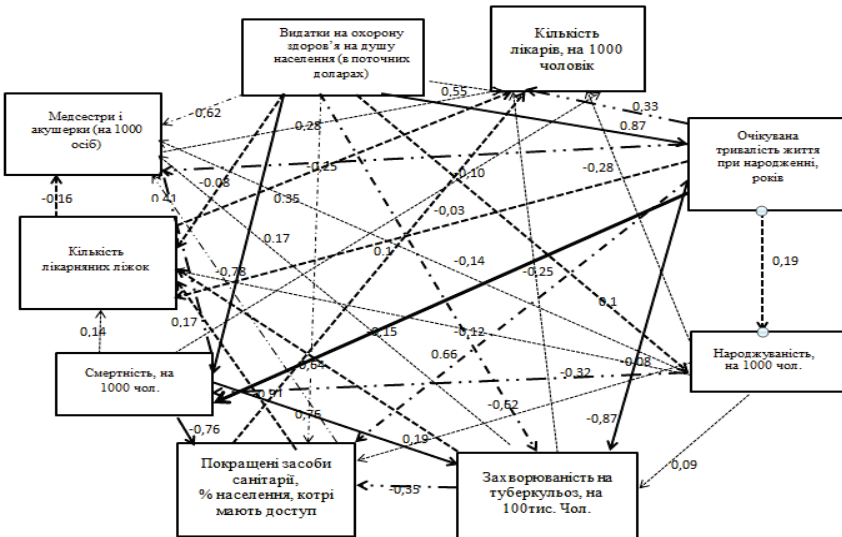


Рис. 6.12. Когнітивна карта показників охорони здоров'я

Джерело: складено автором.

Із смертністю (на 1000 осіб) і захворюваністю на туберкульоз (на 100 тис. осіб) спостерігається помітний зворотній зв'язок, що складає -0,78 і -0,62 відповідно. Дуже сильний зворотній зв'язок між очікуваною тривалістю життя при народженні і смертністю (на 1000 осіб), що склав -0,91. А показник кількості лікарняних ліжок з рештою показників має слабкий зв'язок.

Отже, загрозлива ситуація з охорони здоров'я України в цілому обумовлена нераціональністю економічних витрат на національному рівні через відсутність належного фінансування інноваційних медичних систем, консервативним менеджментом

організації та недостатньою ефективністю суспільних витрат щодо впровадження здорового способу життя, належної рухової активності тощо [32].

Головними шляхами подолання цих труднощів є: визначення повного спектру пріоритетів соціально-економічної політики в умовах надмірної стратифікації населення за економічними ознаками; обрахування макроекономічного ефекту від впровадження нових медичних технологій для зниження рівня захворюваності та з метою формування сучасної державної стратегії в галузі охорони здоров'я; розгортання суспільно-державного діалогу щодо розподілення ризиків у разі захворювання, розмірів компенсацій на основі масштабного впровадження страхової медицини [43].

## **6.2. Національні моделі та загальносвітові тенденції в організації систем охорони здоров'я**

Трансформація системи управління охороною здоров'я в Україні базується на загальноприйнятих в світовій практиці підходах. Географічно Україна знаходиться в Європі і органи державної влади, Уряд, Президент, народ України неодноразово наголошували на своєму виборі в розбудові економіки та соціально-політичного устрою країни на європейських стандартах з перспективою входження в Європейський Союз. Разом з тим в сучасній трансформації системи охорони здоров'я України ми можемо побачити елементи, запозичені в різних країнах світу. Слід визначити, що серед найбільш ефективних систем охорони здоров'я країни Європейського Союзу не завжди посідають перші місця. Так, в Європі серед кращих систем охорони здоров'я – системи таких країн, як Норвегія, Ісландія, Швейцарія – країн, що не входять до складу ЄС. Серед світових лідерів охорони здоров'я такі країни, як Гонконг, Сінгапур, Південна Корея, Ізраїль, Японія, Австралія, Тайвань, ОАЕ, Нова Зеландія. Безумовно, країни Європи та ЄС характеризуються високими стандартами охорони здоров'я (таблиця 6.13).

В новій трансформованій системі охорони здоров'я в нашій країні присутні елементи, які є притаманними для національних

моделей різних країн. Так, наявність державного сектору в медицині, пільг, – це риси, що присутні національній моделі Великобританії, наявність приватного капіталу та приватного медичного бізнесу є специфікою національної моделі США, розвиток страхової медицини як на державному рівні, так і в корпоративному секторі – елемент німецької медичної системи (моделі Бісмарка), розвиток телемедицини, інформаційних технологій в медицині – специфічна риса національних систем охорони здоров'я Японії, Гонконгу, Тайваню, США, Сінгапуру, підготовка висококваліфікованих кадрів – перевага системи охорони здоров'я Ізраїлю. Дослідження світового досвіду необхідне з метою налагодження складного механізму ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

З метою більш коректного порівняння економічних, демографічних показників та показників охорони здоров'я в Україні та в окремих країнах Європи, ми обрали найбільш великі країни, які за своїми характеристиками територій та кількості населення можуть бути співставними. Проводячи аналіз основних показників країн Європи у сфері витрат на охорону здоров'я та наявних узагальнених показників, які характеризують здоров'я нації, можна зробити наступні висновки. Найбільші загальні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення здійснюються в таких країнах, як: Австрія – 5039 дол., Данія – 4782 дол., Нідерланди – 5202 дол., Німеччина – 4508 дол., Норвегія – 6347 дол., Франція – 4508 дол., Швеція – 5 219 дол. Всі ці країни мають найбільш великий обсяг валового національного продукту, тому ми можемо побачити на цьому прикладі єдність європейської політики в питаннях фінансування охорони здоров'я. Для цих країн загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП складають: Австрія – 12,2 %, Данія – 10,8 %, Нідерланди – 10,9 %, Німеччина – 11,5 %, Норвегія – 9,7 %, Франція – 11,5 %, Швеція – 11,9 %. В найбільш економічно розвинутих країнах Європейського континенту відрахування на охорону здоров'я від рівня ВВП складають не менше 10 %. Виключення складає Норвегія – 9,7 %, але вона не є країною Європейського Союзу і крім того, має більші відрахування на медицину в абсолютному значенні, ніж члени Європейського Союзу – 6347 дол. на рік. Вищий показник має тільки Люксембург, але він не представлений у даній таблиці.

Таблиця 6.13

Показники здоров'я населення в країнах Європи та в Україні  
[складено за матеріалами 47]

№	Країна	Кількість населення	Тривалість життя при народженні		Вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років	Вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів		Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол.	Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП
			ч	ж		ч	ж		
1	Австрія	8.712	79	84	4	80	44	5.039	11.2
2	Болгарія	7.131	71	78	8	183	85	1.399	8.4
3	Великобританія	65.789	80	83	4	81	52	3.377	9.1
4	Греція	11.184	79	84	5	90	42	2.098	8.1
5	Данія	5.712	79	83	4	81	49	4.782	10.8
6	Іспанія	46.348	80	86	3	74	38	2.966	9.0
7	Італія	59.430	80	85	3	68	39	3.239	9.2
8	Нідерланди	16.987	80	83	4	66	52	5.202	10.9
9	Німеччина	81.915	79	83	4	94	48	4.508	11.5
10	Норвегія	5.255	81	84	3	66	42	6.347	9.7
11	Польща	38.224	74	82	5	150	62	1.570	6.3
12	Португалія	10.372	78	84	4	110	43	2.690	9.5
13	Румунія	19.778	72	79	8	191	77	1.079	5.6
14	Словаччина	5.444	74	81	6	147	61	2.179	8.1
15	Угорщина	9.753	72	79	4	173	79	1.872	7.4
16	Фінляндія	5.503	79	84	2	95	44	3.701	9.7
17	Франція	64.721	80	86	4	94	98	4.508	11.5
18	Чехія	10.611	76	82	3	108	53	2.146	7.4
19	Швеція	9.839	81	84	3	64	40	5.219	11.9
20	Україна	44.439	68	77	9	264	98	584	7.1



Найменші показники загальних витрат на охорону здоров'я у таких країн, як Болгарія – 1 399 дол., Польща – 1 570 дол., Румунія – 1 079 дол., Угорщина – 1 872 дол. Ці ж країни мають і найменший відсоток фінансування охорони здоров'я відносно державного бюджету: Болгарія – 8,4 %, Польща – 6,3 %, Румунія – 5,6 %, Угорщина – 7,4 %. З огляду на існуючий фінансово-економічний стан країни, події на Сході України, дестабілізацію економічних відносин, Україна очікувано не може собі дозволити аналогічних видатків на охорону здоров'я та аналогічних відсотків відрахувань. В економічних показниках охорони здоров'я Україна значно відстає від проаналізованих провідних європейських держав, та всіх інших держав, які є членами Європейського Союзу. Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення в нашій країні складають 584 дол., а відсоток відрахувань – 7,1 %. Це незначний показник. Нижче серед аналізованих країн він тільки в Румунії та Польщі.

З поданої таблиці зрозуміло, що показники фінансування охорони здоров'я тісно пов'язані з показниками загального здоров'я населення в країнах. Так, найвища тривалість життя при народженні у чоловіків в таких країнах, як Великобританія – 80 р., Іспанія – 80 р., Італія – 80 р., Нідерланди – 80 р., Норвегія – 81 р., Франція – 80 р. Найвища тривалість життя при народженні у жінок в таких країнах, як: Австрія – 84 р., Греція – 84 р., Іспанія – 86 р., Італія – 85 р., Норвегія – 84 р., Португалія – 84 р., Фінляндія – 84 р., Франція – 86 р., Швеція – 84 р. В Україні станом на 2016 рік за розрахунками ВООЗ цей показник складає для чоловіків – 68 років, для жінок – 77 років. Це найнижчий показник у порівнянні з країнами Європейського Союзу, які аналізуються. Найгірший показник в Україні, який значно відрізняється від показників країн Європи – вірогідність смерті у віці 15–60 років на 1000 жителів для чоловіків. В Україні він складає 264 особи. Найгірші показники країн Європи значно кращі за вітчизняні: Румунія – 191 особа, Болгарія – 183 особи, Угорщина 173 особи, Польща – 150 осіб. В країнах Європи з більш розвинутою економікою та з більшими обсягами фінансування системи охорони здоров'я ці показники в чотири рази кращі.

Проблеми реформування системи управління охороною здоров'я вирішуються на глобальному рівні. На міжнародній конференції «Базові характеристики провідних систем охорони здоров'я в контексті визначення стратегії для України» було зазначено, що значущість системи охорони здоров'я засвідчила підсумкова доповідь і рекомендації Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання (далі – Комісія) Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй Пан Гі Муну на сесії Генеральної асамблеї ООН 20 вересня 2016 р. у Нью-Йорку.

За прогнозами Комісії, старіння населення і зростання поширеності неінфекційних захворювань до 2030 р. продиктують необхідність створення 40 млн додаткових робочих місць у секторі охорони здоров'я, для чого буде необхідно подвоїти нинішнє число працівників цієї галузі. Однак більшість цих робочих місць буде створено в найбільш заможних країнах. І якщо не буде вжито відповідних заходів, у світі і, головним чином, в країнах з низьким рівнем доходів і доходами нижче середнього рівня, не вистачатиме 18 млн працівників охорони здоров'я [48].

Зазначена Комісія надала рекомендації щодо вирішення глобальних питань, які повинні стабілізувати ситуацію із охороною здоров'я на глобальному рівні. Перелік нараховує десять рекомендацій, які створюють основу для трансформації систем охорони здоров'я в усьому світі, особливо в країнах, що не можуть забезпечувати розвиток медицини повною мірою у фінансовому плані та не мають сучасної усталеної інституційної системи управління цією сферою. Серед цих рекомендацій наступні:

- стимулювати інвестиції у створення робочих місць на гідних умовах у секторі охорони здоров'я, особливо для молоді і жінок;

- розширити участь жінок в економічній діяльності і сприяти розширенню їх прав і можливостей за допомогою інституціоналізації їх провідної ролі, усунення гендерного дисбалансу, забезпечення рівноправного доступу до освіти і ринку праці в секторі охорони здоров'я;

- розвивати систему висококласної освіти, спрямовану на якісні зміни, і систему безперервної професійної підготовки з тим, щоб всі працівники охорони здоров'я могли повною мірою реалізувати свій потенціал;

реформувати моделі обслуговування, що базуються на наданні допомоги, перш за все, на базі лікарень, з перенесенням акценту на профілактику й ефективне надання високоякісних, доступних, комплексних, що реалізуються на місцевому рівні й орієнтованих на потреби людей послуг первинної та амбулаторної медико-санітарної допомоги;

використовувати потенціал інформаційних і комунікаційних технологій для розвитку санітарної освіти, орієнтованого на потреби людей медико-санітарного обслуговування та систем медико-санітарної інформації;

забезпечити вкладення коштів у створення основних можливостей по ММСП, включаючи формування навичок у національних і міжнародних працівників охорони здоров'я в умовах гуманітарних надзвичайних ситуацій;

залучити достатній обсяг фінансування з внутрішніх і міжнародних джерел, приватних і державних залежно від ситуації і при необхідності розглянути питання про масштабну реформу фінансування охорони здоров'я;

розвивати міжсекторальне співробітництво на національному, регіональному та міжнародному рівнях, взаємодіяти з громадянським суспільством, профспілками, іншими організаціями громадянського суспільства та приватним сектором; вбудувати в національні плани і стратегії в галузі охорони здоров'я та освіти питання міжнародного співробітництва;

підвищити рівень міжнародного визнання кваліфікації працівників охорони здоров'я для сприяння більш ефективному використанню професійних навиків і отримати більший позитивний ефект з міграції працівників охорони здоров'я;

провести всебічне дослідження й аналіз ринків праці у сфері охорони здоров'я із застосуванням стандартизованих статистичних показників [48].

Не дивлячись на намагання ООН зробити національні системи охорони здоров'я в усіх куточках світу стандартизованими, на теперішній час це є неможливим. Основа, що зумовлює диференціацію таких систем, ґрунтується на історичних, демографічних, соціокультурних та економічних аспектах. Крім того, вони

Ймовірно залежать і від факторів ментальності нації та етносу. Системи охорони здоров'я, що склалися в країнах Європи та в інших країнах світу, не є ідентичними. Костюк В.С. зазначає, що у «світі існує безліч класифікацій моделей організації охорони здоров'я, проте, як правило, експерти зводять їх до чотирьох класичних (які відрізняються, в першу чергу, джерелами фінансування):

1) модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська);

2) модель Бісмарка – медичне страхування (німецька);

3) модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська);

4) модель Семашка (колишня радянська) [49].

Слід визначити, що в країнах третього світу – країнах, що розвиваються, важко визначити будь який тип системи охорони здоров'я. При такому обмеженому фінансуванні та відсутності медичних кадрів його можна називати катастрофічним. Наприклад, в Анголі такий показник, як вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років складає 81 особу, а показник загальних витрат на охорону здоров'я на душу населення на рік складає 239 дол., у Бутані ці показники відповідно – 31 особа та 281 дол., у Вануату – 27 осіб та 150 дол., у Бурунді – 61 особа та 58 дол., на Гаїті – 72 особи та 131 дол., у Гані – 49 осіб та 145 дол., у Замбії – 60 осіб та 195 дол., у Камеруні – 84 особи та 122 дол. [47].

У відповідності до цих положень О.В. Баєва в роботі «Основи менеджменту охорони здоров'я» визначає, що пріоритетними в світовій практиці організації систем охорони здоров'я є:

- ринкова модель;
- соціальна модель;
- суспільно-приватна модель [50].

За думкою науковців, до ринкової моделі відносяться країни з переважно приватним фінансуванням галузі охорони здоров'я. Основою такого фінансування є приватні джерела, приватні страхові фонди, система прямих виплат постачальнику медичних послуг (закладу охорони здоров'я), комбіноване приватне фінансування. Основним представником такої моделі серед країн є США.

До соціальної моделі відносяться країни, в яких переважає фінансування галузі з громадських фондів. Такі соціальні моделі авторка консолідує в уже відомі нам:

– модель Бісмарка (німецька). Загальні положення моделі Бісмарка зводяться до наступного: забезпечення засновано виключно на праці і тому обмежене лише тими особами, які зуміли завоювати для себе це право на забезпечення через свою працю; обов'язкове забезпечення лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких нижча визначеної мінімальної суми, тобто для тих, хто не може користуватись індивідуальним страхуванням; забезпечення, яке засноване на методології страхування, що встановлює паритетне відношення між внесками найманих працівників та працедавців, а також між виплатами та внесками; забезпечення, яким управляють самі працедавці та наймані працівники. За системою Бісмарка організовано системи охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії.

– модель Беверіджа (англійська). На думку лорда Беверіджа, заклади системи соціального забезпечення в своїй роботі повинні керуватися трьома провідними принципами: робити свою справу без огляду на позицію зацікавлених угруповань, які вважають, що перегляду підпадають їх переваги та привілеї; впровадження соціального страхування повинно здійснюватися у нерозривному зв'язку із загальним соціальним прогресом суспільства (злидні є однією з 5 бід, які необхідно подолати у ході реформування, – поряд з захворюваннями, темнотою (невіглаством), скнарістю та марнотратством); необхідно організувати діалог та співпрацю між індивідуумами і державою, інакше кажучи між соціальними партнерами. Система Беверіджа запроваджена у Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

– модель Семашка (колишня радянська). Слід зазначити, що колишня радянська модель широко застосовується на теренах колишнього СРСР, як і її основні підходи: єдині принципи організації і централізація системи охорони здоров'я; рівна доступність охорони здоров'я для всіх громадян; першочергова увага дитинству та материнству; єдність профілактики і лікування; ліквідація соціальних основ хвороб; залучення громадськості до справи охорони здоров'я. Окремі підходи та елементи цієї моделі застосовуються в Китаї, країнах Близького Сходу.

До суспільно-приватної моделі відносяться країни та системи в яких фінансування галузі відбувається із суспільно-приватних фондів. Досліджуючи детально таку модель, І.В. Трикоз у роботі «Використання можливостей державно-приватного партнерства в охороні здоров'я: зарубіжний досвід» посилається на використання елементів такої моделі такими країнами, як Італія, Швеція, США, Великобританія, а також останніми роками у Болгарії, Чехії, Польщі, Угорщині, де у зв'язку з членством у ЄС та все більшою інтеграцією економік у ринкові відносини зменшується роль державної власності та вплив держави в системі охорони здоров'я [51, с. 61].

Якщо проаналізувати ринкову модель, соціальну модель та суспільно-приватну модель, можна визначити їх наступні переваги та недоліки:

До переваг ринкової моделі доцільно віднести наступні: гнучкість ведення маркетингової, кадрової, медичної, цінової та господарської діяльності, швидка здатність до освоєння нових технологій, створення різних програм обслуговування для зручності пацієнтів, орієнтація на потреби людини.

До переваг соціальної моделі можна віднести: профілактику інфекційних та неінфекційних захворювань, надання допомоги незахищеним верствам населення та інші напрями охорони здоров'я громадян, гнучкість ведення маркетингової, кадрової, медичної, цінової та господарської діяльності.

До переваг суспільно-приватної моделі необхідно віднести: подолання бюджетних обмежень, ефективний розподіл ризиків, підвищення ефективності вкладень, зменшення собівартості медичних проектів, підвищення прибутковості соціальних проектів, зниження фінансового навантаження на держбюджет у статті витрат на охорону здоров'я, розвиток ринків послуг і капіталу, професійний менеджмент, підвищення прозорості, удосконалення системи управління, поліпшення якості медичних послуг населення, удосконалення державного управління об'єктами СОЗ.

Ґрунтуючись на основі думок різних авторів та аналізі практичної системи охорони здоров'я, необхідно визначити недоліки ринкової моделі, такі як: гіпердіагностика та частіше застосування сумнівних та нетрадиційних методів діагностики та лікування.

До недоліків соціальної моделі слід віднести наступні: неефективність, яка обумовлена соціально-економічними показниками (зростання смертності і захворюваності, застарілість обладнання тощо), перехід бюджетних коштів у тіньовий обіг.

До недоліків суспільно-приватної моделі слід віднести наступні: більш високі витрати на опрацювання соціального чи медичного проекту, більш висока вартість фінансових ресурсів, прибуток приватного сектору за рахунок пацієнтів, протидія суспільства у питаннях заміщення державних послуг приватними компаніями, можливий збиток репутації, організаційна складність поєднання двох форм власності у одному процесі надання послуг, тривалі терміни підготовки запровадження проектів щодо відкриття нових медичних закладів та надання нових видів послуг.

Сучасна система охорони здоров'я України, що трансформується, містить в собі елементи різних світових систем медичного забезпечення, тому є доцільним на основі аналізу поданих світових систем охорони здоров'я представити переваги та недоліки реформованої системи охорони здоров'я (таблиця 6.14).

Таблиця 6.14

Переваги та недоліки національної моделі управління охороною здоров'я на основі імплементації світових систем  
[розроблено автором]

Сфери діяльності	Переваги	Недоліки
Суспільна	Створення різних програм обслуговування для зручності пацієнтів, орієнтація на потреби людини, надання допомоги незахищеним верствам населення та інші напрями охорони здоров'я громадян, підвищення прибутковості соціальних проєктів, удосконалення державного управління об'єктами СОЗ	Низька ефективність, яка обумовлена соціально-економічними показниками (зростання смертності і захворюваності, застарілість обладнання тощо), протидія суспільства у питаннях заміщення державних послуг приватними компаніями, можливий збиток репутації

Продовження таблиці 6.14

Фінансово-економічна	Гнучкість ведення маркетингової, кадрової, цінової та господарської діяльності, подолання бюджетних обмежень, ефективний розподіл ризиків, підвищення ефективності вкладень, зменшення собівартості медичних проектів, зниження фінансового навантаження на держ-бюджет у статті витрат на охорону здоров'я, розвиток ринків послуг і капіталу, професійний менеджмент, підвищення прозорості, удосконалення системи управління	Перехід бюджетних коштів у тіньовий обіг, більш високі витрати на опрацювання соціального чи медичного проекту, більш висока вартість фінансових ресурсів, прибуток приватного сектору за рахунок пацієнтів, тривалі терміни підготовки запровадження проектів щодо відкриття нових медичних закладів та надання нових видів послуг
Медична	Гнучкість ведення медичної діяльності, швидка здатність до освоєння нових технологій, профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань, поліпшення якості медичних послуг населення	Гіпердіагностика та частіше застосування сумнівних та нетрадиційних методів діагностики та лікування, організаційна складність поєднання двох форм власності у одному процесі надання послуг

Не дивлячись на недоліки, які можуть існувати після запровадження нової системи управління охороною здоров'я, слід визначити соціально-економічні ефекти від впровадження такою системи, які на прикладі Німеччини виокремив О.В. Петрушко. В Німеччині соціально-економічним ефектом для держави стало: підвищення ефективності управління і обслуговування державного майна; залучення інвестиційних ресурсів у розвиток медичної галузі; розвиток регіональних ринків капіталу, технологій, товарів і



послуг; розвиток ринку праці і створення додаткових робочих місць; можливість оновлення основних фондів. Соціально-економічним ефектом для бізнесу, що працює в медичній сфері, стало: стабільність і гарантія отримання доходів; користування податковими пільгами та преференціями; бюджетне кредитування учасників; наявність державних та муніципальних гарантій; бюджетне цільове субсидування для реалізації проектів ДПП; активізація залучення іноземних інвестицій в реальний сектор економіки, досягнення мультиплікаційного ефекту. Соціально-економічним ефектом для населення стало: підвищення рівня задоволення населення медичними послугами; зменшення загального рівня захворюваності та смертності; підвищення рівня забезпечення населення закладами охорони здоров'я та медпрацівниками; зростання рівня кваліфікації та досвідченості кадрів; зростання рівня життя населення завдяки отриманню медичних послуг високої якості.

Начальник управління експертної роботи ДП «Державний експертний центр МОЗ України» Г. Гусева [48] на прикладі систем охорони здоров'я провідних країн світу [52], що подані в таблиці 6.15, звернула увагу на такі важливі аспекти:

Таблиця 6.15

Країни з найбільш ефективною системою охорони здоров'я за рейтингом Health-Care Efficiency Index [складено за матеріалами 52]

Рейтинг	Країна	Показник ефективності	Очікувана тривалість життя	Витрати на охорону здоров'я, % до ВВП	Загальні витрати, дол.
1	Гонконг	87.3	84.3	5.7	2.222
2	Сінгапур	85.6	82.7	4.3	2.280
3	Іспанія	69.3	82.8	9.2	2.354
4	Італія	67.6	82.5	9.0	2.700
5	Південна Корея	67.4	82.0	7.4	2.013
6	Ізраїль	67.0	82.0	7.4	2.756
7	Японія	64.3	83.8	10.9	3.733
8	Австралія	62.0	82.4	9.4	4.934

Продовження таблиці 6.15

9	Тайвань	60.8	79.7	6.2	1.401
10	ОАЕ	59.7	77.1	3.5	1.402
11	Норвегія	58.9	82.3	10.0	7.464
12	Швейцарія	58.4	82.9	12.1	9.818
13	Ірландія	58.2	81.5	7.8	4.757
14	Греція	56.0	81.0	8.4	1.505
15	Нова Зеландія	55.6	81.5	9.3	3.554

в країнах, що розглядаються, витрати на охорону здоров'я становлять 11–15% загальнодержавних витрат;

питома вага витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП варіює в діапазоні 6–8%;

лева частка витрат на медикаментозне забезпечення покривається за рахунок державного бюджету;

урядами багатьох країн впроваджуються довгострокові державні програми, що передбачають заходи з оптимізації витрат на потреби охорони здоров'я;

у всіх країнах діє національна законодавча база, що регулює обіг лікарських засобів та медичних виробів;

уряди країн наділяють відповідні органи з регулювання фармацевтичного сектора охорони здоров'я повноваженнями, необхідними для виконання покладених на них функцій. В одних країнах (Канада, Сингапур) таким органом є Міністерство охорони здоров'я та уповноважені ним установи, в інших (Іспанія, Польща, Норвегія) – агентство (управління, адміністрація), що має статус центрального органу виконавчої влади, підпорядкованого Уряду;

в країнах ЄС використовуються методи прямого або непрямого регулювання цін на лікарські засоби з метою контролювання витрат на лікування;

у всіх країнах діють системи державного медичного страхування та реімбурсації.

У відповідності до проаналізованого матеріалу необхідно зробити наступні висновки:

в світі існують усталені моделі національних систем організації охорони здоров'я. До таких систем відносяться: модель

приватного фінансування охорони здоров'я (американська); модель Бісмарка – медичне страхування (німецька); модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська); модель Семашка (колишня радянська). Зважаючи на процеси глобалізації, міжкультурного обміну та міжнародної комунікації, слід визначити, що в останні роки ці моделі стають все більш інтегрованими;

не дивлячись на намагання ООН зробити національні системи охорони здоров'я в усіх куточках світу стандартизованими, не теперішній час це є неможливим. Основа, що зумовлює диференціацію таких систем, ґрунтується на історичних, демографічних, соціокультурних та економічних аспектах. Крім того, вони ймовірно залежать і від факторів ментальності нації та етносу. Системи охорони здоров'я, що склалися в країнах Європи та в інших країнах світу, не є ідентичними;

в країнах третього світу – країнах, що розвиваються, важко визначити будь який тип системи охорони здоров'я. При такому обмеженому фінансуванні та відсутності медичних кадрів його можна називати катастрофічним;

поряд із існуючими національними моделями організації охорони здоров'я в світі існують також загальні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я. До таких тенденцій слід віднести: вирівнювання питомої ваги витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП, яка варіює в діапазоні 6–8%, медикаментозне забезпечення покривається за рахунок державного бюджету із використанням механізмів реімурсації, в усіх країнах уніфікується інституційна основа державного управління системою охорони здоров'я – формується ідентична законодавча база та єдиними функціями наділяються органи державного регулювання;

найбільш універсальними показниками, які впливають на оцінку ефективності національної моделі охорони здоров'я, є показник очікуваної тривалості життя та витрати на охорону здоров'я як відсоток до ВВП;

українська система охорони здоров'я, не дивлячись на її знаходження в стані реформування та недостатню матеріально-технічну та фінансово-економічну базу медичної сфери, є частиною європейського кластеру світової системи охорони здоров'я.

### **6.3. Вдосконалення діяльності закладів охорони здоров'я Республіки Лівія**

У 2008 році міністерство охорони здоров'я Лівії називалося Генеральним народним комітетом з охорони здоров'я і навколишнього середовища. Юридично міністерство підпорядковувалося Генеральному народному комітету, який виступає в якості Кабінету міністрів Лівії. Саме в 2008 році проводилася перебудова системи управління охороною здоров'я в Лівії.

У зв'язку з цим Генеральним народним комітетом з охорони здоров'я і навколишнього середовища був опублікований меморандум, в якому виражені загальні рамки функцій, які можуть бути відображені в перебудові сектора охорони здоров'я і навколишнього середовища. Це робилося на основі аналізу поточної ситуації того часу, без згадки деталей структури і способу її фінансування. Замість цього в меморандумі було запропоновано ввести модель фінансування під назвою «Солідарність», яка дозволяє, з одного боку, розподіляти тягар пацієнтів, і з іншого боку дозволяє людині уникати прямої оплати витрат на медичні послуги. Були визначені функції для сектора охорони здоров'я.

По-перше, це суверенні функції. Вони регулюють канали роботи сектора охорони здоров'я, забезпечують якість його результатів і визначають його законодавчу базу для його ефективності і легкої оцінки продуктивності.

Вони включають, зокрема:

1. Пропозицію загальної політики в галузі охорони здоров'я та навколишнього середовища.

2. Збір даних, підготовка статистичних даних, проведення досліджень в області охорони здоров'я і навколишнього середовища.

3. Пропозицію планів і програм, пов'язаних з поліпшенням здоров'я і підвищенням ефективності системи охорони здоров'я.

4. Розробку планів, програм і засобів контролю для надання первинної і терапевтичної медичної допомоги, служби швидкої допомоги і порятунку, надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях і в умовах стихійних лих та екологічних катастроф.

5. Нагляд за карантинною діяльністю і постійну готовність до боротьби з будь-якими епідемічними захворюваннями.

6. Пропозиції і підготовку законопроектів і рішень, необхідних для охоплення і розвитку діяльності в галузі охорони здоров'я та навколишнього середовища.

7. Участь у проектах відповідних двосторонніх та міжнародних угод, їх документування та стеження за їх здійсненням, а також пропозицію взяти участь в арабських і регіональних міжнародних конференціях.

8. Встановлення необхідних заходів контролю і стандартів для лікарських засобів, предметів медичного призначення та обладнання і контроль їх якості з метою забезпечення їх безпеки і якості зі здійснення національної політики щодо розповсюдження наркотиків.

9. Встановлення норм і стандартів якості охорони здоров'я та медичних послуг на всіх рівнях.

10. Надання ліцензій на практику медичної діяльності і професій.

11. Контроль якості продуктів харчування і місць їх поширення, а також забезпечення їх безпеки і відповідності міжнародним і місцевим стандартам, санітарну інспекцію.

По-друге, це сама система охорони здоров'я, яка є тим організмом, який працює над досягненням вищевказаного.

Що стосується функцій, то охорона здоров'я у Лівії ділиться на дві частини:

а) Первинна медицина – це життєво важливі функції, які пов'язані з охороною здоров'я сім'ї та які безпосередньо торкаються громадянина, наприклад сімейна медицина.

б) Послуги терапевтичного лікування. Ці функції відносяться до лікувальних закладів різних типів, зокрема лікарень.

Лікарні у цій країні діляться на два типи:

1. Лікарні, які мають особливий характер для лікування інфекційних і психіатричних захворювань. Вони функціонують як громадські установи та мають фінансову та адміністративну незалежність і знаходяться під прямим контролем центрального регулюючого органу з питань охорони здоров'я та навколишнього середовища.

2. Лікарні, призначені Генеральним народним комітетом для цілей медичної освіти, наукових і медичних досліджень, стандартизації медичних медустанов. Вони належать центральному органу, який організовує медичні послуги. Це переважно університетські лікарні.

Крім того, були створені служби охорони здоров'я з метою моніторингу ходу роботи в цьому секторі для огляду правових і фінансових процедур у всіх відповідних місцях і областях.

Була визначена організаційна структура центрального регулятора сектора охорони здоров'я і навколишнього середовища, і вона містить ряд департаментів:

- Департамент планування охорони здоров'я.
- Департамент з питань медичного просвітництва і освіти.
- Департамент з контролю за якістю.
- Департамент з питань медичного постачання.
- Департамент з міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я.
- Департамент по роботі зі службами охорони здоров'я в муніципалітетах.

Ці адміністрації мають підлеглі і контрольовані організації:

- Загальне управління навколишнім середовищем.
- Національний центр профілактики та боротьби з інфекційними та ендемічними захворюваннями.
- Секторальний центр інформації та документації.
- Національний центр з контролю за продуктами харчування і ліками.
- Медична рада по визначенню медичної відповідальності.
- Швидка допомога і екстрені служби.

У 2009 році секретар Генерального народного комітету з питань охорони здоров'я та навколишнього середовища (міністр охорони здоров'я) оголосив п'ятирічний план, починаючи з 2009 року до 2013 року, спрямований на відродження сектору охорони здоров'я.

План включав сім основних програм:

- Підвищення ефективності системи охорони здоров'я;
- Поліпшення фінансових ресурсів;
- Побудова інформаційної системи;

- Розробка систем управління;
- Забезпечити систему фармацевтичних послуг та системи медичного забезпечення;
- Програма медичних та фармацевтичних досліджень;
- Дослідження систем охорони здоров'я.

У плані також були розглянуті:

- Програма контролю за інфекційними та ендемічними захворюваннями;
- Встановлення, розвиток та реабілітація центрів охорони здоров'я;
- Розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги та системи направлення пацієнтів;
- Сприяння здоров'ю дітей та здоров'ю матерів;
- Поліпшення медичних послуг у школі, інших закладах просвітництва і освіти;
- Розвиток контролю над продуктами харчування та ліками;
- Розвиток медичних послуг для людей похилого віку;
- Розвиток людських ресурсів і підвищення кваліфікації та ефективності медичних, медсестринських, технічних та адміністративних працівників, початок підготовки від лікарень до центрів підготовки, до Ради медичних спеціальностей та навчання за кордоном.

План також включав національну програму трансплантації органів, до якої входять: печінка, вухо, серце і роговиця;

- Розробка серцево-судинної програми;
- Розвиток онкологічної програми;
- Розвиток офтальмології;
- Розвиток програми мікрохірургії;
- Розвиток послуг з догляду за гігієною порожнини рота та стоматологічного обслуговування;
- Розвиток послуг швидкої допомоги;
- Розвиток служб допомоги, ліквідації наслідків стихійних лих та охорони навколишнього середовища;
- Комплексний екологічний менеджмент відходів;
- Моніторинг ризику забруднення навколишнього середовища;
- Захист природи від опустелювання.

Найважливішими рішеннями та законами, сформульованими у цьому році, є рішення Загального народного комітету з питань охорони здоров'я та охорони навколишнього природного середовища № 179, яке складається з 22 сторінок і включає 7 основних статей, що регулює внутрішню реорганізацію всіх лікарень та спеціалізованих громадських та освітніх центрів. Крім того, є рішення Загального народного комітету № 206 про ратифікацію Конвенції ВООЗ «Про боротьбу з курінням» та її включення до Закону про охорону здоров'я Лівії.

Серед найважливіших рішень, прийнятих цього року, є рішення № 418 Загального народного комітету, яке передбачає врегулювання Загальних правил для працівників охорони здоров'я з медичними та молодшими медичними спеціальностями, де була прийнята система укладених угод між ними та державою, і були класифіковані відповідно до наукового ступеня та визначена вартість їх заробітної плати, а також надбавки, як показано у наведеній нижче таблиці 6.16 та 6.17.

Таблиця 6.16

Заробітна плата працівників з медичними спеціальностями  
(в лівійських динарах)

Функція	Заробітна плата	Періодичне щорічне збільшення
Медичний радник першої категорії	2750	100
Спеціаліст з медицини/ стоматології/ фармацевтики першої категорії	2300	90
Спеціаліст з медицини/ стоматології/ фармацевтики другої категорії	1900	80
Лікар / стоматолог/ фармацевт першої категорії	1500	75
Лікар / стоматолог/ фармацевт другої категорії	1100	70
Лікар / стоматолог/ фармацевт третьої категорії	800	60

*Джерело:* розроблено автором



Таблиця 6.17

Заробітна плата працівників з молодшими медичними спеціальностями та пов'язані з ними професії  
(в лівійських динарах)

Заробітна плата працівників		
Функція	Заробітна плата	Періодичне щорічне збільшення
Головний мед. технік	975	20
Мед. технік першої категорії	875	20
Мед. технік другої категорії	775	20
Мед. технік третьої категорії	700	15
Мед. технік четвертої категорії	625	15
Мед. помічник першої категорії	550	15
Мед. помічник другої категорії	500	10
Мед. помічник третьої категорії	450	10
Мед. помічник четвертої категорії	400	10

*Джерело:* розроблено автором

Вищезгадане рішення передбачає також додавання 15% до заробітної плати наступним категоріям:

- Генеральний директор лікарні.
- Помічник Генерального директора.
- Керівники медичних департаментів.
- Керівники медичних установ.
- Старші медичні техніки.
- Керівник сестринського персоналу.
- Помічник керівника сестринського персоналу.
- Наглядові та технічні керівники сестринського персоналу.
- Працівники у відділах радіології з медичними та молодшими медичними спеціальностями.
- Працівники у відділах медичних лабораторій та банків крові з медичними та молодшими медичними спеціальностями.
- Працівники у відділах ниркового діалізу з медичними та молодшими медичними спеціальностями.
- Працівники у відділах інфекційних хвороб (ВІЛ / СНІД) з медичними та молодшими медичними спеціальностями.

- Працівники у відділах операцій, догляду за новонародженими з медичними та молодшими медичними спеціальностями.
- Працівники центру туберкульозу з медичними та молодшими медичними спеціальностями.

Що стосується адміністративної системи в медичних закладах, то в лікарнях була створена нова посада, це посада Генерального секретаря, який є адміністративним працівником, відповідальним за адміністративні, фінансові, матеріально-технічні та інші питання. Директор лікарні несе відповідальність лише за медичні та технічні питання.

В цьому році була також переглянута система страхування здоров'я і безпеки шляхом імунізації неінфікованих людей, щоб вони могли протистояти більшості захворювань і забезпечити хороше лікування для пацієнтів. В цьому контексті це завдання було доручено лівійському національному центру з профілактики ендемічних і інфекційних захворювань, а також спеціальним лікарням. У результаті дійсно спостерігався значний прогрес в цій області.

Показники здоров'я цього року були значними. Секретар Народного комітету з питань охорони здоров'я та навколишнього середовища повідомив з цього приводу:

Загальна чисельність робочої сили в секторі охорони здоров'я становила 108428 чоловік.

Кількість лікарів досягла 10404, тобто один лікар на кожні 17 громадян.

Кількість пацієнтів з хворобами нирок становить 2887.

Смертність в цьому році склала 3,4%.

Середній вік – 72 роки.

Кількість лікарень 97.

Кількість основних закладів охорони здоров'я: 1424 об'єктів.

Кількість ліжок у всіх установах галузі становить 220000.

За цими показниками Лівія досягла цілі розвитку тисячоліття, встановлені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), з 370 ліжками на 10 000 чоловік, найвищим показником у регіоні Середземного моря та Північній Африці.

В таблиці 6.18 представлені показники народжуваності та смертності в Лівії. Як бачимо, народжуваність досягає свого піку у

2014 році (234006 осіб), але потім спадає. Це пов'язано з веденням громадянської війни на території держави. Смертність непередбачувано зростає та спадає.

Таблиця 6.18

Народжуваність та смертність у Лівії

Рік	Розподіл кількості лівійських новонароджених			Загальний розподіл кількості смертей		
	Чоловіки	Жінки	Всього	Чоловіки	Жінки	Всього
2009	68595	66105	134682	12397	10462	22859
2010	75979	72406	148385	14396	12030	26426
2011	102732	97961	200693	16777	13113	29890
2012	103695	98570	202265	14678	4861	19539
2013	118288	112427	230715	13756	4201	17957
2014	119853	114153	234006	11789	4987	16776
2015	105872	101894	207766	22786	6134	28920
2016	99763	96351	196114	14736	4872	19608
2017	77841	93295	171946	12124	4245	16269

Джерело: розроблено автором

Представимо коефіцієнти народжуваності та смертності в Лівії по роках (таблиця 6.19). Загальний коефіцієнт смертності показує кількість смертей, що відбуваються протягом року, в розрахунку на 1000 наявного населення за оцінками на середину року. Віднімання загального коефіцієнта смертності із загального коефіцієнта народжуваності показує збільшення коефіцієнта природного приросту, який дорівнює швидкості зміни чисельності населення при відсутності міграції. Вони мають відповідну ж тенденцію.

Таблиця 6.19

Коефіцієнти народжуваності та смертності в Лівії

Рік	Загальні коефіцієнти народжуваності (на 1000 чол. населення)	Загальні коефіцієнти смертності (на 1000 чол. населення)
2013	20,99	5,1
2014	20,63	5,2
2015	20,19	5,2
2016	19,67	5,2
2017	17,5	3,46

Джерело: розроблено автором

Загальний бюджет (таблиця 6.20) щодо системи охорони здоров'я також підвищується до 2012 року як загалом, так і на душу населення. Але потім суттєво спадає, що також пов'язано з воєнними діями на території країни.

Таблиця 6.20

Бюджетні показники щодо закладів охорони здоров'я у Лівії

Рік	Загальний бюджет Міністерства охорони здоров'я (у лівійських динарах)	Бюджетні асигнування на душу населення (у лівійських динарах)
2009	2,527,520,355	451
2010	3,125,984,110	548
2011	5,683,941,500	959
2012	5,378,076,000	892
2013	3,983,210,000	649
2014	3,532,198,000	566
2015	3,024,624,467	489
2016	2,443,153,022	398

*Джерело:* розроблено автором

У 2010 році урядом було прийнято Закон № 02, що складається з 17-ти статей про обов'язкове медичне страхування для всіх громадян та резидентів. Закон змінив в корені систему охорони здоров'я в Лівії і мав вплив безпосередньо на громадян і жителів Лівії інших національностей. Даний закон передбачав обов'язкове членство в системі медичного страхування для всіх громадян і резидентів через підписку на будь-яке страхування юридичних осіб, які мають ліцензію на практику медичного страхування в Лівії і передбачав також, що установи, організації, підприємства та інші суб'єкти бізнесу повинні створити фонди медичного страхування для своїх працівників. Основні пункти в цьому законі згадуються в деяких статтях, таких, як стаття № 13, яка містила ряд санкцій, якими караються ті, хто навмисно утримується від участі в системі медичного страхування або не продовжили термін дії страхового поліса. Покарання є різні та залежать від кількості фізичних і юридичних осіб, які допустили порушення.

В Статті 3 зазначено, що держава виплачує повне медичне страхування для деяких груп, таких як вдів, сиріт і осіб без піклувальників із категорії людей з потребою, які не мають ніякого доходу або з низьким рівнем доходу.

Послуги медичного страхування охоплюють наступні медичні послуги:

- Експертиза та лікування в клініках і центрах з лікарями загальної практики, спеціалістами та консультантами.
- Послуги загальної медицини (сімейна медицина).
- Проведення лабораторних, радіологічних та інших діагностичних випробувань.
- Проживання та лікування в лікарнях та клініках.
- Хірургічні операції.
- Встановлення закладу для пацієнта у критичних випадках.
- Заходи щодо вагітності та народження.
- Ліки, необхідні для лікування, медичні засоби та медикаменти або їх вартість.
- Регулярне лікування зубів та ясен, за винятком ортодонтичних послуг та промислових установок.
- Специфічні та компенсаційні засоби.

Таблиці 6.21, 6.22 показують кількість випадків щодо перевезення сухопутним та повітряним транспортом всередині та за межами регіонів з медичних причин.

Таблиця 6.21

Звіт про кількість випадків щодо перевезення сухопутним та повітряним транспортом всередині та за межами регіонів з медичних причин на 2010 рік

Наземна швидка допомога			Повітряна швидка допомога
Перевезення всередині регіонів	Перевезення за межами регіонів	Перевезення з причини ДТП	
8225	5378	2246	575

*Джерело: розроблено автором*

Таблиця 6.22

Звіт про кількість випадків, щодо перевезення сухопутним та повітряним транспортом всередині та за межами регіонів з медичних причин на 2017 рік

Наземна швидка допомога			Повітряна швидка допомога
Перевезення всередині регіонів	Перевезення за межами регіонів	Перевезення з причини ДТП	
7742	6335	2138	351

*Джерело:* розроблено автором

Як бачимо з таблиць 6.21, 6.22, перевезення всередині регіонів зменшилось, навпаки за межами регіонів збільшилось, задіяння швидкої допомоги з причин ДТП приблизно залишилось на тому ж рівні. В той же час повітряна швидка допомога задіялась набагато менше в 2017 році.

На початку 2011 року Генеральний народний комітет видав закон № 105 про внесення поправок у положення про регулювання працевлаштування працівників з медичними та молодшими медичними спеціальностями в медичних закладах. З огляду на це рішення, деякі пункти були змінені в рішенні Генерального народного комітету № 418 від 2009 року, яке регулює правила укладення договорів з працівниками в сфері охорони здоров'я. Були внесені зміни до статті 27, яка встановлює рівень кваліфікації цих працівників, їхні зарплатні та премії залежно від виду дипломів, отриманих працівником, та тривалості його досвіду роботи на місцях. Механізм цих змін наведений у таблиці 6.23.

У 2012 році, після загальної зміни у системі управління державою (після зміни режиму), Міністерство охорони здоров'я Лівії закликала Всесвітню організацію охорони здоров'я створити систему охорони здоров'я, яка могла б забезпечити наданням основних медичних послуг лівійським людям. Міністерство також закликала організацію допомогти їй відновити систему охорони здоров'я в цілому.

Таблиця 6.23

## Встановлення оновлених ставок грошової винагороди медичних працівників (у лівійських динарах)

Функція (посада)	Щомісячні зарплати	Щорічні надбавки	Необхідні наукова кваліфікація та практичний досвід
Медичний радник	2750	100	PhD + 10 років досвіду після диплома PhD
Спеціаліст з медицини першої категорії	2300	90	PhD + 6 років досвіду після диплома PhD
Спеціаліст з медицини другої категорії	1900	80	PhD + 2 роки практичного досвіду або магістр + 5 років практики або диплом спеціалізації + 6 років практичного досвіду
Лікар першої категорії	1500	75	PhD без досвіду або магістр + 2 роки досвіду або диплом спеціалізації + 3 років практичного досвіду
Лікар другої категорії	1100	70	Магістр без досвіду, або диплом спеціалізації + 1 рік практичного досвіду або працювати на посаді лікаря третьої категорії мінімум 4 роки
Лікар третьої категорії	800	60	Бакалавр медицини та хірургії

*Джерело:* сформовано автором

Перший крок був зроблений в рамках програми підтримки ВООЗ, де Лівійська делегація високого рівня була запрошена до головного офісу організації в Женеві, щоб узгодити активізацію спільних дій. В результаті обговорення були досягнути шість ключових моментів:

1. Сприяння первинній медичній допомозі в Лівії;
2. Покращення ключових аспектів регулювання медичних послуг;
3. Посилення лабораторних послуг;
4. Поліпшення послуг радіології;
5. Посилення управління фармацевтичними постачаннями;
6. Збільшити кількість підготовлених медсестер.

Чиновники Міністерства охорони здоров'я та представники організації запропонували, що наступним кроком буде подання всіх деталей плану відновлення усім офіційним особам, які беруть участь в організації системи охорони здоров'я в Лівії.

У серпні того ж року була проведена конференція по системі охорони здоров'я під егідою Міністерства охорони здоров'я, в присутності представників Всесвітньої організації охорони здоров'я та 500 експертів і професійних журналістів-лівійців, а також міжнародних експертів з усього світу. Учасники цієї конференції досягли консенсусу по основних пунктах, які повинні бути реформовані в лівійській системі охорони здоров'я.

Прийнятий документ рекомендацій був опублікований в лівійському медичному журналі. Після цього Європейський Союз за ініціативою його посольства в Тріполі прийняв рішення цієї конференції і представив «Проект по зміцненню лівійської системи охорони здоров'я», а також уклав угоду з Міністерством охорони здоров'я для його реалізації.

На цьому етапі, під час радикальних змін в державному управлінні країни виникла необхідність реструктурувати державні установи і переформулювати адміністративну законність в повній мірі. Уряд змушений був почати в лютому місяці прийняття пакету важливих рішень, що стосуються сектору охорони здоров'я, зокрема, і з метою його реорганізації та активізації.

Найбільш відомим з цих рішень було рішення Ради міністрів № 38 про прийняття нової організаційної структури для Міністерства охорони здоров'я, для врегулювання його адміністративного апарату та визначення його повноважень в цілому.

Цей сектор був розділений на кілька підрозділів, які були безпосередньо пов'язані з вершиною міністерської піраміди.



Через рік Рада Міністрів винесла рішення № 11, яке складається з 31 сторінки та містить 19 статей його положень, і це – рішення про реструктуризацію Міністерства охорони здоров'я, визначення його компетенції та оновленої організаційної структури.

Міністерству охорони здоров'я підпорядковуються такі органи:

- Рада медичних спеціальностей;
- Система медичного постачання;
- Послуги швидкої допомоги;
- Національний центр контролю захворювань;
- Центр інформації та медичної документації;
- Центр з розвитку медичного персоналу;
- Національна рада з визначення медичної відповідальності;
- Медичний центр Тріполі;
- Медичний центр Бенгазі;
- Медичний центр Сабха;
- Департаменти охорони здоров'я в регіонах;
- Акредитовані лікарні та спеціалізовані медичні центри.

Указ також передбачає, що організаційна структура Міністерства охорони здоров'я повинна складатися з наступних організаційних підрозділів:

- Департамент планування здоров'я;
- Департамент проектів;
- Департамент якості та безпеки пацієнтів;
- Департамент первинної медичної допомоги;
- Департамент у справах лікарень;
- Департамент по медичним справам регіонів;
- Департамент лабораторій та банків крові;
- Департамент медсестер;
- Департамент приватного сектору;
- Департамент аптек, обладнання, товарів та медичних виробів;
- Департамент з адміністративних питань та послуг;
- Департамент фінансів;
- Департамент людських ресурсів;
- Департамент громадської інформації, освіти та охорони здоров'я;

- Департамент витрат на охорону здоров'я;
- Департамент інспекції та контролю;
- Департамент юридичних питань;
- Департамент внутрішнього аудиту;
- Департамент міжнародного співробітництва;
- Департамент Центрального комітету з лікування;
- Канцелярія міністра.

Ця структура також була прийнята в 2013 році та у 2014 році, коли міністр охорони здоров'я прийняв Рішення № 53, що містить 33 сторінки, в якому була прийнята однакова структура для продовження роботи міністерства в тому ж попередньому адміністративному форматі до поточного часу.

Таблиця 6.24

Основні фінансові показники міністерства охорони здоров'я Лівії

Показник	Значення
Відсоток, виділений Міністерству охорони здоров'я з загального бюджету	8,3%
Норма витрат на охорону здоров'я у ВВП	4%
Витрати на здоров'я на душу населення	960 лівійських динар
Частка державних витрат на сектор охорони здоров'я від загальних витрат на охорону здоров'я	93%
Частка бюджету Міністерства охорони здоров'я на душу населення у доларах	892 лівійських динар
Відсоток витрат на здоров'я з кишені	7%

*Джерело:* сформовано автором

В 2017 році в рамках міжнародних зусиль по відродженню та поліпшенню сектору охорони здоров'я в Лівії, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) пообіцяла надавати ліки пацієнтам у всіх лікарнях.

Всесвітня організація охорони здоров'я розмістила на її веб-сайті план про надання гуманітарної допомоги Лівії. Деякі деталі цього плану були розкриті, він спрямований на 1,3 мільйона лівійців, що потребують гуманітарної та медичної допомоги, включаючи 45% жінок та 34% дітей.

План гуманітарного реагування базується на трьох цілях:

1. Поліпшення доступу цивільних осіб до основних та невідкладних медичних послуг шляхом надання основних лікарських засобів, медичних інструментів та технічної підтримки.

2. Посилення існуючої структури охорони здоров'я та запобігання розвалу системи охорони здоров'я в Лівії шляхом забезпечення розвитку базового медичного персоналу та системи направлення.

3. Забезпечити програми контролю і виявлення інфекційних та епідемічних захворювань, таких, як кір, поліомієліт та ВІЛ / СНІД, а також підтримання систем вакцинації проти інфекційних хвороб.

Організація заявила, що вона та її міжнародні партнери з надання допомоги потребували 46 мільйонів доларів фінансування для виконання цього завдання та задоволення потреб.

У цьому році також Міністерство охорони здоров'я офіційно оголосило про запуск проекту конференції про системи охорони здоров'я, який був схвалений у 2012 році та згаданий раніше.

Міністерство зробило висновок, що існує безліч місцевих та міжнародних організацій, які здійснюють однакову роботу з реформування та розвитку системи охорони здоров'я Лівії. Тоді була встановлена необхідність створення Національної організації, яка очолює та координує зусилля щодо реформ, та були визначені її наступні повноваження та цілі:

- Проведення процесу змін.
- Координація місцевих і міжнародних зусиль з підтримки системи охорони здоров'я, щоб забезпечити досягнення поставлених цілей і уникнути суперечностей або повторів між ними.
- Планування і здійснення необхідних змін, які дозволяють системі формуватися і відповідати стратегії та структурі, які були узгоджені.
- Працювати у якості консультативної групи з питань охорони здоров'я, та забезпечити підтримку рішень і утвердження політики на основі наукових фактів.

Для того, щоб забезпечити досягнення цих цілей і через необхідність у координації між різними урядовими установами, які

мають відношення до громадської охорони здоров'я, таких, як міністерства праці, фінансування, транспорту, управління самоврядування та інші, було вирішено створити центр для цієї національної організації за рішенням прем'єр-міністра № 255, яке було прийняте в березні місяці в 2017 році. Центр був названий «Національний центр з розвитку системи охорони здоров'я».

У жовтні 2018 року президент Президентської Ради прийняв Рішення № 1353 про створення фонду «інтегрованих зон здоров'я». Число зон є 6. Вони розподіляються відповідно до оцінки і обстеження закладів охорони здоров'я від 2017 року. Ці «зони здоров'я» мають юридичну форму юридичної особи, користуються незалежною фінансовою підтримкою і підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, здійснюють свою діяльність відповідно до положень рішення.

Відповідно до рішення, сфера нагляду за зонами охорони здоров'я буде заснована на розподілі муніципалітетів таким чином:

- Інтегрована зона охорони здоров'я Тріполі, розташована в місті Тріполі.
- Західна інтегрована зона охорони здоров'я, розташована в місті Завіа.
- Центральна інтегрована зона охорони здоров'я, розташована в місті Місурата.
- Південна інтегрована зона охорони здоров'я, розташована в місті Себха.
- Східна інтегрована зона охорони здоров'я, розташована в місті Аль-Байда.
- Інтегрована зона охорони здоров'я Бенгазі, розташована в місті Бенгазі.

Ці зони охорони здоров'я курують виконання національної політики в галузі охорони здоров'я в рамках законів і рішень в області охорони здоров'я.

В рамках своєї компетенції кожна зона охорони здоров'я проводить моніторинг діяльності установ і служб первинної медико-санітарної допомоги та лікарень, які працюють в зоні та підтримують їх роботу, а також підтримують дослідження, пов'язані з місцевими проблемами зі здоров'я.

Зона охорони здоров'я спрямована на розробку планів і програм щодо забезпечення відповідних дій на місцеві потреби охорони здоров'я регіону та поліпшення місцевого рівня здоров'я і стежить за стимулюючими, профілактичними, лікувальними та реабілітаційними медичними послугами, які були включені в затвердженому списку державних послуг, затвердженому Міністерством охорони здоров'я.

Серед кола повноважень зон охорони здоров'я є участь в підготовці необхідних планів для забезпечення людськими ресурсами та їх навчання за різними спеціальностями і рівнями закладів охорони здоров'я, забезпечення послугами в рамках планів обслуговування, а також сприяння розробці планів і програм, необхідних для профілактики важливих місцевих захворювань та підготовки планів по боротьбі з ними.

«Зона охорони здоров'я» бере участь в розробці оперативних планів зі створення та обслуговування медичних установ в рамках зони поряд з підготовкою досліджень, які сприяють забезпеченню реалізації проектів, включених в планах розвитку зони, відповідно до правил, встановлених чинним законодавством.

Зони також сприяють розробці планів і програм з надання швидкої медичної допомоги та рятувальних служб, а також надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях і стихійних лихах, а також стежать за системою направлення пацієнтів між медичними установами в рамках зони.

«Зони охорони здоров'я» стежать за виконанням карантинних заходів і знаходяться у постійній готовності до боротьби з будь-якими епідемічними захворюваннями в країні, і стежать за дотриманням законів і правил, що стосуються ліцензування медичної практики та медичних працівників в координації з відповідними органами.

«Зони охорони здоров'я» мають також завдання:

- збирання статистичних даних і вилучання необхідних показників про стан здоров'я населення регіону і послуг, необхідних для підготовки планів і прийняття рішень, щоб забезпечити розвиток і поліпшення продуктивності,

- запропонування медичним установам, розташованим в зоні, укладення договорів з постачальниками послуг,
- підготовка періодичної доповіді про державне і приватне управління медичних установ.

Очолює кожну інтегровану зону охорони здоров'я Помічник заступника міністра, який працює під контролем Міністерства охорони здоров'я. Помічники призначаються рішенням Президентської ради. Помічник повинен реалізовувати загальну політику регіону.

Крім того, Зона охорони здоров'я приймає остаточний рахунок, затверджує проект бюджету зони і передає його компетентним інстанціям, пропонує положення про роботу адміністрації зони і їх передає міністрові охорони здоров'я на затвердження, а також підготовлює щорічні доповіді про діяльність зони та передає їх в Міністерство охорони здоров'я.

Кожна зона охорони здоров'я включає в себе первинні медичні установи з підрозділів охорони здоров'я, медичні центри і клініки, об'єднані центральні та вторинні державні лікарні та університетську лікарню з однієї спеціалізації 3-го рівня.

Зони забезпечують населенню послуги з лікування, які надаються в установах первинної медико-санітарної допомоги. Кожна зона охорони здоров'я має мати лікарню-університет, незалежну в адміністративному та фінансовому відношенні, яка надає послуги третього рівня в галузі охорони здоров'я.

Інтегрована зона має незалежний бюджет для проведення своєї діяльності відповідно до бухгалтерських правил на місці.

Міністр охорони здоров'я виносить рішення щодо організації внутрішньої організаційної структури, а підпорядковані служби охорони здоров'я в зонах передаються під управління адміністрації зон охорони здоров'я.

Міністр охорони здоров'я буде приймати виконавчі дії.

З дня опублікування цього рішення почали приймати фінансові механізми для затвердження необхідного бюджету для цього рішення з метою початку його реалізації з 2019 року.

## **Висновки до шостого розділу**

Як свідчить проведений аналіз в системі охорони здоров'я України, що є складовою забезпечення людського розвитку, тривалий час спостерігаються негативні тенденції падіння якості медичних послуг, збільшення втрат від захворювань та передчасної смертності, зростання дисбалансів між екстенсивними показниками вдосконалення галузі та реальними можливостями задовільнити потреби населення з профілактики та лікування хвороб, що обумовлено нераціональністю економічних витрат на державному рівні через відсутність належного фінансування інноваційних медичних систем та недостатньою ефективністю суспільних намагань з впровадження здорового способу життя.

Використання ж досвіду міжнародних інституцій з охорони здоров'я теж не дає очікуваних позитивних результатів через наявність гострих світових проблем у боротьбі з масовими захворюваннями, обмеженість фінансування цієї сфери на тлі наслідків глобальної фінансово-економічної кризи та розбіжність національних поглядів щодо пріоритетів функціонування ринку медичних послуг через значну політичну заангажованість виконавчої влади.

Головними шляхами подолання труднощів в системі охорони здоров'я на світовому та національному рівнях за поглядами ВООЗ є: забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в умовах суттєвого зниження рівня життя населення; обрахування макроекономічного ефекту від впровадження нових медичних технологій для зниження рівня захворюваності та формування сучасної державної стратегії в галузі охорони здоров'я; розгортання суспільно-державного діалогу щодо розподілення ризиків у разі захворювання й втрати працездатності, розмірів компенсацій на основі масштабного впровадження страхової медицини; гарантування медичних послуг, їх якості та підконтрольності.

Як показали дослідження, у певній мірі знижуються показники людського розвитку як в країнах з високим ІЛР, так і в менш розвинених економіках, як правило, через проблеми у сфері охорони здоров'я. Це зумовлено нехтуванням людством перевагами здорового способу існування, схильністю до шкідливих звичок,

уповільненням рухової активності на робочому місці та під час відпочинку, підвищенням ризику захворювань, ожиріння значних верств населення тощо, що є підставою для зниження макроекономічних показників на глобальному рівні та втрати позитивного іміджу серед світової спільноти у процесі обчислення індексу ІЛР.

Тому очевидно, при формуванні державної політики соціально-економічного розвитку, компонентною якої є концепція людського розвитку, крім медичної, й галузь фізичної культури і спорту набуває особливого статусу. Динамічному розвитку науки та економіки потрібні не тільки розумово, а й фізично розвинені особистості. З цією метою конче необхідно віднайти нові джерела державного фінансування та їх наповнення, змінити підходи фінансування галузі переважно з місцевих бюджетів, активізувати залучення позабюджетних коштів.

Світовий досвід розв'язання планетарної проблеми щодо зменшення глобального екологічного сліду за рахунок масштабного впровадження сучасних інноваційних моделей «чистого розвитку», «зеленої економіки», «екоінновацій», «екологічно коректної поведінки» тощо, свідчить про можливість уникнути негативних наслідків в умовах об'єднання зусиль всіх суб'єктів сталого розвитку на міждержавному та національному рівнях.

Екологічний фактор поступово стає провідним у побудові не тільки сталої системи охорони здоров'я, а й світового економічного порядку на тлі збільшення частки промислових компаній, що поступово розвиваються шляхом врахування переваг ринку екологічних послуг: отримання державних преференцій у відповідь на виробництво продукції за стандартами екосертифікації, розширення доступу до ресурсів внаслідок масштабного застосування екоефективних технологій, підвищення конкурентоздатності через отримання позитивного екоіміджу та зменшення кількості відходів.

Збереження екологічного балансу поступово стає провідним завданням й національних урядів. Хоч більшість країн є учасниками міжнародних програм та домовленостей з питань захисту ноосфери, але дієва світова природоохоронна система поки що не сформувалася, а її вдосконалення відбувається надто повільно. Таким чином, розв'язання екопроблем починається із запізненням



після їх загострення, що робить цей процес надмірно обтяжливим в економічно-фінансовому та соціальному плані.

Екологічна політика України повинна бути адекватною сучасним викликам та загрозам. Її пріоритетними напрямками на майбутню перспективу повинні стати: адаптаційні заходи з підготовки народногосподарчого комплексу та суспільства до змін клімату як негативного, так і позитивного забарвлення; застосування широкого спектру технологічних інновацій з метою переходу на виробництво з низькими витратами вуглецю, підвищення енергозбереження, розвитку відновлюваних систем; формування структури «зеленої» економіки з урахуванням досвіду розвинутих країн.

Аналіз сучасного стану охорони здоров'я дає підстави обґрунтувати необхідність створення теоретико-методологічної бази нового напрямку економічної науки у сфері людського розвитку з впровадження механізму його державного регулювання, який побудовано на основі загальних принципів, методів, пріоритетів, напрямів та інструментів регулювання з метою підвищення якості та рівня життя населення України.

Ефективне впровадження такого механізму може відбуватися за умов поміркованої адаптації державної соціальної і економічної політики до визначених світових (європейських) стандартів, використання досвіду розвинутих країн з формування збалансованих систем соціального захисту, охорони здоров'я, освіти та розвитку демократичних засад суспільства.

Концепція людського розвитку на всіх рівнях затверджує нову суспільну ідеологію, де пріоритетами є розширення можливостей людини, задоволення її потреб, охорона здоров'я тощо.

Загрозлива ситуація в галузі охорони здоров'я України обумовлена, перш за все, нераціональною структурою державних витрат, відсутністю належного фінансування інноваційних медичних систем та обмеженістю суспільних намагань впровадження здорового способу життя.

Подальше реформування медичної галузі в умовах інформатизації України передбачає врахування сучасних проблем галузі та вимагає прискорених кроків для її оновлення на основі інновацій світового досвіду, серед яких провідними є такі: створення

єдиного (глобального і національного) інформаційного простору у вигляді взаємопов'язаних медичних інформаційних систем; розповсюдження телемедичних технологій у разі формування професійних і персональних сегментів системи охорони здоров'я; підвищення рівня фінансування медичної галузі за рахунок системного впровадження добровільного медичного страхування; реалізація стратегії підвищення раціональності суспільних витрат на охорону здоров'я.

Це дозволило визначити такі головні шляхи вдосконалення механізму регулювання медичної галузі: аналіз пріоритетів у політиці охорони здоров'я в умовах надмірної стратифікації населення за економічними ознаками; обрахування макроекономічного ефекту від впровадження нових медичних технологій для зниження рівня захворюваності та формування сучасної державної стратегії в галузі охорони здоров'я; розгортання суспільно-державного діалогу з метою розподілу ризиків у разі захворювання, розмірів компенсацій, засад впровадження страхової медицини; забезпечення справедливості і гарантування медичних послуг, їх якості, об'єктивності та підконтрольності.

Застосування когнітивного та імпульсного моделювання на підставі розроблених методичних положень визначення впливу регуляторних дій державного управління збільшує спектр розв'язання гострих проблем суспільства через збільшення можливостей відстеження змін характеристик соціально-економічних процесів, що дозволяє на їх основі розробити обґрунтовані сценарії людського розвитку на поточну, середньо- і довгострокову перспективи.

У тому, що стосується стану здоров'я населення, використання імпульсного моделювання дозволяє визначити найбільш ефективні управлінські дії для підвищення середньої тривалості життя в Україні, головний зміст яких полягає у раціональному використанні державних видатків на охорону здоров'я, що є одним із найважливіших чинників економічного зростання. На основі розроблених когнітивних моделей це дозволило обґрунтовано визначити раціональні інструменти управління сферою охорони здоров'я.

Розробка методичних підходів до вдосконалення практики розрахунків ІЛР на основі використання індикативних моделей з

метою оцінки сталості розвитку та визначення пріоритетних напрямів реформування соціальної й економічної сфер дає можливість встановити взаємозалежність національної матриці оцінювання якості життя та методики оцінювання регіонального людського розвитку й проаналізувати процес прийняття рішень стосовно регуляторних впливів на процес регіонального розвитку в Україні.

У відповідності до проаналізованих національних моделей організації охорони здоров'я необхідно зробити наступні висновки:

В світі існують усталені моделі національних систем організації охорони здоров'я. До таких систем відносяться: модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська); модель Бісмарка – медичне страхування (німецька); модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська); модель Семашка (колишня радянська). Зважаючи на процеси глобалізації, міжкультурного обміну та міжнародної комунікації слід визначити, що в останні роки ці моделі стають все більш інтегрованими;

не дивлячись на намагання ООН зробити національні системи охорони здоров'я в усіх куточках світу стандартизованими, на теперішній час це є неможливим. Основа, що зумовлює диференціацію таких систем, ґрунтується на історичних, демографічних, соціокультурних та економічних аспектах. Крім того, вони ймовірно залежать і від факторів ментальності нації та етносу. Системи охорони здоров'я, що склалися в країнах Європи та в інших країнах світу, не є ідентичними;

в країнах третього світу – країнах, що розвиваються, важко визначити будь який тип системи охорони здоров'я. При такому обмеженому фінансуванні та відсутності медичних кадрів його можна називати катастрофічним;

поряд із існуючими національними моделями організації охорони здоров'я в світі існують також загальні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я. До таких тенденцій слід віднести: вирівнювання питомої ваги витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП, яка варіює в діапазоні 6–8%, медикаментозне забезпечення покривається за рахунок державного бюджету із використанням механізмів реімурсації, в усіх країнах уніфікується інституційна основа державного управління системою охорони

здоров'я – формується ідентична законодавча база та єдиними функціями наділяються органи державного регулювання;

найбільш універсальними показниками, які впливають на оцінку ефективності національної моделі охорони здоров'я, є показник очікуваної тривалості життя та витрати на охорону здоров'я як відсоток до ВВП;

українська система охорони здоров'я, не дивлячись на її знаходження в стані реформування, недостатню матеріально-технічну та фінансово-економічну базу медичної сфери, є частиною європейського кластеру світової системи охорони здоров'я.

В процесі аналізу системи охорони здоров'я Держави Лівія було визначено, що головним документом, який регламентує діяльність системи охорони здоров'я, є меморандум, в якому виражені загальні рамки функцій, які можуть бути відображені в перебудові сектора охорони здоров'я і навколишнього середовища. Це робилося на основі аналізу поточної ситуації того часу, без згадки деталей структури і способу її фінансування. В меморандумі було запропоновано ввести модель фінансування під назвою «Солідарність», яка дозволяє, з одного боку, розподіляти тягар пацієнтів, і з іншого боку дозволяє людині уникати прямої оплати витрат на медичні послуги. Були визначені функції для сектора охорони здоров'я.

### Список використаних джерел до шостого розділу

1. Альпидовская М.Л. К вопросу о неравномерности в социально-экономическом развитии стран в эпоху глобализации мировой экономики / М.Л. Альпидовская // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2012. – № 19. – С. 2–8.
2. Андрощук Г.О. Стратегія інноваційного розвитку України на 2010–2020 роки в умовах глобалізаційних викликів / Г. Андрощук, Б. Жияєв, Б. Чижевський, М. Шевченко. – К: Парламентське вид-во, 2009. – 632 с.
3. Андрусевич А. Конвенція Еспо: транскордонна оцінка впливу на навколишнє середовище (практичний посібник для громадян та НУО) [Електронний ресурс] / А. Андрусевич. – Режим доступу: [www.gac.org.ua/filtadmin/user\\_upload/publication/Esproo\\_Guide\\_ukr.pdf](http://www.gac.org.ua/filtadmin/user_upload/publication/Esproo_Guide_ukr.pdf).
4. Артемьев А. Роль новых форм и методов государственного управления в сохранении и развитии человеческого капитала как основы роста современной экономики / А. Артемьев, Н. Аксенова // Актуальные проблемы экономики и права. – 2014. – № 1. – С. 77–83.
5. Балуєва О.В. Інформаційні процеси галузі охорони здоров'я регіону та шляхи їх удосконалення / О.В. Балуєва // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. – ХарПІ НАДУ, 2005. – № 5. – С. 230–235.
6. Бездуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Бездуган // Віче. – 2008. – № 5. – С. 26–28.
7. Бизяркина Е.Н. Проблемы экологического устойчивого развития / Е.Н. Бизяркина. – М.: ИПР РАН, «Полиграф центр», 2007. – 255 с.
8. Бюллетень ВОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.who.int/entity/bulletin/volumes/88/1/09-066795-ab/ru](http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/88/1/09-066795-ab/ru).
9. Владзимирський А.В. Телемедицина в управлінні охорони здоров'я / А. Владзимирський, О. Дорохова // Медична освіта. – 2002. – № 2. – С. 15–17.
10. Гошовська В. Макроекономічні показники оцінки якості життя населення України за міжнародними стандартами [Електронний ресурс] / В.В. Гошовська. – Режим доступу: <http://www.vmurol.com.ua/upload/publikatsii/nauka/Makroekonomichna%20otsinka%20yakosti%20zhittya.pdf>.
11. Данилишин Б.М. Соціально-економічні проблеми розвитку регіонів: методологія і практика / Б.М. Данилишин, Л.Г. Чернюк, М.І. Фашевський. – Черкаси: ЧДТУ, 2006. – 315 с.
12. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

13. Доклад группы высокого уровня Генерального секретаря ООН по глобальной устойчивости «Жизнеспособная планета жизнеспособных людей: будущее, которое мы выбираем. Обзор» [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://un.by/f/file/Overview%20-%20Russia, pdf](http://un.by/f/file/Overview%20-%20Russia.pdf).

14. Доклад о человеческом развитии ПРООН 2013. Возвышение Юга: человеческий прогресс в многообразном мире [Електронний ресурс] // М.: «Весь мир». – 2013. – Режим доступу: [http://http://hdr.undp.org. Russia, pdf](http://hdr.undp.org.Russia.pdf).

15. Європейський інститут державного управління та аудиту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eipaa.com.ua/index.php/navchannya/79-organizatsiya-ta-provedennya-vnutrishnogo-auditu>.

16. Євсєєв В.І. Концептуальні основи фінансової стратегії охорони здоров'я / В.І. Євсєєв // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали міжнародної наук.-практ. конф., 25–26 квітня 2012 р. – Одеса: ОРІДУ УАДУ, 2012. – С. 200–207.

17. Єлісєєва О.К. Моделювання сталого розвитку соціально-економічних систем: монографія / О.К. Єлісєєва. – Д.: Наука і освіта, 2010. – 116 с.

18. Журавель В.В. Соціально-економічна політика як напрямок реформування системи охорони здоров'я / В.В. Журавель, В.М. Мегедь, Т.П. Гаврилова // Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали міжнародної наук.-практ. конф., 25–26 квітня 2002 р. – Одеса: ОРІДУ УАДУ, 2002. – 350 с.

19. Закон України «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» [Електронний ресурс] / Затв. Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. – К.: МОЗ України, 2000. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

20. Індекси та показники людського розвитку: Оновлена статистика за 2018 рік. – Електронний ресурс. Режим доступу: [file:///C:/Users/admin/Downloads/HDR-2018\\_Ukraine-UA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/HDR-2018_Ukraine-UA%20(1).pdf)

21. Карамішев Д.В. Майбутнє вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я. Законодавчі аспекти / Д.В. Карамішев, А.С. Немченко // Медицина сьогодні і завтра. – 2003. – № 3. – С. 49–52.

22. Карамішев Д.В. Передумови введення обов'язкового медичного страхування в Україні / Д.В. Карамішев, Б.О. Волос, О.М. Юрков // Українська Академія державного управління при Президентіві України: зб. наук пр. – Х.: УАДУ ХФ. – 2001. – Ч.1. – 130 с.

23. Коренюк П.І. Менеджмент якості життя населення у контексті зростання показників відтворення здоров'я людини // Зб. наук. праць Херсонського держ. університету. – Серія: Економічні науки. – 2015. – Вип. 13 – Ч. 4. – С. 116–118.

24. Коренюк П.І. Менеджмент людського розвитку у контексті суспільної охорони здоров'я: значимість та взаємозв'язки // Електронне фахове видання. Глобальні та національні пріоритети економіки. – Вип. 7. – 2015. – С. 30–35.

25. Кубатко А.В. Научный подход к определению экологического следа, как индикатора устойчивого развития на уровне региональных экономик / А.В. Кубатко // Механизмы регулирования экономики. – 2009. – № 1. – С. 194–202.

26. Лібанова Е. Основні напрямки підвищення рівня та якості життя населення в Україні / Е. Лібанова, Ю. Левенець, О. Макарова, В. Котигоренко та інші. – К.: РВПС НАНУ, 2006. – 356 с.

27. Лібанова Е.М. Вимірювання якості життя в Україні: аналітична доповідь / Е.М. Лібанова, О.М. Гладун, Л.С. Лісогор та ін. – К.: ПРООН, 2013. – 52 с.

28. Людський розвиток в Україні: трансформація рівня життя та регіональні диспропорції: колективна монографія / відп. за випуск Л.М. Черенко, О.В. Макарова, за ред. Е.М. Лібанової. – У 2-х тт. – К.: ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України, 2012. – 436 с.

29. Макарова О.В. Соціальна політика в Україні: монографія / О.В. Макарова. – К.: ІДСД ім. М.В. Птухи, 2015. – 244 с.

30. Медико-соціальні та економічні втрати від професійної захворюваності та шляхи їх подолання / А.М. Нагорна, Л.О. Добровольський, Л.М. Грузова // Український журнал з проблем медицини праці. – 2011. – № 4. – 62 с.

31. Мир после кризиса. Глобальные тенденции – 2025: Меняющийся мир. Доклад Национального разведывательного совета США. – М.: Европа, 2011. – 187 с.

32. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://dsmsu.gov.ua/media/2015/04/22/25/Strategiya.pdf>.

33. Отчет департамента контроля и профилактики заболеваний Министрства здравоохранения КНР [Електронний ресурс] // Великая Эпоха. – 2012. – Режим доступу: <http://www.epochtimes.ru/content/view/65713/4>.

34. Офіційний сайт Всесвітнього Банку даних. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [worldbank.org](http://worldbank.org).

35. Офіційний сайт статистичної служби Європейського Союзу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [ec.europa.eu/Eurostat](http://ec.europa.eu/Eurostat).

36. Павлюк К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – № 2. – С. 43–55.

37. Попович Л. Императивы и перспективы реформы здравоохранения РФ [Електронний ресурс] / Попович Л. // Высшая школа экономики. – Москва, 2012. – 25 с. – Режим доступа: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%>

38. Общественное объединение медицинских работников. – Электронний ресурс: Режим доступа: <http://twitter.com/omruss.ru>.

39. Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання [Електронний ресурс] / Інформаційні та додаткові матеріали для учасників парламентських слухань 5 липня 2005 р. – К., 2006. – Режим доступа: <http://zakony.com.ua/2005-god-/210864-pro-provedennya-parlamentskih-sluhan-na-temu-quotproblemi-u-sferi-zabezpechennya-ohoroni-zdorovya-i-medichnogo-obslugovuvannya-gromadyan-ukrajini-ta-shlyahi-jih-rozvyazannyaquot>.

40. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я: монографія / І.Л. Сазонець, І.Я. Зима. – Рівне: Волинські обереги, 2018. – 168 с.

41. Саричев В.І. Глобальні та національні економічні механізми вдосконалення охорони здоров'я як складової людського розвитку / В.І. Саричев // Вісник НУВГП. – Вип. 2. – 2013. – № 62. – С. 422-432.

42. Саричев В.І. Дослідження здоров'я нації як головного чинника людського розвитку / В.І. Саричев // Прикладна статистика: проблеми теорії та практики. – 2012. – С. 215–224.

43. Саричев В.І. Методологічні аспекти оцінювання розвитку зеленої економіки в Україні / Г.Ю. Єлісеєва, В.І. Саричев // Система державної статистики в Україні: сучасний стан, проблеми, перспективи: зб. наук. праць XI Міжнар. наук.-практ. конф. (5–6 грудня 2013 р.). – К. : НАСОА, 2013. – С. 66–69.

44. Саричев В.І. Формирование социально-экономических стандартов в условиях глобализации: Украина на пути к ЕС / В.І. Саричев // Вісник Дніпропетровського національного ун-ту. – 2013. – № 10/2. – С. 126–131.

45. Слабкий Г.О. Методичні матеріали щодо планування видатків і використання держкоштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, О.І. Левицький, М.Г. Вовк. – К.: НАДУ, 2011. – 29 с.

46. Human Development Report 2015. Work for Human Development [Electronic resource]. – Mode of access: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_15\\_standalone\\_overview\\_ru.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_15_standalone_overview_ru.pdf).

47. Всесвітня організація охорони здоров'я. Офіційний сайт. Електронний ресурс. – Режим доступа: <https://www.who.int/countries/ru>.



48. Розбудова охорони здоров'я: світовий досвід vs українські реалії. Офіційний сайт. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/396491>.

49. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації / В.С. Костюк // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. – 2017. – Вип. 24 (2). – С. 39–43.

50. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я : Навч.-метод. посіб. – К. : МАУП, 2007. – 328 с.

51. Трикоз І.В. Використання можливостей державно-приватного партнерства в охороні здоров'я: зарубіжний досвід / І.В. Трикоз. // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу . – 2012. – № 4 (20). – С. 60–64.

52. These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health>.

53. Держава Лівія. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://libya.mfa.gov.ua/ua/ukraine-ly/State+of+Libya>.

54. Офіційний сайт ВООЗ. Лівія. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.who.int/countries/lby/ru/>.

55. Ливия: здравоохранение под ударом в условиях конфликта. Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://www.refworld.org.ru/publisher,OHCHR,5b362bbd4,0.html>.

## **РОЗДІЛ 7. ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **7.1. Дослідження економічної діяльності закладу охорони здоров'я на прикладі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня»**

Друга половина ХХ-го століття–початок ХХІ-го ознаменували стрімке покращення здоров'я людей в багатьох регіонах Землі через використання передових методів оздоровлення, лікування, профілактики хвороб. Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) за останні 100 років суттєво зросла. Так, у 1900 р. вона становила в середньому 35 років, у 2000 – 65,4, у 2010 – 67,7, у 2050 – планується 75 років. Але в окремих країнах вже зараз СОТЖ досягла 82 років. У світі відзначається значне зростання кількості населення віком понад 65 років.

Українські лікувальні заклади зараз теж покращують засоби по лікуванню і профілактиці хвороб. Проаналізуємо їх розвиток на прикладі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Це потужний лікувально-діагностичний та інформаційно-аналітичний центр області. Її працівниками є 10 заслужених лікарів України, 11 кандидатів медичних наук.

Лікарня такі єдині центри та відділення в Рівненській області, як:

*Центр лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань*, який з метою поліпшення умов роботи медичного персоналу обладнано міні-АТС. Наявна є система відеоспостереження з інфрачервоними випромінювачами, яка дозволяє медичній сестрі з робочого місця цілодобово стежити за післяопераційними хворими. Налагоджено комп'ютерну мережу з базою даних про пацієнтів, що лікуються у відділенні. До центру входять: ендоскопічний, ультразвуковий підрозділи, стаціонар із операційним блоком.

*Гастроентерологічний центр*, який був створений з метою покращення організації гастроентерологічної допомоги в Рівненській області на виконання Наказу Міністерства охорони здоров'я

України від 12.12.2006 № 819 «Про організацію гастроентерологічної допомоги населенню України», Наказу управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 23.02.2007 № 5 «Про організацію гастроентерологічної допомоги населенню Рівненської області». Його було відкрито на базі гастроентерологічного відділення на 35 ліжок у лютому 2007 р.

*Центр мікрохірургії ока та екстреної офтальмологічної допомоги.* Центр є досить потужним підрозділом лікарні. В ньому щорічно лікується понад 1500 пацієнтів, проводиться більше, ніж 1000 оперативних втручань на мікрохірургічному рівні, цілодобово надається висококваліфікована екстрена допомога при травмах та невідкладних станах органа зору. В центрі проводиться діагностичне обстеження та лікування усіх видів очної патології із використанням сучасних методів обстеження на високоточному обладнанні. В Центрі мікрохірургії ока та екстреної офтальмологічної допомоги є в наявності 2 хірургічних лазерних апарати для виконання втручань на передньому та задньому відрізках ока.

*Центр лікування складних розладів серцевого ритму.* В Центрі вирішується весь спектр проблем при різних порушеннях серцевого ритму і провідності. Лікарі Центру тісно співпрацюють з провідними клініками Польщі та України в містах Київ, Харків, Одеса, займаються науковою діяльністю.

*Обласний центр хірургії органів травлення, ендокринології та шлунково-кишкових кровотеч.* Центр має 35 ліжок, за рік в ньому оздоровлюється більше тисячі пацієнтів. Велика частка лікарів центру займається науковою роботою. На базі зібраної інформації цього центру опубліковано понад 80 наукових праць, запропоновано 54 раціоналізаторські пропозиції, запатентовано 7 винаходів, що запроваджені в лікарнях та клініках області.

*Обласний центр ортопедії, травматології та вертебрології* функціонує з липня 1959 року. Сьогодні в його складі 58 ліжок, з яких 25 – ортопедичних, 33 – травматологічних. В штаті цього найбільшого підрозділу знаходиться 89 співробітників. За 60 років існування в стінах Центру пролікувалось 44250 хворих, виконано 29780 операцій та відновлено працездатність багатьох жителів Рівненщини.

*Обласний ревматологічний центр* було створено в 1981 році. Він має 49 ліжок. Основні функції центру: організація та надання спеціалізованої висококваліфікованої медичної допомоги ревматологічним хворим. Співробітники центру постійно підвищують професійний рівень, приймають участь в роботі конференцій, з'їздів Асоціації ревматологів України, пленумів.

*Обласний центр захворювань крові та коагулопатій* містить 30 стаціонарних ліжок та 10 ліжок перебування при поліклінічному відділенні на денному стаціонарі, які розташовані на базі цього центру. У центрі є 4 лікаря-гематолога вищої кваліфікаційної категорії з гематології, підготовлені на сучасній основі з питань гематології в медичних навчальних закладах Києва, Львова. Гематологічний стаціонар, консультативна поліклініка і консультативна ургентна та планова допомоги дають можливість своєчасно виявити гематологічну патологію та почати лікування. Лікарі цього центру беруть активну участь в роботі з'їздів, конференцій гематологів, друкують матеріали в газеті «Медичний вісник» та журналах щодо сучасної тематики з питань гематології.

*Відділення серцево-судинної хірургії* сформовано на базі відділення судинної хірургії, заснованого в 1975 році. У відділенні серцево-судинної хірургії працює 9 лікарів, з них – 8 хірургів, кардіолог. Всі вони підготовлені в Інституті серцево-судинної хірургії (м. Київ), Інституті хірургії і трансплантології (м. Київ), Львівському національному медичному університеті. Також у відділенні працюють 7 операційних, 17 палатних медсестер, 2 перев'язочні, 2 маніпуляційні й 12 молодших медичних сестер. Відділення обладнане діагностичною апаратурою, лікувальним та хірургічним устаткуванням виробництва Європи, України, палатами інтенсивної терапії для слідкування за хворими з серцево-судинною патологією; обладнанням планованої ургентної операційної із рентгеноопераційною, які оснащені хірургічними кардіомоніторами UM-300 й електрокардіографом «Юкард» виробництва фірми Utas, ангиографічним комплексом «Адвантекс» виробництва «Дженерал Електрик» (з судинними та кардіологічними параметрами).

*Опіковий центр* розрахований на 35 ліжок і надає цілодобову кваліфіковану допомогу пацієнтам, які отримали опіки різного ступеню важкості, а також іншим хворим, і є навчальним та організаційно-методичним закладом, регіональним підрозділом охорони здоров'я. На сьогоднішній час у центрі працюють лікарі вищої, першої і другої кваліфікаційної категорії. Співробітники центру розробили і виготовили на радіозаводі та розповсюдили по Україні, ближньому зарубіжжі ДФТУ-02 – двоканальні фізіотерапевтичні установки, ІУФІК-1 – інфрачервоні опромінювачі хворих. Уперше в Україні впроваджені в лікувальну практику інфрачервоні лампи. Також в опіковому центрі було написано більше 40 наукових праць. Лікарі кожен рік підвищують свою кваліфікацію у різних клініках України, Бельгії, Франції, США та ін.

*Обласний центр торакальної хірургії.* Основними напрямками діяльності центру є надання спеціалізованої та кваліфікованої хірургічної медичної допомоги пацієнтам, які мають захворювання, травми та гострі стани органів середостіння та грудної клітки.

У розпорядженні центру сучасні методики лікування та діагностики – такі, як

- діагностична та оперативна відеоторакоскопія;
- ендоскопічне хірургічне втручання при захворюваннях стравоходу та трахеобронхіального дерева;
- ендоскопічні обстеження органів травлення та дихання;
- магнітно-резонансна томографія при виявленні захворювань та травм органів середостіння та грудної клітки;
- комп'ютерна томографія із внутрішньовенним підсиленням при захворюваннях і травмах середостіння та органів грудної клітки;
- класичні методи хірургічного лікування (мініторакотомії з повним обсягом пластичних та резекційних оперативних втручань, торакотомії при захворюваннях і травмах середостіння та органів грудної клітки);
- малоінвазивні хірургічні втручання на органи грудної клітки.

Центром проводиться потужна наукова робота:

- розроблення новітніх технологій у діагностиці та лікуванні захворювань, гострих станів середостіння та органів грудної клітки, травм;
- участь у конференціях, конгресах з участю у Європейській школі торакальних хірургів із актуальних проблем торакальної хірургії.

*Нефрологічне відділення* – це один з наймолодших підрозділів комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. В поліклініці ведеться амбулаторний прийом нефрологами. У відділенні протягом 1 року лікується в середньому 550 хворих, нефрологи надають консультативну допомогу близько 3400 пацієнтам як з м. Рівного, так і з інших районів області.

При потребі хворих направляють у Київські та інші науководослідні інститути нефрології, урології, хірургії та трансплантології тощо. Нефрологи проводять планові та ургентні виїзди по медичним закладам усіх районів області та у медичні заклади м. Рівного. Починаючи з 2003 року в Рівненській області запроваджено ведення національного реєстру щодо хворих з хронічною хворобою нирок. Сьогодні в ньому нараховується 9091 особа. Лікарі-нефрологи Рівненщини постійно підвищують кваліфікацію у Державній установі «Інститут нефрології АМН України» й на кафедрі нефрології НМАПО імені П.Л. Шупика, беруть участь у конференціях, симпозіумах, з'їздах з фахівцями, що приїзять з багатьох країн світу, здійснюють обмін досвідом, цікавляться найсучаснішою медичною літературою, періодичними виданнями.

*Відділення інтенсивної терапії з екстракорпоральних методів детоксикації.* В Рівненській області відбувається функціонування єдиного спеціалізованого відділення щодо надання токсикологічної допомоги населенню на Рівненщині – відділення інтенсивної терапії з екстракорпоральних методів детоксикації. Воно має філіал у м. Сарни, який є організаційно-методичним центром із питань інтенсивної терапії важких ендотоксикозів, гострих отруень, гіпербаричної оксигенації та гемодіалізу. У 2004 році було проведено повну реконструкцію відділення зі встановленням сучасного гемодіалізного обладнання, що поновлюється по мірі необхідності.

Відділення на сьогоднішній день налічує 10 ліжок інтенсивної терапії та 16 діалітичних місць. На базі відділення проводиться передтрансплантаційна підготовка пацієнтів до операції, яка є трансплантацією нирки. Протягом 2016–2017 років проведено 6 трансплантацій нирки від донорів. На обліку перебуває зараз 24 пацієнти з трансплантованими органами. У відділенні запроваджуються нові методики лікування різноманітних хвороб із застоюванням екстракорпоральної детоксикації.

*Відділення інтервенційної радіології.* Однією з актуальніших проблем сьогодні залишається проблема лікування й профілактики гострої серцево-судинної патології. В січні 2015 року в лікарні було створено відділення інтервенційної радіології в рамках виконання заходів щодо державної Програми із запобігання серцево-судинних захворювань та їх лікування. У складі відділення: палата інтенсивної терапії на 10 ліжок та рентген-хірургічний блок. Ця структура відділення допомагає ефективно та швидко надавати кваліфіковану медичну допомогу хворим на гостру кардіальну патологію. Палата інтенсивної терапії обладнана електрокардіографами, дефібрилятором, моніторами спостереження за станом хворих. На основі відділення надається допомога пацієнтам із нестабільною стенокардією, гострим коронарним синдромом. Завдяки впровадженню локального протоколу з надання допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом в області відділення співпрацює з усіма лікувальними закладами області первинного та вторинного рівня. Допомогу таким пацієнтам лікарня надає в режимі 24 години на добу, 7 днів на тиждень.

У відділенні постійно запроваджуються новітні технології: радіальний доступ дозволяє скоротити час перебування хворого на ліжковому режимі та зменшити кількість ускладнень. Впроваджена ехо-склеротерапія при варикозній хворобі, ендовенозна лазерна коагуляція варикозно розширених вен [9].

За допомогою цих новітніх впроваджень покращені результати діяльності лікарні (таблиця 7.1). Оптимізація функціонування закладу дозволила знизити навантаження на ліжковий фонд. З 725 ліжок у 2010 році їх число знизилось до 675 у 2017 році. При цьому пропускна спроможність лікарні зросла. Так у 2010 році

пролікувалось 21815 осіб, а у 2017 це число зросло до 24754 осіб, тобто на 2939 осіб більше. Кількість виписаних теж суттєво зросла. Таку ж динаміку ми можемо спостерігати і щодо ліжко-днів.

Таблиця 7.1

Ліжковий фонд та його використання Комунальним підприємством «Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість ліжок середньорічних	Надійшло хворих усього	Виписано	Проведено хворими ліжко-днів
2010	725	21815	20922	244281
2011	725	22644	21733	255089
2012	725	22991	22809	261359
2013	725	23037	22776	259652
2014	725	23515	23191	262354
2015	725	24638	24384	271109
2016	715	24800	24541	269999
2017	675	24754	24480	260978

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

В наступній таблиці відображено роботу лікарів поліклініки щодо профілактичних заходів та з приводу захворювань (таблиця 7.2). Ця таблиця відображає той факт, що з роками, за виключенням 2012 року, кількість відвідувань падає. Це можна сказати щодо відвідувань з профілактичними намірами, коли їх число впало з 205654-х у 2010 році до 166743-х у 2017 році, тобто зменшення відмічається майже на  $\frac{1}{4}$ . Така ж тенденція спостерігається і щодо сільських жителів (відповідно кількість відвідувань в 2010 році – 111387, в 2017 – 91650. Щодо відвідувань дорослих з приводу захворювань, то число відвідувань знизилось з 181819-ти у 2010 році до 142113 у 2017 році, тобто більше, ніж на  $\frac{1}{4}$ . Щодо дітей, то тенденція зберігається. Тут кількість відвідувань впала майже в 2 рази (з 6803-х в 2010 році – до 3406 в 2017 році).



Таблиця 7.2

Робота лікарів поліклініки (амбулаторії), диспансеру, консультації в  
Комунальному підприємстві «Рівненська обласна клінічна лікарня»

[10]

Роки	Кількість відвідувань лікарів виключно з профілактичними намірами	У тому числі сільських жителів	Кількість відвідувань лікарів з приводу захворювань дорослими від 18 років і старше	Кількість відвідувань лікарів з приводу захворювань дітьми віком до 18 років
2010	205654	111387	181819	6803
2011	198617	110541	164379	4439
2012	195745	109632	171648	4304
2013	201157	110795	180310	4348
2014	203717	112705	181837	4764
2015	196362	108834	139057	1281
2016	194048	107764	168761	3759
2017	166743	91650	142113	3406

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

В лікарні активно проводяться обстеження хворих. Одними з найважливіших обстежень є рентгенологічні обстеження (таблиця 7.3). Як бачимо з таблиці, кількість рентгенодіагностичних апаратів та устаткування в лікарні зростає з 15-ти в 2010 році до 18-ти у 2017 році, тобто на три одиниці у зв'язку придбанням лікарнею нового устаткування. Таким чином більше хворих можуть бути обстеженими за один і той же час, що теж підтверджують дані з таблиці. Тобто, якщо у 2010 році кількість рентгенодіагностичних досліджень було 19390, то до 2017 року їх кількість зросла майже у півтора рази і досягла кількості у 31783. Невелике зменшення їх спостерігається у 2017 році після різкого зростання у 2016 році з 26344 у 2015 році. Але це виявляється у зв'язку зі стохастичним характером поступлення хворих у лікарню і згладжується при великій тривалості часу.

Таблиця 7.3

Діяльність рентгенологічного відділення Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [66]

Роки	Кількість діючих рентгенодіагностичних апаратів та устаткування	Кількість рентгенодіагностичних досліджень
2010	15	19390
2011	16	18851
2012	16	19427
2013	16	24148
2014	16	25844
2015	18	26344
2016	18	32120
2017	18	31783

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

Прослідкуємо динаміку щодо ендоскопічних досліджень в лікарні (таблиця 7.4).

Таблиця 7.4

Діяльність ендоскопічного відділення Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість діючих ендоскопічних апаратів та устаткування	Кількість ендоскопічних досліджень
2010	13	12630
2011	16	14341
2012	13	14056
2013	10	12365
2014	13	12025
2015	14	11801
2016	15	12215
2017	15	12236

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

Велике значення для запобігання туберкульозу та інших захворювань у населення має вчасне виявлення їх симптомів. Тому в лікувальних закладах та на виробництві постає питання проведення дослідження з використанням флюорографічного апарату. Зазвичай таке дослідження повинне проводитися не менше одного

разу на рік. Рівненська обласна клінічна лікарня оснащена таким апаратом, тому населення Рівненщини може проходити означене дослідження. Як показано в таблиці 7.5, після падіння числа флюорографій органів грудної клітки з 1412 у 2010 році до 803 у 2011 році їх число стало неухильно зростати і підвищилось до 2791, що свідчить про зростаючу потужність лікарні. Заклад також оснащений сучасними ультразвуковими апаратами, що дозволяє проводити в постійній зростаючій кількості ультразвукові дослідження – з 36743 в 2010 році аж до 106094, тобто майже в три рази.

Таблиця 7.5

Проведення рентгенологічних профілактичних та  
ультразвукових досліджень Комунального підприємства  
«Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість флюорографій органів грудної клітки	Кількість ультразвукових досліджень
2010	1412	36743
2011	803	50724
2012	13412	75533
2013	1265	78566
2014	936	85093
2015	1695	107291
2016	2791	107281
2017	2791	106094

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

Значну долю в процесі лікування складають фізіотерапевтичні процедури. Тому Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня» приділяє йому значну увагу. Використовуються як старі прилади, так і закуповується нове обладнання. Але якщо прослідкувати динаміку кількості осіб, що було направлено на фізіотерапевтичні процедури, то тут можна побачити хвилеподібний спад, тобто в наш час в лікарні більше уваги приділяється лікуванню з використанням медичних препаратів, ніж фізіотерапії. Кількість пацієнтів, що пройшли фізіотерапію за період з 2010 по 2017 рік, знизилась майже вдвічі з 25417 до 12598. Цей процес прослідковується і щодо кількості проведених процедур. Але тут не таке різке зниження – з 407549 до 293453 (Таблиця 7.6).

Таблиця 7.6

Діяльність фізіотерапевтичного відділення Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість осіб, що закінчили лікування	Кількість проведених процедур
2010	25417	407549
2011	26091	417730
2012	21232	334954
2013	13140	222671
2014	13506	273002
2015	13956	301943
2016	12670	344704
2017	12598	293453

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

Проаналізуємо роботу кабінету лікувальної фізичної культури (таблиця 7.7). Багато хворих, особливо у післятравматичному періоді потребують допомоги відділення лікувальної фізкультури, тому майже кожна лікарня в Україні має це відділення. В ньому працюють спеціально натреновані інструктори, котрі можуть допомогти хворому в багатьох складних ситуаціях. Щодо статистичних даних Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» ми бачимо хвилеподібну динаміку. Кількість осіб, що пройшли лікування за такою методикою загалом зменшилась з 1409 до 1288, тобто на 121 особу. Кількість проведених процедур теж змінюється згідно відповідної динаміки – спостерігається зменшення з 21075 процедур до 17426 процедур, тобто на 3649.

Таблиця 7.7

Діяльність кабінету лікувальної фізичної культури Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість осіб, що закінчили лікування	Кількість проведених процедур
2010	1409	21075
2011	1492	14685
2012	1484	14267
2013	1099	10546

Продовження таблиці 7.7

2014	1601	17017
2015	1917	20610
2016	1331	18464
2017	1288	17426

Джерело: розроблено автором на основі [10]

Перейдемо до розгляду роботи кабінету рефлексотерапії (таблиця 7.8).

Як бачимо з таблиці, рефлексотерапія почала практикуватися з 2012 року і до 2013 року кількість осіб, що лікуються за допомогою рефлексотерапії, різко зросла зі 179 до 519. Потім цей рівень приблизно підтримувався до 2017 року. Відповідно кількість проведених процедур теж різко зросла з 997 до 3845 за період з 2012 до 2013 року. До 2016 року спостерігалось зростання проведених процедур, але в 2017 році у зрівнянні з 2016 роком спостерігається різкий спад з 4015 до 3089, тобто аж на 926.

Таблиця 7.8

Діяльність кабінету рефлексотерапії Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» [10]

Роки	Кількість осіб, що закінчили лікування	Кількість проведених процедур
2010	-	-
2011	-	-
2012	179	997
2013	519	3845
2014	557	3632
2015	530	3758
2016	497	4015
2017	495	3089

Джерело: розроблено автором на основі [10]

Представимо економічні показники розвитку лікарні (таблиця 7.9).

Як видно з таблиці, асигнації на розвиток медичного закладу зростають щорічно, і це зростання за період з 2010 по 2017 рік становить майже 2,5 рази. Вартість одного ліжка-дня по медикамен-

там виросла в 3,8 рази у 2017 році у порівнянні з 2010 роком і склала 18,14 грн. В той же час вартість одного ліжко-дня по продуктах харчування виросла набагато менше – тільки в 1,25 рази. Тобто, зважаючи на інфляцію і на зростання курсу долара, можна сказати, що це відбувається за рахунок якості харчування в лікарнях по Україні в цілому. Для ветеранів війни ця вартість одного ліжко-дня виросла майже в два рази і в 2017 році склала 46 грн. Проаналізуємо профінансовану суму. На заробітну плату пішло у 2,25 разів більше в 2017 році, ніж в 2010 році – 97377016 грн. Але це не дуже велика сума, зважаючи на великі темпи зростання цін в Україні. Щодо медикаментів, то тут можна сказати, що зростання відбулось великими темпами (майже в чотири рази) і склало у 2017 році 42235680 грн. Фінансування забезпечення продуктами харчування збільшилось трохи менше, ніж в півтора рази і склало у 2017 році 2303096 грн проти 1618500 грн у 2010 році. Набагато більше витрачатися стало у зрівнянні з 2010 роком на комунальні послуги і енергоносії (більше, ніж у 2 рази), до чого привело різке зростання цін на енергоносії в країні. В той же час на прання зростання відбулось в 7,4 рази у зв'язку з різким подорожчанням електроенергії.

Таблиця 7.9

Економічні показники по Комунальному підприємству  
«Рівненська обласна клінічна лікарня» (грн) [10]

№ п/п	Назва	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Асигновано	63264899	65815174	72244727	75274399	86935310	128454444	128189700	156047700
2	Касові видатки	62994638	65761746	71998562	75015646	86614608	124183144	124678641	155701089
3	Вартість 1-го ліжко-дня								
	- по медикаментам	4,78	6,21	5,85	5,36	5,25	11Ю78	7,82	18,14
	- по продуктах харчування	6,7	7,2	7,3	7,51	6,69	8,36	9,61	8,42
	- для ветеранів війни	22,32	23,9	27,00	27,87	27,86	56,86	42,6	46,6

Продовження таблиці 7.9

4	Із профінансованої суми								
	- на заробітну плату	43275800	44142453	53311138	57096624	58505452	66843000	66044744	93377016
	- на медикаменти	10572300	11120199	168327	8538882	17167207	29010025	44587820	42236660
	- на продукти харчування	1618500	1999634	1998261	1902204	1902270	2942152	1902269	2303096
	- на оплату комунальних послуг та енергоносіїв	4833100	5235940	6026356	6707089	6355999	8837939	8279971	10244662
	- на прання	125957	367260	182500	618298	675362	871525	909599	931667

*Джерело:* розроблено автором на основі [10]

Інтенсифікація діяльності лікарні та кількісне збільшення показників потребує значного посилення управлінського впливу, оптимізації адміністративних методів управління, які є складовою частиною системи стратегічного управління, їх трансформації шляхом запровадження інформаційних технологій та систем. Реалізація адміністративної функції системи стратегічного управління та адміністративні методи управління, їх ефективне застосування допомагають організувати, мобілізувати колектив закладу охорони здоров'я на високі показники в роботі без застосування додаткового фінансування. Трансформація діяльності закладів охорони здоров'я вимагає формування нових адміністративних методів управління в лікарнях. Результати досліджень трансформації адміністративної функції системи стратегічного управління лікарні можна представити у вигляді таблиці 7.10.

Таблиця 7.10

Результати трансформації адміністративної функції системи стратегічного управління Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» на основі інформатизації

№	Методи адміністративного впливу	Шляхи реалізації методів адміністративного впливу
1.	Регламентування	Наявність сайту лікарні, в електронній формі Статуту підприємства, положень про підрозділи всіх рівнів, посадових інструкцій керівників і посадових осіб всіх рівнів, правил внутрішнього трудового розпорядку, електронні картки пацієнтів, бази даних про пацієнтів, оперативне оновлювання інформації про графік роботи, присутність лікарів і т.ін.
2.	Нормування	Документи щодо оплати праці, хвороб, відпусток, регламенту, графіку роботи лікарів в електронному вигляді в відповідних підрозділах лікарні. Документи щодо наявного обладнання, його заповнюваності, графік вільних приміщень, кабінетів. Профільних спеціалістів. Графік проведення нарад, консилиумів. Оперативна інформація про наради та консилиуми у екстрених випадках.
3.	Інструктування	Наявність в електронному вигляді Методичних вказівок щодо лікарської практики, рекомендацій у випадках епідеміологічних ситуацій, інструкцій щодо процедур лікування, карти лікувальних схем.
4.	Розпорядження	Закони України в сфері охорони здоров'я, Державні Програми, Накази МОЗ, Накази по лікарні, Розпорядження Управління охорони здоров'я РОДА, протоколи засідань лікарняних комісій, консилиумів, нарад, оперативні розпорядження Головного лікаря



Система трансформації охорони здоров'я вимагає вдосконалення системи стратегічного управління закладами охорони здоров'я. На теперішній час в структурі лікарні функціонує Центр лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань, гастроентерологічний центр, Центр мікрохірургії ока та екстреної офтальмологічної допомоги, Центр лікування складних розладів серцевого ритму, Обласний центр хірургії органів травлення, ендокринології та шлунково-кишкових кровотеч, Обласний центр ортопедії, травматології та вертебології, Обласний центр ортопедії, травматології та вертебології, Обласний центр ортопедії, травматології та вертебології, Відділення серцево-судинної хірургії, Опіковий центр, Обласний центр торакальної хірургії, Нефрологічне відділення, Відділення інтенсивної терапії з екстракорпоральних методів детоксикації, Відділення інтервенційної радіології. Діяльність лікарні на нових засадах значно інтенсифікувала процес надання медичних послуг.

В діяльності всіх відділень та в діяльності лікарні в цілому присутні всі функції стратегічного управління: технічна, комерційна, фінансова, страхова, облікова, адміністративна.

На теперішній час найбільш активно проводиться процес інформатизації в управлінських технологіях, які спрямовані на реалізацію адміністративної функції стратегічного управління, зокрема, таких її складових як регламентування, нормування, інструктування, розпорядження.

## **7.2. Досвід діяльності Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»**

КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» – багатопрофільний медичний заклад потужністю 240 ліжок. КЗ «Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни» розташований на північній околиці смт Клевань Рівненського району Рівненської області. Його було створено у березні 1946-го року згідно із Постановою «Про поліпшення медичного обслуговування інвалідів Вітчизняної війни» на базі евакогоспіталю № 3110 (1944 р.), який розміщувався у приміщенні колишнього санаторію польських офіцерів.

Нині Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни – багатопрофільний лікувальний заклад вищої акредитаційної категорії, методичний центр з організації надання медичної допомоги ветеранам війни, що проживають в області.

Щорічно в медичному закладі в санаторних умовах лікуються близько 5 000 ветеранів: це учасники бойових дій, політв'язні та репресовані, вояки УПА, а також усі ті, хто народився до 1932 року (згідно із Законом про статус ветеранів війни).

Госпіталь перебуває на повному державному забезпеченні, лікування і медичні послуги надаються безкоштовно. У процесі лікування хворі отримують медикаментозні препарати безкоштовно та забезпечені 5-разовим дієтичним харчуванням, на час лікування можуть проживати в лікувальних корпусах або у котеджному містечку на території госпіталю.

Госпіталь розташований в сосновому бору в екологічно чистій зоні в безпосередній близькості від залізничної станції і автомобільної траси на відстані близько 25 км від обласного центру. Сьогодні загальна площа території закладу складає 11,16 га, де розміщені 2 лікувальних корпуси, корпус фізіотерапевтичного і водного лікування з басейном. На території госпіталю розташований 41 будиночок котеджного типу з покращеними умовами перебування, які призначені для цілодобового перебування, лікування та реабілітації 2-х або 4-х осіб.

Кожен будинок обладнаний автономною системою опалення, має кухню з холодильником, вітальню з телевізором, набір м'яких меблів, спальню, ванну кімнату. Інтер'єр будиночків розрахований для максимальної зручності і комфорту людей, які в ньому перебувають.

Благоустроєна територія навколо будиночків, де є численні альтанки, рідкісні в нашому регіоні дерева і кущі, квіти, відіграє важливу роль в процесі реабілітації пацієнтів. Така матеріальна база дозволяє поєднати лікування і відпочинок, що є особливістю закладу, яка вигідно відрізняє його від всіх інших установ цього профілю.

В госпіталі функціонують такі стаціонарні відділення та допоміжні служби:

- терапевтичне відділення на 50 ліжок;
- неврологічне відділення на 50 ліжок;
- кардіологічне відділення на 50 ліжок;
- урологічне відділення на 34 ліжка (із них: 15 ліжок урологічних, 15 хірургічних, 4 – травматологічних);
- відділення інтенсивної терапії та анестезіології на 6 ліжок;
- приймально-діагностичне відділення;
- поліклінічне відділення;
- відділення фізіотерапії та лікувальної фізкультури;
- рентгенкабінет;
- клінічно-діагностична лабораторія;
- Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми на 50 ліжок.

КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» надає висококваліфіковану медичну допомогу і реабілітацію ветеранам війни та особам, які брали безпосередню участь в бойових діях на Сході України.

У госпіталі працює 44 лікарі, з них лікарів вищої категорії – 21, 8 – I категорії, 3 лікаря II категорії), 136 медичних сестер, 91 особа – це молодший медперсонал.

В КЗ «Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни» діє єдиний на всю область центр, де в плановому режимі проводиться радикальне хірургічне лікування аденоми передміхурової залози людей похилого віку (середній вік прооперованих – 80 років). Протягом року проводиться понад 300 оперативних втручань.

Сучасне фізіотерапевтичне відділення, розміщене в окремому 3-поверховому корпусі, де функціонує басейн розміром 15x5 м і об'ємом 90 м куб., оснащений сучасною системою водочистки; зал лікувальної фізкультури з тренажерами «Гребля», фітнес-станцією «Стимул», велотренажерами, шведськими стінками та профілакторами Євмінова; лікувальні ванни, підводний душ-масаж, сауна.

У госпіталі функціонують допоміжні служби, а саме: поліклініка, де ведуть прийом висококваліфіковані спеціалісти; відділення функціональної діагностики, оснащене стаціонарним і портативним електрокардіографом, двома апаратами добового

холтерівського моніторингу, апаратом ультразвукової діагностики Philips HD – 7, апаратом для езофагогастроуденоскопії Olympus, апаратами ЕЕГ і РЕГ; рентгенологічний кабінет з рентгенологічним комплексом; клінічна лабораторія; стоматологічні кабінети, де проводяться всі види лікування і зубного протезування.

Серед послуг, що надає установа, варто виділити: безоплатне забезпечення слуховими апаратами, зубопротезування, електрофорез, амліпульстерапія, динамотерапія, гальванізація, магніто-терапія, електроаерозоль-терапія, тепловікування, озокеритові аплікації, водолікування: перлинні ванни, підводний душ-масаж, басейн, світлолікування, лазеротерапія, фонофорез, комбіновані процедури, вакуумна терапія, масаж, механічний масаж, міостимуляція, УВЧ, електросон, аромотерапія, аеріонотерапія, ударно-хвильова терапія, пресотерапія, лікувальна фізкультура.

Функціонує кімната психологічного розвантаження.

Всі види обстеження і лікування в закладі проводяться безкоштовно. Госпіталь забезпечений усіма необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення в повному об'ємі.

З метою відновлення психічних та психологічних процесів, станів, властивостей особистості, що забезпечують її адаптацію та адекватне функціонування в соціумі, проводиться психологічна реабілітація.

В рамках її здійснення відбувається індивідуальний підбір психокорекційних заходів та методів психотерапевтичного впливу згідно потреб пацієнта.

Психологічна реабілітація ветеранів має завдання допомогти пацієнту відреагувати на травматичний досвід в безпечній терапевтичній обстановці. При роботі з ветераном бойових дій зарекомендували себе такі напрямки психотерапії, як травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія, пролонгована експозиційна психотерапія, метод ДРО (EMDR), прогресивна м'язева релаксація, арт-терапевтичні методики (малювання, гончарство, сакральний малюнок), проводяться заняття з когнітивної реабілітації, музикотерапія, аромотерапія.

Психологічна корекція ставлення до свого стану надзвичайно важлива для цієї категорії пацієнтів. Потребує великого такту

і терпіння, поваги до пацієнта та його травматичного досвіду; проводити її треба з урахуванням психологічних, культурних і національних особливостей людей. Надзвичайно важливими для ветеранів, які повернулися з війни, є позитивні емоції.

У психологічній службі закладу працюють лікарі-психологи, психологи.

На території госпіталю діє церква Св. Пантелеймона, де проводяться церковні богослужіння.

Постійно працює бібліотека, де проводяться тематичні виставки.

Для бажаючих є більярд, настільний теніс, волейбольний майданчик. Часто проводяться різноманітні культурно-пізнавальні заходи: концерти, зустрічі з волонтерами, представниками місцевої влади, центру зайнятості, соціального захисту.

Адміністрація КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» активно співпрацює з державними закладами культури, окремими виконавцями, волонтерськими організаціями по реабілітації та соціальній адаптації демобілізованих військовослужбовців. Це дозволяє якісно наповнити вільний час пацієнтів (відвідання концертів, вистав, виставок, екскурсій, презентації книг, боулінг тощо).

Співпраця з Рівненським регіональним центром з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» Рівненської обласної ради дозволяє на регулярній основі на території медичного закладу проводити спортивні змагання, знайомити із новими видами спорту, а це відіграє важливу роль у процесі реабілітації військових.

В КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» з жовтня місяця 2014 року надається стаціонарна допомога та здійснюються реабілітаційно-оздоровчі заходи учасникам антитерористичної операції. Всього з жовтня місяця 2014 року до кінця 2018 р. в госпіталі було проліковано 3462 учасників АТО, з них інвалідів війни – 330 осіб.

Для забезпечення реабілітаційного процесу учасників АТО залучені спеціалісти відділення фізіотерапії та лікувальної фізкультури госпіталю, а також психологічна служба. Всі військовослужбовці і демобілізовані пацієнти госпіталю проходять курс медичної, психологічної реабілітації з обов'язковим оглядом і, в разі необхідності, лікуванням у лікарів-психологів.

Пройшли психологічну реабілітацію у 2014 р. – 104 учасники АТО, у 2015 р. – 818 ветеранів, з них 480 учасників АТО, у 2016 р. – 996 ветеранів, з них 846 учасників АТО, у 2017 р. – 1180 ветеранів, з них 911 учасників АТО, у 2018 р. – 1086 ветеранів, з них 930 учасників АТО.

В КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» стаціонарно оздоровилося 11 добровольців, які брали участь в захисті територіальної цілісності і державного суверенітету на сході України, а також члени сімей загиблих воїнів АТО.

Впродовж 2018 року в КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» пролікувалось 4137 ветеранів війни та часників АТО.

Було прооперовано 253 пацієнтів, проведено 294 оперативних втручання.

В закладі організовано безоплатне забезпечення слуховими апаратами всіх інвалідів війни та учасників бойових дій, що потребують слухопротезування.

Проводиться першочергове безоплатне зубопротезування ветеранів війни.

Згідно доручення голови обласної адміністрації керівники районів забезпечують доставку ветеранів війни та демобілізованих учасників АТО в госпіталь автотранспортом з району та по закінченню курсу лікування до місця постійного проживання. Таке вирішення проблеми дозволяє охопити плановим лікуванням і оздоровленням учасників АТО із найвіддаленіших куточків області.

З метою покращення матеріально-технічного забезпечення закладу та на виконання Постанови КМУ від 24 травня 2017 р. № 482 в КЗ «Рівненський обласний госпіталь ВВ» у грудні 2017 року відкрито Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми на 50 ліжок.

Центр передбачений для пацієнтів – учасників АТО з наслідками важких черепно-мозкових та спинальних травм, які потребують довготривалого лікування та реабілітації. Середня тривалість курсу лікування – 180 днів.

Рішення про те, який саме лікувальний заклад прийматиме на довготривалу реабілітацію спинальних хворих, Міністерство охорони здоров'я ухвалило після консультацій із самими бійцями,

волонтерами та рідними поранених. Адже з 2014 року у Клеванському госпіталі до моменту відкриття центру (2017 р.) пройшло лікування близько двох тисяч поранених на Донбасі захисників. Близько сорока мали тяжкі черепно-мозкові травми й ушкодження.

На відкриття центру та оснащення було виділено кошти із державного бюджету. На ремонт приміщення з обласного бюджету виділили 7 мільйонів гривень, ще 11 мільйонів спрямували з Державного фонду регіонального розвитку. Окремо на придбання медичного обладнання з держбюджету виділили 28 мільйонів гривень.

Центр розміщений на 1 та 2-му поверхах терапевтичного корпусу, де функціонують палати на одного, двох, трьох осіб. Пацієнти з обмеженнями рухової активності, які потребують постійної сторонньої допомоги, мають змогу проходити лікування та реабілітацію у супроводі одного з членів родини чи опікуна. Супроводжуючі особи забезпечуються проживанням та харчуванням. Багатофункціональні палати оснащені відеокамерами, поряд з ліжками є кнопки виклику.

Пацієнти центру, які не потребують сторонньої допомоги в самообслуговуванні, можуть на період лікування та реабілітації проживати у будиночках котеджного типу, що на території закладу.

Центр оснащено сучасним реабілітаційним обладнанням та тренажерами, працює три зали фізичної реабілітації. Пацієнти центру за показами займаються в басейні, де за допомогою спеціального обладнання під наглядом реабілітологів роблять перші кроки, відновлюють рухову активність. Також до послуг пацієнтів підводний душ-масаж та інші види традиційного фізіотерапевтичного лікування, діє кімната психологічного розвантаження.

На кінець 2018 року (за рік роботи центру) проліковано і виписано 195 осіб, з них 181 особа із позитивною динамікою.

Окрім послуг Центру, пацієнти центру користуються повним спектром оздоровчих процедур госпіталю. Окрім реабілітації, пацієнти центру мають терапевтичний супровід супутніх захворювань.

Таким чином, на основі аналізу діяльності Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни», можна зробити висновки, що соціальна складова медичної рефор-

ми, яка проводиться на теперішній час в Україні, зберігається повною мірою для окремих груп населення, які потребують постійного піклування, підтримання належного рівня свого здоров'я, лікування від хвороб, які є наслідком поранень та участі в зоні бойових дій. Такий вид соціального захисту поширюється на громадян різного віку – як учасників другої Світової війни(на сьогодні значною мірою це категорія «діти війни»), учасників бойових дій в Афганістані, так і учасників бойових дій на Сході країни.

Фінансування оздоровчих програм, що надаються в госпіталі, утримання його медичної інфраструктури та комунального господарства повністю покривається з бюджету Рівненської області. Активну участь у розбудові матеріально-технічної бази госпіталю приймають ветеранські організації, місцева громада, волонтерські організації.

### **7.3. Напрями розвитку медичного страхування та діяльності страхових компаній**

Історія виникнення і розвитку страхових організацій тісно пов'язана з історією суспільного розвитку, зокрема з появою капіталізму на межі XVII–XVIII століть. Зародження промисловості, бурхливе зростання торгівлі і мореплавства сприяли появі нових форм збереження і зміцнення капіталу за рахунок страхування майна, вантажоперевезень. Так з'явилися перші страхові товариства, які разом з банками і біржами стали невід'ємною частиною нової суспільно-економічної формації.

Оскільки здоров'я стало одним з найважливіших макроекономічних та політичних чинників у всіх сферах суспільства, різні органи державного управління, громадські організації, страхові компанії, ділові кола і окремі громадяни все активніше залучаються до стратегічного управління сферою охорони здоров'я. Здоров'я вважається правом людини, неодмінною складовою благополуччя, глобальним суспільним благом і питанням соціальної справедливості та рівності, одним з основних чинників економічного розвитку [1].

Зважаючи на тривалу та системну кризу охорони здоров'я України, скорочення державного фінансування та відсутність



концепції розвитку галузі, неприйняття складних політичних рішень та хронізацію проблеми, як заклади охорони здоров'я, так і пацієнти намагаються вирішувати свої проблеми самостійно. Через відсутність чіткої державної політики майже всі медичні заклади намагаються стати учасниками ринку добровільного медичного страхування як провайдери медичних послуг.

Проте більшість країн згодні з тим, що громадяни безпосередньо не повинні сплачувати за лікування, коли вони хворіють. Медичне обслуговування повинне бути безоплатним, якщо в ньому з'являється необхідність. Саме так формується система медичного страхування: чи то обов'язкове державне соціальне страхування, чи добровільне медичне страхування, або їх комбінація.

Найбільш ефективним шляхом покращення фінансування сфери охорони здоров'я у більшості країн світу вважають відмову від бюджетного фінансування і перехід на модель медичного страхування (добровільного чи обов'язкового). Основною перевагою запровадження обов'язкового соціального медичного страхування (ОСМС) є цільовий характер внесків. Це забезпечує зміцнення фінансової бази СОЗ і високий ступінь солідарності, незалежно від фінансових можливостей людини.

Таким чином, держава і суспільство спільно проводять функції управління у цій сфері, а деякі науковці розрізняють дві його форми:

- 1) управління системою охорони здоров'я та зміцнення її, яка одержала назву «управління охороною здоров'я»;
- 2) співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів в ім'я загальних інтересів, яке називають «стратегічним управлінням в інтересах здоров'я» [2].

Яким чином система добровільного медичного страхування буде функціонувати паралельно з обов'язковим державним соціальним медичним страхуванням? Очевидно, це буде «дублююча система», приблизно така, яка існує сьогодні у Великобританії та Іспанії. Там програми «добровільного приватного медичного страхування» виникли у відповідь на обов'язкові державні програми медичного страхування, які, однак, не задовольняють певні категорії населення. Хоча всі громадяни "застраховані" державою, деякі

з них згодні заплатити ще раз для покриття певних аспектів, що здаються «слабкими» в державній системі.

На сьогодні існує безліч класифікацій систем охорони здоров'я. Зазвичай, класифікуючи їх, європейські експерти обмежуються основними трьома моделями: Бісмарка (німецька), Семашка (радянська) і Беверіджа (англійська).

У світовій практиці виділяють кілька базових моделей фінансування системи охорони здоров'я (табл. 7.10).

Ці моделі страхування доповнюють одна одну та розширюють можливості страхового захисту при одночасному використанні.

Кожна модель страхування ґрунтується на різних законодавчих базах, має різні джерела фінансування організації медичної допомоги за програмами медичного страхування. Вони відрізняються обсягом і якістю медичних послуг, контингентами застрахованих і строками ризикового страхування.

В сучасних умовах зростає роль нових підходів до управління охороною здоров'я, яка потребує також врахування проблем, які загрожують здоров'ю в індустріальному суспільстві, передбачення міжсекторального співробітництва [3]. Внаслідок цього відбувається розосередження управління і перехід від моделі централізованого державного управління до моделей співпраці, при яких управління є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави (парламенти, міністерства, відомства, державні та комунальні органи і установи), суспільства (підприємства, профспілки та інші громадські організації, у тому числі лікарів, страхові компанії, добровільні фонди, засоби масової інформації, окремі громадяни) і на міжнародному рівні (Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Всесвітня організація охорони здоров'я тощо) [4].

Слід зазначити, що на сьогодні у світі виділяють три основні моделі системи медичного страхування [5]:

- 1) державна модель – система «одного платника», яка з успіхом функціонує у Франції;
- 2) модель «керованої конкуренції» у Швейцарії;
- 3) модель повністю приватної страхової медицини (США).

Таблиця 7.11

## Характеристика базових світових моделей фінансування охорони здоров'я

Модель	Державна	Бюджетно-страхова	Приватнопідприємницька
Показник	(концепція Беверіджа)	(модель Бісмарка)	
Джерела фінансування	Переважає (до 90 %) з бюджетних джерел (системи, які фінансуються за рахунок оподаткування)	За рахунок цільових внесків підприємців і субсидій держави (системи соціального страхування)	За рахунок реалізації платних медичних послуг. А також за рахунок добровільного медичного страхування
Оплата медичних послуг	З бюджету держави	За рахунок внесків до фонду охорони здоров'я	За рахунок пацієнта, який потім одержує відповідні виплати від своєї страхової компанії або відшкодування страхової вартості лікування медичному закладу
Країни, для яких характерні	Великобританія, Канада, Ірландія	Німеччина (78 % – фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування), Італія (87 %), Франція (71 %), Швеція (95 %), Японія (73 %)	США, Південна Корея, Нідерланди
Переваги	Стимування зростання вартості лікування (низькі витрати на медичну допомогу). Висока ефективність і доступність	Можливість контролю страхувальника і застрахованого за використанням страхових фондів. Можливість вибору лікаря й клініки застрахованою особою	Можливість фінансування розробок новітніх медичних технологій і наукових досліджень. Медична допомога високої якості
Недоліки	Ігнорування прав пацієнта (відсутність можливості вибору лікаря й контролю над медзакладом з боку застрахованої особи). Схильність до монополізму і як результат зниження якості послуг	Найчастіше недотримання принципу взаємного доповнення ОМС і ДМС	Урядові програми охоплюють тільки частину непрацюючого населення

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові програми.

Таким чином, з точки зору організаційно-фінансових особливостей, можна виділити наступні основні моделі організації охорони здоров'я: переважно приватну, національну, державну та страхову.

Зараз практично немає країн, які використовують тільки одну з цих моделей. У переважній більшості країн є поєднання 2,3 різних форм з переважанням якоїсь однієї моделі. Більш детально розглянемо страхову модель в Україні в розвитку медичного страхування, задля виявлення основних проблем цього виду страхування та пошук шляхів його вдосконалення страховими компаніями.

На теперішній час на ринку України працює понад 60 страхових компаній, які займаються медичним страхуванням, та кількість їх постійно зростає. Українські страховики працюють за правилами «добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» та «добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби». На підставі цих правил і формується все розмаїття страхових програм, які пропонуються українським громадянам. Найбільш поширені страхові продукти передбачають у випадку настання страхової події оплату страхової суми або її частини безпосередньо медичній установі. При цьому страховики гарантують вибір медичної установи, контроль якості лікування та оплату лікування, що дає почуття захищеності застрахованій особі.

Згадаємо, які кроки було зроблено на шляху до проведення першого етапу медичної реформи в Україні. Ще з березня 1999 р. з метою сприяння розвитку відкритого та доступного ринку медичного страхування в Україні було створено Асоціацію «Українське медичне страхове бюро». Членами цієї Асоціації є страхові компанії України та інші юридичні особи, які представляють 12 областей України, АР Крим та м. Київ. Основною метою Асоціації є сприяння розвитку медичного страхового ринку в Україні шляхом впровад-

ження єдиних правил, вимог і стандартів діяльності, забезпечення необхідної допомоги страховим компаніям у проведенні медичного страхування, організація юридичного захисту прав страховиків та страхувальників, координація зусиль страховиків на ринку послуг медичного страхування. Законом України «Про страхування» передбачено здійснення медичного страхування як в обов'язковій, так і в добровільній формах [6].

За роки незалежності України було підготовлено більше десяти діаметрально протилежних законопроектів, якими визначалися правові норми здійснення обов'язкового медичного страхування, однак питання досі залишається відкритим.

Ці проекти залежно від їх концептуальної спрямованості можна розділити на дві групи:

- перша – через запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування (законопроекти № 4505 та № 4505-1 ґрунтуються на концепції соціального страхування і передбачають створення одного національного страхового фонду);

- друга – з пропозицією створення конкурентного ринку обов'язкового медичного страхування (законопроекти № 3370 і № 3370-1 ґрунтуються на концепції обов'язкового цивільного (комерційного) страхування та орієнтовані на створення конкурентного ринку обов'язкового медичного страхування за участю багатьох конкуруючих комерційних страхових компаній) [7].

Фактично це взаємопов'язані моделі, що показують, яким в ідеалі має бути медичне страхування для українців. Однак обов'язкове медичне страхування до цього часу не запроваджене, а добровільне медичне страхування здійснюється страховими компаніями в незначних обсягах. Це обумовлено низкою причин, до яких можна віднести:

- недостатньо розроблена законодавча база;
- вади податкового законодавства;
- недовіра до страхування в цілому;
- недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я;
- відсталість технологічної та матеріальної бази медичних установ;
- недосконалий механізм обслуговування застрахованих осіб;

- низький добробут населення;
- кадрові проблеми галузі охорони здоров'я.

При використанні другої моделі пропонується ввести приватне фінансування медичної галузі. У разі його прийняття, бюджет охорони здоров'я буде формуватися не державою, а приватними страховими компаніями, які будуть збирати і акумулювати страхові внески. Передбачається, що страхові внески за працюючих українців будуть платити роботодавці, а за непрацюючих – місцеві адміністрації. Держава боїться втратити грошові потоки. В світі є тільки 5 високорозвинених країн, в яких приватне медичне страхування займає частку понад 20% в загальних витратах на охорону здоров'я. Хоча модель з приватними страховими компаніями виглядає привабливо, немає ніяких доказів, що вона є більш ефективною. Аргументом на користь запропонованої Мінсоцполітики законопроект є начебто конкуренція, однак міжнародні експертні інститути переконані, що конкуренція повинна бути на рівні постачальників медичної допомоги, тобто лікарень, а не на рівні тих, хто страхує людей. Серед основних ризиків розглядається негативна селекція, коли приватні страхові компанії будуть вибирати собі здорових пацієнтів, і зростання адміністративних витрат в приватних страхових компаніях тільки збільшиться. Українська держава інституційно не здатна регулювати діяльність приватних страхових компаній, як це роблять наприклад в Швейцарії або Нідерландах, тому це може привести до того, що велика частина українців просто залишиться незастрахованою взагалі. На думку приватних страхових компаній, які пройшли схожий досвід, впроваджуючи в країні ДМС, тільки вони стануть ефективними повіреними людини в такому масштабному для держави проекті, як ОМС. З одного боку, вони мають технології, з іншого – працюють на основі обґрунтованості фінансових витрат, з третього – зацікавлені в наданні своєму клієнтові якісної послуги [8].

Отже, починаючи з 2017 р. розпочався перехід на страхову модель системи охорони здоров'я в Україні. На підготовчому етапі фінансування системи охорони здоров'я передбачено такі реформи: визначення обсягу та структури Державного гарантованого пакету медичних послуг; перехід постачальників медичних послуг

на постачання послуг за контрактами; створення інституційних та правових умов для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам; практичне використання нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя; створення інструментів електронної охорони здоров'я для збору й обробки медичних, фінансових та управлінських даних; оновлення програмної класифікації видатків бюджету на охорону здоров'я пацієнтів.

Страхових компаній, які пропонують в Україні свої послуги на ринку ДМС, багато, і конкуренція досить жорстка. Найбільші обсяги як зібраних страхових премій, так і страхових виплат у сфері медичного страхування демонструють СК «Провідна», «Уніка», «Нафтогазстрах», «АХА Страхування», «ІНГО Україна», «PZU Україна» тощо.

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування в Україні відображає такі показники діяльності, як:

рівень попиту на послуги (премії); величину страхових виплат і швидкість їх здійснення; ступінь відповідальності компанії перед страховиком; рівень професіоналізму персоналу (табл. 7.12).

Таблиця 7.12

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування за 9 місяців 2018 року

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн.	Рівень виплат, %
1	Провідна	333 017	181 076	54,37
2	Уніка	282 139	161 556	57,26
3	Нафтогазстрах	186 578	129 091	69,19
4	АХА Страхування	172 452	117 382	68,07
5	ІНГО Україна	146 980	78 121	53,15
6	Альфа Страхування	120 508	101 622	84,33
7	PZU Україна	109 414	63 067	57,64
8	Українська Страхова Група	95 707	64 949	67,86
9	ТАС	58 630	37 728	64,35
10	АСКА	46 360	35 222	75,97

Джерело: складено автором журнал "Insurance Top" [8]

Страхові компанії України пропонують приблизно однаковий набір страхових продуктів і програм. Деякі страхові компанії пропонують різноманітний додатковий сервіс: медичне обслуговування на дому, закріплення довіреного лікаря, безплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон, пільгове страхування для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей і вагітних. Широкий спектр страхових програм, різних за ціною і набором послуг, їх комбінація, дає можливість вибрати поліс, виходячи із потреб і фінансових можливостей. Крім цього, страхова компанія надає знижки, інколи в розмірі до 25% постійним клієнтам.

Вигоди ДМС уже давно очевидні в більшості західних країн, що підтверджується статистичними викладками. Страховики змушені включитися в демпінгову політику тарифів добровільного медичного страхування, але при цьому розуміють, що існує межа, нижче якої тарифи не можуть бути зменшені без ризику втратити професіоналізм і якість надання медичної допомоги.

Найбільшим попитом користуються корпоративні договори, коли наймач, надаючи соціальний пакет працівника, автоматично дає йому надійний захист у разі виникнення тимчасової або тривалої непрацездатності. В цьому випадку вигоду отримують всі сторони: страховик у вигляді одержуваних внесків, працівник у вигляді медичного обслуговування.

Страхові організації в Україні, особливо учасники ринку добровільного медичного страхування, з кожним роком чинять все більш сильний вплив на галузь охорони здоров'я, внаслідок чого медичні заклади починають змінюватися і стають більш комплаєнтними до роботи на ринку приватних медичних послуг. На практиці вплив страхових організацій на галузь охорони здоров'я відбувається завдяки забезпеченню першими своїх ділових інтересів.

Так, страхові організації:

- мають постійну потребу в закупівлі якісних і своєчасних медичних послуг;
- зацікавлені у швидкій взаємодії із провайдерами медичних послуг;
- зацікавлені в розширенні територій обслуговування власних клієнтів за договорами добровільного медичного страхування;



– зацікавлені в рівноправній співпраці зі своїми партнерами – закладами охорони здоров'я;

– зацікавлені при обслуговуванні медичного страхування в можливості вибору дистанційної медичної консультації, яку також називають телемедичною консультацією.

Також страхові компанії, які здійснюють медичне страхування, можуть об'єднуватися з метою сприяння розвитку відкритого та рівнодоступного для всіх медичного страхового ринку, забезпечення допомоги в здійсненні медичного страхування, організації юридичного захисту прав страховиків і страхувальників, координації зусиль страховиків на ринку медичних послуг.

Позитивним є те, що сьогодні зростає кількість страхових компаній, які займаються медичним страхуванням. При цьому спостерігається значне зниження вартості страхових полісів. Така тенденція радісна для страхувальників, однак викликає занепокоєння страховиків і призводить до зниження якості медичних послуг.

Окрім потенціалу ефективності, при обслуговуванні медичного страхування запропонована бюджетно-страхова контрактна модель, де закладено ще й підвалини для можливої внутрішньо-системної реорганізації при реформуванні напрямку до «регульованої» конкуренції страховиків.

В основі оптимальної моделі фінансового забезпечення вітчизняної СОЗ як ключової детермінанти суспільного здоров'я має бути запровадження:

а) інноваційних способів накопичення і розподілу достатньої кількості коштів із суспільних джерел;

б) орієнтованих на результати методів оплати як суспільних, так і приватних провайдерів;

в) квазіринкових відносин з фінансовими стимулами та регуляторами. Загалом така модель з прозорим рухом коштів і механізмами контролю на стадіях їх формування, розподілу і використання має бути: а) спрямованою на задоволення потреб споживачів; б) найменш витратною для платників; в) прийнятною для провайдерів.

Згідно даних сервісу Statista, в 2015 році світовий ринок телемедицини був оцінений в \$ 18 млрд, в 2018-му в \$ 29 млрд

Очікується, що він збільшиться до більш ніж \$ 40 млрд до 2021 року, тобто з 2015 по 2021 рік зростання складе + 122% (або в середньому 15% на рік).

В Україні індустрія телемедицини – це нова послуга віддаленої розмови з лікарем через додаток на телефоні. Для страхових компаній це, звичайно ж, в рази дешевше, ніж надавати співробітникам повне медичне страхування, яке в США коштує кілька тисяч доларів на рік. Фактично, це цілий напрямок медицини, який включає в себе системи відеоспостереження, спеціальні станції для швидкого аналізу показників пацієнта, трекери, страхові компанії та інші гаджети. Така тенденція також сприяє зростанню і розвитку ринку телемедичних послуг.

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я України та роль страхових компаній на підставі формування нових моделей з урахуванням досвіду зарубіжних країн, вимагає створення відповідної нормативно-правової бази, що визначатиме її організаційно-управлінські засади. Цей процес полягає насамперед у визначенні та законодавчому закріпленні правових норм, що регулюють стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та страховиками, у створенні умов і впровадженні механізмів забезпечення якості та доступності медичного обслуговування згідно з наявними ресурсами та очікуваннями пацієнтів. Результативність діяльності галузі значною мірою визначається належним фінансовим забезпеченням, що вимагає збільшення асигнувань на охорону здоров'я відповідно до мінімально-оптимальних реальних потреб та їх ефективного використання на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг.

Підсумовуючи, мусимо зазначити, що медична реформа оцінюється суспільством не за експериментами з інфраструктурою, а скоріше за кінцевими результатами: рівнем здоров'я і ефективністю медичних втручань. Доведено, що правильне інвестування в ОЗ є ефективним способом покращення здоров'я і добробуту громадян [9]. Досягнення цілей реформи можливе лише за умови економічно-правових перетворень: формування економіки охорони здоров'я, що базується на обґрунтованій вартості медичних послуг (економічному тарифоутворенні), інформаційних технологіях і професійному менеджменті.

Економічне становище нашої країни поки не дозволяє таку державну систему зробити надбанням усієї нашої медицини за допомогою страхових компаній, це справа майбутнього, і вона буде комплексно вирішуватись з введенням Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», яке не було впроваджено. Масове медичне страхування для України поки залишається недосяжною вершиною. І це при тому, що розвиток медичного страхування однозначно посприяв би виходу ринку медичних послуг з тіні та зростанню податкових надходжень до державного бюджету як від страховиків, так і від медичних установ.

Отже, наша держава об'єктивно потребує зваженої аналітичної інформації стосовно практики втілення у життя медичного страхування різних країн. Ми поділяємо ідею стосовно необхідності запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та важливу роль страхових організацій в розвитку системи охорони здоров'я.

### **Висновки до сьомого розділу**

Українські лікувальні заклади зараз теж покращують засоби по лікуванню і профілактиці хвороб. Проаналізований розвиток таких закладів на прикладі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Визначено, що це потужний лікувально-діагностичний та інформаційно-аналітичний центр області. Її працівниками є 10 заслужених лікарів України, 11 кандидатів медичних наук. Діяльність лікарні на теперішній час перебуває в стані трансформації, вагомим механізмом підтримки такої трансформації є участь у програмі Світового банку.

КП «Рівненський обласний госпіталь ВВ» – багатопрофільний медичний заклад потужністю 240 ліжок. КЗ «Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни» розташований на північній околиці смт Клевань Рівненського району Рівненської області. Його було створено у березні 1946-го року згідно із Постановою «Про поліпшення медичного обслуговування інвалідів Вітчизняної війни» на базі евакогоспіталю № 3110 (1944 р.), який розміщувався у приміщенні колишнього санаторію польських офіцерів.

Нині Рівненський обласний госпіталь інвалідів війни – багатопрофільний лікувальний заклад вищої акредитаційної категорії, методичний центр з організації надання медичної допомоги ветеранам війни. У зв'язку зі специфічним спрямуванням своєї діяльності госпіталь виконує суто соціальну функцію і надає лікування ветеранам бойових дій на безкоштовній основі.

Реформування системи охорони здоров'я України та роль страхових компаній на підставі формування нових моделей з урахуванням досвіду зарубіжних країн вимагає створення відповідної нормативно-правової бази, що визначатиме її організаційно-управлінські засади. Цей процес полягає насамперед у визначенні та законодавчому закріпленні правових норм, що регулюють стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та страховиками, у створенні умов і впровадженні механізмів забезпечення якості та доступності медичного обслуговування згідно з наявними ресурсами та очікуваннями пацієнтів.

Вигоди добровільного медичного страхування уже давно очевидні в більшості західних країн, що підтверджується статистичними викладками. Страховики змушені включитися в демпінгову політику тарифів добровільного медичного страхування, але при цьому розуміють, що існує межа, нижче якої тарифи не можуть бути зменшені без ризику втратити професіоналізм і якість надання медичної допомоги.

Найбільшим попитом користуються корпоративні договори, коли наймач, надаючи соціальний пакет працівника, автоматично дає йому надійний захист у разі виникнення тимчасової або тривалої непрацездатності. В цьому випадку вигоду отримують всі сторони: страховик у вигляді одержуваних внесків, працівник у вигляді медичного обслуговування.

Страхові організації в Україні, особливо учасники ринку добровільного медичного страхування, з кожним роком чинять все більш сильний вплив на галузь охорони здоров'я, внаслідок чого медичні заклади починають змінюватися і стають більш комплаєнтними до роботи на ринку приватних медичних послуг. На практиці вплив страхових організацій на галузь охорони здоров'я відбувається завдяки забезпеченню першими своїх ділових інтересів.

### Список використаних джерел до сьомого розділу

1. Bryson J.M. The Design and Implementation of Cross-sector Collaborations: Propositions from the Literature / J.M. Bryson, B.C. Crosby, M.M. Stone // *Public Administration Review*. – 2006. – Vol. 32. – P. 44–45.
2. Braveman P. Defining Equity in Health / P. Braveman, S. Yruskin // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 2003. – Vol. 17. – P. 254–258.
3. Alderslade R. Health in all Policies. The Argument for Investment in Equitable Health [Electronic resource] / R. Alderslade, B. Retus, S. Smith. – Copengagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
4. Birkavs V. Policies for Scared Societies: Their Contribution to Well-being and Economics Performanse / V. Birkavs, C. McCartney // *Im Challenge Europe: Srowth, Well-being and Social Policy in Europe: Trude off or Synergy?* – Drussels : European Policy Centre, 2011. – P. 20–26.
5. Снегірьов П. Глобальні парадигми охорони здоров'я: цінні уроки для України / П. Снегірьов – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/397891>.
6. Говорушко Т.А. Страхові послуги : підручник / Т.А. Говорушко. – К. : Центр учбової літератури. – 2011. – 376 с.
7. Шкапяк О. І. Особливості створення та впровадження нового механізму фінансування охорони здоров'я на макро- та мікрорівні [Текст] / О.І. Шкапяк // *Науковий вісник Полтавського УЕТ*. – 2011.– № 3 (48). – С. 68–76.
8. Insurance top 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife> [http://phobe.vn.gov.lv/misc\\_dbweb.nsf/](http://phobe.vn.gov.lv/misc_dbweb.nsf/).
9. Комунальний заклад «Рівненська обласна клінічна лікарня». Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://rokl.rv.ua/>.
10. Річні звіти з фінансово-економічної діяльності 2010–2017 рр. КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня».
11. КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної Ради». Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://ogiv.rv.ua/>.

## **ВИСНОВКИ**

Ключовими ланками системи державного управління охороною здоров'я в Україні є Міністерство охорони здоров'я України, регіональні структури, що забезпечують впровадження державної політики охорони здоров'я в регіонах, органи управління охороною здоров'я в районах, неурядові та громадські організації, що працюють в регіонах та в столиці, система інститутів-норм, на які спираються в процесі організації діяльності системи охорони здоров'я як в центрі, так і в регіонах. Значна організаторська робота в сфері трансформації системи охорони здоров'я в Україні зумовлює співпрацю Міністерства охорони здоров'я з міжнародними організаціями, що допомагають налагодити діяльність в різних сферах. На офіційному сайті Міністерства 27 міжнародних організацій представлені як партнери в діяльності Міністерства. В роботі проаналізовано співучасть міжнародних організацій-партнерів МОЗ у вирішенні основних задач, що стоять на теперішній час перед системою охорони здоров'я та механізми, які застосовують міжнародні організації у спільній діяльності.

Проаналізовані міжнародні акти та документи в сфері охорони здоров'я підкреслюють наступні загальні підходи у формування систем державного управління: забезпечення доступності до медичних послуг всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, систем оздоровлення та формування здорового способу життя, систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових.

До головних проблем реформування системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій, поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;

розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;

сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;

розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;

підвищення санітарної культури населення;

оптимізація мережі установ охорони здоров'я;

вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

На основі проведеного дослідження можна зробити висновки, що практичні фахівці системи охорони здоров'я вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я в Україні наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

Діяльність корпорацій в сфері охорони здоров'я можна розглядати як діяльність великих соціальних інститутів. Серед факторів, які визначають соціальну спрямованість в діяльності корпорацій на формування системи охорони здоров'я України, можна виділити наступні: необхідність розширеного відтворення робочої сили, розвиток процесів корпоративної соціальної відпові-

дальності, формування сумлінної ділової практики корпорацій, розвиток практики надання соціальних та компенсаційних пакетів працівникам корпорацій. Такі пакети містять в собі опції, що забезпечують працівникам доступ до медичних послуг та послуг по оздоровленню.

В світі існують усталені моделі національних систем організації охорони здоров'я. До таких систем відносяться: модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська); модель Бісмарка – медичне страхування (німецька); модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська); модель Семашка (колишня радянська). Зважаючи на процеси глобалізації, міжкультурного обміну та міжнародної комунікації, слід визначити, що в останні роки ці моделі стають все більш інтегрованими. Не дивлячись на намагання ООН зробити національні системи охорони здоров'я в усіх куточках світу стандартизованими, на теперішній час це є неможливим. Основа, що зумовлює диференціацію таких систем, ґрунтується на історичних, демографічних, соціокультурних та економічних аспектах. Крім того, вони ймовірно залежать і від факторів ментальності нації та етносу. Системи охорони здоров'я, що склалися в країнах Європи та в інших країнах світу, не є ідентичними.

Трансформація системи охорони здоров'я України в першу чергу впливає на механізми діяльності закладів охорони здоров'я. Українські лікувальні заклади покращують засоби по лікуванню і профілактиці хвороб. Аналіз їх розвитку на прикладі Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради показав, що КЗ РОКЛ – це потужний лікувально-діагностичний та інформаційно-аналітичний центр області. Її працівниками є 10 заслужених лікарів України, 11 кандидатів медичних наук. Заклад працює в умовах державно-приватного партнерства, державного, приватного фінансування та страхової медицини. Заклад поширює напрями своєї діяльності та лікувальний профіль у відповідності до світових стандартів. Важливою допомогою в цьому процесі є участь у проекті Світового банку, який забезпечив отримання коштів на сучасне медичне обладнання. Інші заклади охорони здоров'я також перебудовують свою діяльність у відповідності до вимог часу та кращих світових стандартів.



Реформування системи охорони здоров'я України та роль страхових компаній на підставі формування нових моделей з урахуванням досвіду зарубіжних країн вимагає створення відповідної нормативно-правової бази, що визначатиме її організаційно-управлінські засади. Цей процес полягає насамперед у визначенні та законодавчому закріпленні правових норм, що регулюють стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та страховиками, у створенні умов і впровадженні механізмів забезпечення якості та доступності медичного обслуговування згідно з наявними ресурсами та очікуваннями пацієнтів.

Вигоди добровільного медичного страхування уже давно очевидні в більшості західних країн, що підтверджується статистичними викладками. Страховики змушені включитися в демпінгову політику тарифів добровільного медичного страхування, але при цьому розуміють, що існує межа, нижче якої тарифи не можуть бути зменшені без ризику втратити професіоналізм і якість надання медичної допомоги.

## **Д О Д А Т К И**

### **ДОДАТОК А**

**Міністерство освіти і науки України  
Національний університет водного господарства  
та природокористування  
Кафедра державного управління, документознавства  
та інформаційної діяльності**

### **АНКЕТА СТАНДАРТИЗОВАНОГО ІНТЕРВ'Ю З ПРОБЛЕМ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

#### **ШАНОВНИЙ РЕСПОНДЕНТЕ!**

Кафедрою державного управління, документознавства та інформаційної діяльності проводиться соціологічне дослідження, метою якого є вивчення питань запровадження світових стандартів охорони здоров'я та визначення ставлення громадськості до виявлення головних напрямів формування системи управління людським розвитком в Україні.

Основні завдання дослідження розроблені у відповідності до завдань, що вирішує в Україні Програма розвитку ООН (ПРООН) в сфері людського розвитку. Вони полягають у з'ясуванні проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я в Україні, а також у визначенні пріоритетних видів підтримки, яких потребують громадські та неурядові організації України з метою здійснення соціально відповідальної місії в Україні – сприяння розвитку системи забезпечення здоров'я населення. Просимо Вас відповісти на питання запропонованої анкети. Напроти кожного пункту анкети може стояти тільки одна позначка, наприклад «важливо». Заздалегідь вдячні Вам за співпрацю!

**1. Визначте, будь ласка, пріоритети в формуванні системи державного управління охороною здоров'я:**

Пріоритети державного управління системою охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
1.1. Акцентування уваги на активності людей як суб'єктів процесу розвитку економіки та держави					
1.2. Увага не лише до реальних або потенційних працівників, а до всіх людей загалом, включаючи непрацевдатних					
1.3. Постійний моніторинг і аналіз реалізації можливостей системи охорони здоров'я, широкий горизонт аналізу					
1.4. Підхід до охорони здоров'я та фізичної культури як до процесу, що має самостійну цінність, як до важливої складової загальної культури людства, а не лише як до умови покращення продуктивних здібностей людей					
1.5. Визнання високої значущості невиробничої активності жінок у суспільстві та підвищення їх статусу					
1.6. Надання пріоритетності тим секторам, які сприяють підвищенню якості життя, не впливаючи, однак, безпосередньо на виробництво доходу (оздоровлення населення, фізична культура, житлове будівництво, охорона навколишнього середовища, санітарія тощо)					

1.7. Підтримка закладів охорони здоров'я не лише з боку економічних та фінансових інститутів					
1.8. Підтримка закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій					
1.9. Розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності					
1.10. Поліпшення здоров'я населення за рахунок вдосконалення системи лікування					
1.11. Поліпшення здоров'я населення засобами фізичної культури та спорту					
1.12. Інше (що саме?)					

**2. Які з наведених нижче інституцій найбільше впливають на системи охорони здоров'я?**

Види інституцій, що впливають на систему охорони здоров'я					
	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
2.1. Президент					
2.2. Верховна Рада					
2.3. Прем'єр-міністр					
2.4. Уряд					
2.5. Засоби масової інформації					

2.6. Представники місцевого самоврядування					
2.7. Профспілки					
2.8. Менеджмент корпорацій					
2.9. Армія					
2.10. Правоохоронні органи					
2.11. Церква					
2.12. Культура та наука					
2.13. Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО)					
2.14. Міжнародна організація праці					
2.15. Всесвітня організація інтелектуальної власності					
2.16. Global Compact					
2.17. Всесвітня організація охорони здоров'я					
2.18. Міжнародні спортивні організації					
2.19. ПРООН					
2.20. Інші (вказати)					
2.21. Ніхто з них не впливає					
2.22. Не можу визначити					

**3. Визначте, будь ласка, ступінь важливості вирішення проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я.**

Проблеми розвитку системи охорони здоров'я в Україні	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
3.1. Недостатність розвитку фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що ускладнює розвиток недержавних комерційних форм охорони здоров'я					
3.2. Необхідність суттєвого удосконалення нормативного правового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я України					
3.3. Зростання рівня фінансового навантаження на працездатне населення України по утриманню непрацездатних, пов'язане із погіршенням демографічної ситуації					
3.4. Недостатність пропозицій державного фінансування системи охорони здоров'я					
3.5. Складність отримання доступу до послуг системи охорони здоров'я					
3.6. Ваш варіант:					

**4. Які труднощі, на Вашу думку, найбільше перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту як передумови здорового способу життя?**

Труднощі, що перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
4.1. Проблеми законодавчого характеру					
4.2. Обмеженість економічних стимулів для спортивних та оздоровчих закладів					
4.3. Недостатній рівень підтримки з боку центральної влади					
4.4. Недостатній рівень підтримки з боку місцевої влади					
4.5. Перешкоди з боку громадськості					
4.6. Обмежені матеріальні ресурси населення					
4.7. Відсутність кваліфікованих тренерів-інструкторів у спортивних організаціях					
4.8. Недостатній рівень запровадження міжнародного досвіду					
4.9. Обмежене фінансування з боку держави					
4.10. Інше (що саме?)					

**5. Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я.**

Необхідність товарів та послуг для людей з вадами здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
5.1. Медичні препарати					
5.2. Реабілітація в спеціалізованому санаторії					
5.3. Спеціалізоване лікування в стаціонарі					
5.4. Відвідування занять лікувальної фізкультури					
5.5. Продукти харчування					
5.6. Здобуття освіти					
5.7. Працевлаштування					
5.8. Медичне обслуговування вдома					
5.9. Автомобіль					
5.10. Комп'ютери та оргтехніка, що потрібні для навчання					
5.11. Туристичні послуги (рекреаційний, зелений, сільський туризм та ін.)					
5.12. Інше (що саме?)					



**6. Оцініть, будь ласка, важливість окремих критеріїв формування системи охорони здоров'я.**

Критерії формування системи охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
6.1. Збереження і зміцнення здоров'я населення					
6.2. Поліпшення медико-демографічної ситуації					
6.3. Ефективна охорона навколишнього середовища					
6.4. Підвищення санітарної культури населення					
6.5. Формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту					
6.6. Поліпшення профілактичної роботи					
6.7. Удосконалення організації медичної допомоги					
6.8. Удосконалення механізмів фінансування закладів охорони здоров'я					
6.9. Правове забезпечення реформування і діяльності системи охорони здоров'я					
6.10. Розвиток туристичних послуг, що пов'язані з охороною здоров'я					
6.11. Інше (що саме?)					

**7. Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.**

Напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
7.1. Усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я					
7.2. Забезпечення структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування системи охорони здоров'я					
7.3. Покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я					
7.4. Реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи					
7.5. Оптимізація мережі установ охорони здоров'я					
7.6. Перегляд існуючих правил закупівлі та управління постачанням з метою більш ефективного використання фінансових ресурсів					
7.7. Забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими менеджерами					
7.8. Раціоналізація суспільних витрат на створення ресурсів охорони здоров'я					
7.9. Прозорість процесу управління якістю медичних послуг					
7.10. Інше (що саме?)					

**8. Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту.**

Напрями формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
8.1. Запровадження принципів менеджменту у сфері фізичної культури і спорту					
8.2. Вдосконалення діяльності Міністерства освіти і науки України					
8.3. Вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні					
8.4. Визначення пріоритетів та головних завдань розвитку фізичної культури та спорту в Україні					
8.5. Розвиток волонтерського руху в спорті					
8.6. Запровадження принципів маркетингу в діяльності спортивних організацій					
8.7. Впровадження іноземного досвіду формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту					
8.8. Підвищення рівня рухової активності населення під час навчання					
8.9. Вдосконалення спортивної бази за місцем проживання та відпочинку					
8.10. Навчання молоді щодо застосування технологій здоров'язберігаючої поведінки					
8.11. Інше (що саме?)					

## **ВІДОМОСТІ ПРО СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС РЕСПОНДЕНТА**

### **1. Вид діяльності підприємства (організації), де Ви працюєте**

1. Виробництво
2. Реалізація
3. Посередництво
4. Фінансова діяльність
5. Освітня діяльність
6. Благодійництво та спонсорство, громадські організації
7. Органи державного управління
8. Міжнародна організація (представництво)
9. Студент (школяр)
10. Пенсіонер
11. Працівник бюджетної сфери
12. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

### **2. Який трудовий стаж Ви маєте? \_\_\_\_\_**

### **3. Організаційна форма Вашого підприємства**

1. Приватне підприємство
2. Товариство з обмеженою відповідальністю
3. ПАТ
4. ПрАТ
5. Спільне підприємство
6. Іноземна компанія
7. Державна установа
8. Неурядова міжнародна організація
9. Не працюю (пенсіонер)

### **4. Чи маєте ви особисто чи ваше підприємство досвід участі у благодійних заходах, спонсорстві, волонтерстві, надання допомоги різного виду:**

1. регіональних
2. національних
3. міжнародних

### **5. Рівень Вашої освіти:**

- 1) отримав вищу освіту
- 2) отримав диплом з відзнакою

- 3) вчився(лась) на "добре"
- 4) встигав (ла) без академзаборгованості
- 5) мав(ла) академзаборгованості
- 6) середня освіта
- 7) коледж

**6. За спеціальністю Ви є:**

1. Економіст
2. Менеджер
3. Юрист
4. Соціолог
5. Політолог
6. Інженер
7. Філолог
8. Педагог
9. Лікар
10. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

**7. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:**

1. 16-25 р.
2. 25-44 р.
3. 44-65 р.
4. 65 та більше

**8. Чи отримуєте Ви будь-яку соціальну виплату (допомогу, субсидію, пенсію, стипендію)**

1. так
2. ні

**9. Ваша стать**

1. Ч
2. Ж

**10. Вкажіть, будь ласка, середньомісячний дохід на одного члена Вашої родини: 1) 1000 грн; 2) 2000 грн; 3) 3000 грн; 4) 4000 грн; 5) 5000 грн;**

**ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!**

## **ДОДАТОК Б**

### **Анкета**

Шановні співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні!

З метою визначення соціальності управління сферою охорони здоров'я в Україні, просимо Вас відповісти на питання, що стосуються реформування сучасної системи медичного забезпечення.

Відповіді, які вважаєте вірними, необхідно обвести чи відзначити будь-яким іншим способом. У кожному питанні може бути декілька варіантів відповідей. Заздалегідь вдячні!

#### **1. Які з принципів державного солідарного медичного страхування в Україні мають найбільш соціальний характер?**

1.1) Законодавче визначення умов і порядку здійснення державного солідарного медичного страхування;

1.2) Надання державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав у сфері державного солідарного медичного страхування;

1.3) Забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення та надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

1.4) Цільове та раціональне використання коштів державного солідарного медичного страхування;

1.5) Універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом;

1.6) Передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

1.7) Гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб в системі державного солідарного медичного страхування;

1.8) Можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

1.9) Конкуренція і відсутність дискримінації кандидатів у постачальники медичних послуг.

**2. Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими?**

2.1) Безоплатне отримання інформації про порядок оплати необхідних такій особі медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом, та застосовний тариф співоплати, роз'яснення з питань державного солідарного медичного страхування;

2.2) Отримання медичних послуг та лікарських засобів належної якості, які підлягають оплаті повністю або частково за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування, у разі настання страхового випадку;

2.3) Надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в інформаційних базах даних центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, у тому числі інформації про стан свого здоров'я, діагноз, а також про відомості, одержані під час медичного обстеження;

2.4) Отримання інформації про осіб, які подавали до центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, запити щодо надання інформації, що міститься в інформаційних базах даних центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, про таких застрахованих осіб;

2.5) Оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та їх посадових осіб у сфері державного солідарного медичного страхування;

2.6) Судовий захист своїх прав;

2.7) Застраховані особи мають права, передбачені законодавством;

2.8) інше (вкажіть) \_\_\_\_\_

**3. Реалізація яких з обов'язків застрахованих осіб є найбільш дієвим заходом для поліпшення системи охорони здоров'я?**

3.1) Надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

3.2) Оплачувати за рахунок власних коштів чи забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування та інших джерел тарифу співоплати у разі часткової оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування медичних послуг та лікарських засобів, наданих такій особі;

3.3) Виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про державне солідарне медичне страхування;

3.4. інше (вказіть) \_\_\_\_\_

**4. Які повноваження центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, є найбільш ефективними для створення соціальної системи охорони здоров'я?**

4.1) Реалізація державної політики у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета, внесення пропозицій щодо її формування;

4.2) Проведення аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

4.3) Виконання функцій єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета;

4.4) Виконання функцій страховика;

4.5) Систематичне проведення аналізу умов, результатів та строків надання медичних послуг та лікарських засобів застрахованим особам з метою вжиття заходів для підвищення ефективності та якості надання медичних послуг постачальниками медичних послуг за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;



4.6) Розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

4.7) Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

4.8) Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів у межах бюджетних програм, відповідальним виконавцем яких він є, в тому числі заходів з перевірки дотримання постачальниками медичних послуг вимог, встановлених порядками використання коштів відповідних бюджетних програм і договорами про медичне обслуговування населення;

4.9) Організація та здійснення інформаційного обміну та обліку в інформаційних базах даних та інформаційно-телекомунікаційних системах центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;

4.10) Отримання та здійснення обробки персональних даних та іншої інформації про застрахованих осіб (в тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, а також відомостей, одержаних під час медичного обстеження застрахованих осіб) і постачальників медичних послуг, необхідних для здійснення повноважень центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;

4.11) Прийняття власних та розроблення проектів інших нормативно-правових актів;

4.12) Здійснення інших повноважень, визначених законами України;

4.13. Ваші пропозиції \_\_\_\_\_

## **5. В якій формі, на Вашу думку, повинні встановлюватися тарифи на надання медичних послуг?**

5.1) Глобальні ставки, які передбачають сплату постачальникам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;

5.2) Капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожну застраховану особу;

- 5.3) Ставки на пролікований випадок;
- 5.4) Ставки на медичну послугу;
- 5.5) Ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення постачальником медичних послуг;
- 5.6) Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_

**6. Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я:**

- 6.1) Усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я;
- 6.2) Забезпечення структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування системи охорони здоров'я;
- 6.3) Покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я;
- 6.4) Реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи;
- 6.5) Оптимізація мережі установ охорони здоров'я;
- 6.6) Перегляд існуючих правил закупівлі та управління постачанням з метою більш ефективного використання фінансових ресурсів;
- 6.7) Забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими менеджерами;
- 6.8) Раціоналізація суспільних витрат на створення ресурсів охорони здоров'я;
- 6.9) Прозорість процесу управління якістю медичних послуг;
- 6.10) Інше (вказати) \_\_\_\_\_

**ВІДОМОСТІ ПРО РЕСПОНДЕНТА**

- 1. Який трудовий стаж Ви маєте? \_\_\_\_\_
- 2. Чи маєте Ви особисто досвід участі у благодійних заходах, спонсорстві, волонтерстві, надання допомоги різного виду:
  - а. регіональних
  - б. національних
  - в. міжнародних

**3. Рівень Вашої освіти:**

- 1) отримав вищу освіту
- 2) отримав диплом з відзнакою
- 3) середня освіта
- 4) коледж
- 5) маю науковий ступінь

**4. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:**

- а. 16-25 р.
- б. 25-44 р.
- в. 44-65 р.
- г. 65 та більше

**5. Ваша стать**

1. Ч
2. Ж

**ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!**

Наукове видання

**ІНСТИТУЦІЙНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: УКРАЇНА ТА ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД**

*Монографія*

**За науковою редакцією  
д. е. н., проф. Сазонця І.Л.**

*Технічний редактор*  
Віталій Власюк

Підписано до друку 23.05.2019 р. Формат 60x84 1/16.

Папір офсетний. Гарнітура "PT Serif". Друк офсет.

Ум. друк. арк. 23,02. Наклад 300 пр. Зам. 37.

Видавництво "Волинські обереги".

33028 м. Рівне, вул. 16 Липня, 38; тел./факс: (0362) 62-03-97;

e-mail: oberegi97@ukr.net

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи

ДК № 270 від 07.12.2000 р.

Надруковано в друкарні видавництва "Волинські обереги".