

**ПОЛТАВСЬКА ДЕРЖАВНА АГРАРНА АКАДЕМІЯ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,  
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ  
КАФЕДРА ПІДПРИЄМНИЦТВА І ПРАВА**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю  
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
Ступінь вищої освіти Магістр

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри

Ханлар МАХМУДОВ

07 грудня 2021 року

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: **«Удосконалення державного регулювання інноваційного  
розвитку системи охорони здоров'я України»**

виконала здобувач вищої освіти заочної форми навчання

**Матюшенко Катерина Миколаївна**

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр СЕНЬ

**Полтава – 2021 року**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	9
1.1. Основні положення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я .....	9
1.2. Досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони здоров'я .....	17
Висновки до розділу 1 .....	23
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	25
2.1. Сучасні підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	25
2.2. Оцінювання результативності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	31
Висновки до розділу 2 .....	38
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	40
3.1. Модернізація державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	40
3.2. Засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	46
Висновки до розділу 3 .....	53
ВИСНОВКИ .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	58
ДОДАТКИ .....	65

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У сучасному світі існує багато причин, через які виникають труднощі інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та її інтеграції в політичний, соціальний та економічний простір Європи. Крім незадовільного стану економіки, основною причиною її потенціалу є невідповідність сучасним організаційним проблемам. Послаблення регулюючої функції державного управління знижує його ефективність, перешкоджає запровадженню нових принципів і механізмів, спрямованих на структурні та трансформаційні зміни та активізацію інноваційних процесів у системі охорони здоров'я.

Державне регулювання інноваційного розвитку існуючої системи охорони здоров'я пропонує ряд інструментів, методів і стимулів для модернізації території, а також переходу від соціально незахищених до перспективних інвестицій. Їх належне виконання має створити належні умови для забезпечення високоякісної медичної допомоги та доступних ліків, що реалізуються відповідно до основних демократичних принципів.

Сучасна теорія державного регулювання інноваційних розробок охорони здоров'я є науковим досягненням ряду провідних вітчизняних вчених. Вагомий внесок у загальну теорію та методологію державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України зробили вітчизняні дослідники, зокрема Антонів С., Арзянц Д., Безлиг В., Вороненко Ю., Голубков М., Дем'янчук Д., Карамишев Д., Лазоринець В., Слабий Г., Цьомашко Ю., Яковенченко І. та ін.

Деякі питання побудови організаційно-правових, економічних та інституційних умов удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку сучасної системи охорони здоров'я України порушували українські вчені Акуленко О., Гладкий З., Дацій О., Корецький М., Кальниш Ю., Мельник І., Мартинюк М., Сученко В., Шевчук І. та ін.

Особливості впровадження інноваційного менеджменту в охорону

здоров'я представлені в працях зарубіжних вчених, таких як: Анісімов Ю., Бронштейн А., Вишневський А., Герасименко Н., Ільдеменова С., Кадиров Ф., Овчинникова Т., Портер М., Слесарєв Л., Шиман І., Якобсон Л. та ін.

Разом з тим, недостатня повнота та систематизація в розробці питань удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України потребує подальшого вивчення даної теми, узагальнення практичних досягнень, розробки сучасного методичного забезпечення, подальшого вивчення даної теми, узагальнення практичних досягнень, розробки сучасного методичного забезпечення, що веде до вибору та актуальності Важливість дослідження.

Водночас відсутність комплексності та систематизації у розробці питань удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку в охороні здоров'я України потребує поглиблення наукових досліджень, узагальнення практичних досягнень та розробки сучасного методичного забезпечення, що підтверджує актуальність наукових досліджень.

**Зв'язок роботи з науковими темами.** Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавської державної аграрної академії за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою кваліфікаційної роботи є розробка й наукове обґрунтування теоретичних і практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до мети в роботі поставлено такі завдання:

- розглянути теоретичні основи державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я;
- дослідити ефективність державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України;
- представити напрями удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження виступає процес удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

**Предмет дослідження.** Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України.

**Методи дослідження.** Методологічною та теоретичною основою дослідження є підставові положення економічної теорії та теорії публічного управління, а також праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я. У роботі застосовано порівняльний аналіз; логіко-семантичний метод; історичний метод; методи аналізу та синтезу; системно-аналітичний та абстрактно-логічний методи.

**Інформаційна база.** Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань підвищення результативності державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

**набуло подальшого розвитку:**

окреслення напрямів підвищення результативності державного управління й регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні;

узагальнення системних засобів удосконалення державного управління й регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні.

**Практичне значення одержаних результатів.** Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження

розширюють межі наукового аналізу з досліджуваної теми, визначають напрями вдосконалення державної політики та можуть бути використані при удосконаленні механізмів державного регулювання охорони здоров'я.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

**Публікації.** За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Інтенсифікація інноваційного розвитку системи охорони здоров'я як реакція на виклики середовища», яку включено до збірника матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 2. Полтава : ПДАУ, 2021.

– «Важливість державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я як суспільного блага», яку включено до збірника матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ». Частина 3. Полтава : ПДАУ, 2021.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 65 сторінках друкованого тексту, робота містить 1 таблицю, 1 рисунок та 9 додатків.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Основні положення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Як інструмент трансформації, інновації в економічно розвинених країнах світу є самостійним предметом дослідження. Інноватика – це нова галузь науки, науково-теоретична підготовка якої зараз відбувається. Вперше цей термін був використаний у другій половині 1980-х років. Інновація, на відміну від непередбачуваних, спонтанних змін, зосереджується на вивченні механізмів керованих, раціональних змін, які відбуваються в результаті прорахованих вольових дій [25, с. 34].

Інновації є динамічним двигуном економічного розвитку. Вони покращують виробництво і водночас змінюють цикл, сприяють створенню найкращих властивостей продукту, передових технологій та отримання прибутку. Разом з тим, мають місце негативні наслідки прискореного темпу життя, що потребує невідкладного подальшого розвитку в галузі психології, охорони праці та соціальної медицини з метою зниження ризику негативних факторів [71, с. 12].

Інновація – це системне поняття сукупності та взаємозалежності послідовних дій щодо реалізації інноваційного процесу в галузі охорони здоров'я. Українські дослідники І. Станкевич і Ю. Ціомашко наголошує: «Інтерпретація інновацій як результату інновації включає всі результати наукової роботи: як зміни та трансформації існуючих, так і впровадження абсолютно нових процесів, об'єктів, технологій і методів». Інноваційні функції в системі охорони здоров'я передбачають докорінну зміну складових: змісту, методів, форм, технологій, систем управління, засобів навчання тощо.

Однак інновацій у системі охорони здоров'я можна досягти за рахунок власних ресурсів. (інтенсивний тип розвитку) та за рахунок придбання додаткових потужностей (інвестицій) до впровадження – нові технології, обладнання, капітальні вкладення, кошти (комплексний шлях розвитку) [65].

Метою є створення окремої ефективної моделі розвитку систем охорони здоров'я шляхом раціонального комплексного використання інтенсивних та екстенсивних методів, які враховують сучасні інтеграційні процеси в цій сфері. Л. Бернс, старший науковець з питань управління та професор управління системами охорони здоров'я та директор Центру економіки та менеджменту охорони здоров'я, сказав: «У Сполучених Штатах існував державний центр фінансування технологій. Однак у ході оптимізації фінансових ресурсів інновації в медичній техніці зараз фінансуються на місцевому рівні. Їх підтримують страхові компанії та медичні установи, які хочуть використовувати ці технології в майбутньому. На даний момент ми переживаємо дуже фрагментований і децентралізований процес» [74, с. 3].

Розглянемо етапи розробки та впровадження медичних інновацій:

1. Діагностика системи охорони здоров'я, яка потребує реформування. На цьому етапі необхідно визнати потребу в інноваціях.
2. Оцінка якості системи охорони здоров'я, визначення інструментів, необхідних для інноваційної реформи. Необхідно ретельно проаналізувати всі складові системи охорони здоров'я. Результатом буде розуміння того, що саме потрібно реформувати як нераціональне, неефективне та застаріле.
3. Розгляд перспективних прикладів організаційно-ділових рішень, що мають розширений характер і можуть бути використані для моделювання інновацій.
4. Комплексний аналіз досліджень, що містить результати рішень вчених з актуальних проблем охорони здоров'я.
5. Створення якісно нової функціональної моделі системи охорони здоров'я. Розробка прикладів інновацій у системі зі специфічними

особливостями для покращення організаційної структури процесів управління, що відрізняються від існуючих традиційних варіантів.

6. Виконавча інтеграція реформи. На цьому етапі важливо персоналізувати завдання, назвати відповідальних, вирішити проблеми та встановити форми контролю.

7. Визначення важливості та ефективності інновацій на практиці.

8. Побудова та моделювання впровадження інноваційних алгоритмів на практиці на основі аналізу наукових даних та емпіричних значень, розробки експериментальної програми, спостереження за результатами, аналізу необхідних коригувань, підсумкового контролю.

9. Переосмислення попередньої технічної лексики, введення нових понять до технічної лексики.

10. Принцип обґрунтованості та доцільності інноваційної моделі в системі безпеки, захист від псевдоінноваторів [36, с. 102].

Вивчення та пізнання фундаментальних механізмів, що характеризують інноваційну модель процесу організаційного управління, яка на основі системи зв'язків і взаємозв'язків може адаптуватися до швидких технологічних та економічних змін. Однією з найважливіших проблем менеджменту є необхідність створення умов, які дозволять трансформувати різноманітну соціально-економічну систему в умовах формування мережі центрів прийняття рішень з кількома організаціями.

Відомий український учений і дослідник у галузі державного управління та управління Д. Карамішев пояснює: «Показниками ефективності політики громадського здоров'я є стан здоров'я суспільства, ступінь захищеності громадян від фінансових ризиків у разі хвороби, і ступінь задоволення потреб кожної людини і суспільства в цілому в охороні здоров'я та охороні здоров'я».

Під процесом інноваційних перетворень у системі охорони здоров'я розуміють системні та регулярні інновації в управлінні різними соціально-економічними системами, які змінюються під впливом сучасних суспільних

тенденцій та створюють належні умови для функціонування системи охорони здоров'я [27, с. 281].

Суть системних інноваційних перетворень полягає у здатності забезпечити як інноваційність, так і безперервність минулих розробок, а також запровадити гнучкий координаційний процес управління системою охорони здоров'я, що в кінцевому підсумку призводить до успішної трансформації галузі. В умовах глобалізації за допомогою такого підходу різноманітна соціально-економічна система є динамічною та стратегічно спланованою організацією, яка працює за принципами інтеграції, координації та децентралізації при реалізації інноваційних проектів [43, с. 74].

Слід зазначити, що певні правила надання медичної допомоги існували ще в стародавніх цивілізаціях. Навіть у Стародавньому Вавилоні Кодекс Хаммурапі (XVIII століття до н.е.) наказує, що хірург, який врятує життя пацієнту шляхом операції, повинен отримати 10 шекелів сріблом. Якщо стан здоров'я пацієнта погіршувався, хірургу доводилося видаляти руку. Подібні стосунки між пацієнтом і лікарем були характерні для Стародавньої Індії, де згідно з кодексом Ману (X – V ст. до н.е.) лікар мав бути оштрафований за невдале лікування. Прості товарно-грошові відносини між пацієнтом і лікарем визначили першу модель медичної допомоги [18].

Проте з розвитком людства та ускладненням умов його існування зростала потреба у освіті медичної сфери та економічних законів, на яких вона ґрунтується. На неорганізовану охорону здоров'я негативно вплинули такі макроекономічні фактори, як війни, економічні спади, безробіття, зміни в соціальній орієнтації та моральних цінностях населення та багато іншого, що призвело до спалахів епідемій, високого рівня смертності тощо. З одного боку, хвороби стали більш складними і поширеними; з іншого боку, їх можливості лікування розширилися та покращилися. Нерегульовані ринкові відносини в секторі охорони здоров'я означають, що все менше і менше людей можуть отримувати медичну допомогу, яка відповідає їх здоров'ю. Неконтрольовані

державою ринкові відносини у сфері охорони здоров'я почали загрожувати здоров'ю жителів країни [22, с. 112].

Саме в ці роки народилася ідея створення державних фондів і медичного страхування, в які люди, які об'єдналися з певних причин (територіальних, професійних, племінних), повинні були вносити невеликі платежі для оплати медичної допомоги. Так легко уявити, що таке модель медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування вперше було введено законом у Пруссії в 1845 році. Не є винятком і Російська імперія з надзвичайно різноманітними природно-кліматичними особливостями, з величезними малозаселеними, мало захищеними і слаборозвиненими територіями, окраїнами ризикованого сільського господарства зі складною демографічною ситуацією. Вся історія країни обтяжена заворушеннями, численними війнами, ситуаціями, коли необережні дії і необдумані рішення легко призводять до кривавих, затяжних конфліктів. Все це, безумовно, вплинуло на появу та формування всієї системи охорони здоров'я на більшій частині цієї країни. Економічні проблеми охорони здоров'я вперше були досліджені в дореволюційній Російській імперії і пов'язані з економічними аспектами гігієнічних і демографічних процесів, а також боротьбою з депресією [20, с. 7].

Історично існувало кілька підходів до надання медичних послуг населенню світу [59, с. 48]:

- 1) ринок – послуги купуються відповідно до соціально-економічного статусу особи;
- 2) на основі благодійності – постраждале населення, яке перебуває в особливо неблагополучному становищі, розподіляється і отримує державну (або приватну) підтримку;
- 3) надання загального права на охорону здоров'я з урахуванням медичних потреб на основі державних механізмів перерозподілу. Останнє – це обов'язкове медичне страхування (сплата страхових внесків) або державна система охорони здоров'я (оплата з бюджетів різних рівнів).

Існують інші історичні класифікації систем охорони здоров'я, засновані на інших характеристиках, таких як ступінь централізації ресурсів, джерела фінансування тощо.

Система громадського здоров'я (модель Беверіджа). Відмінною рисою моделі Беверіджа є державні гарантії охорони здоров'я для всіх громадян. У такій системі держава оплачує медичні послуги за рахунок податкових надходжень. В Англії, Шотландії та Уельсі, Північній Ірландії лікарі не є підприємцями, а лікарі є державними службовцями, які конкурують один з одним за рахунок держави. Держава оплачує лікаря відповідно до кількості наданих послуг та кваліфікації спеціаліста. Перевага системи полягає в одноканальному та простому фінансуванні, а також у широкій доступності медичних послуг [7, с. 149].

Країни, які використовують модель Беверіджа, мають низькі витрати на охорону здоров'я на душу населення. Велика Британія, Канада, Італія, Іспанія, Норвегія, Данія та Португалія є країнами, які використовують систему Беверіджа. Гонконг, країна, яка впроваджує власну модель, беручи до уваги найкращі практики та переваги моделі Беверіджа, висловила бажання покинути систему охорони здоров'я.

В основі системи Бісмарка лежить принцип державного регулювання ринкових відносин у сфері охорони здоров'я. Модель Бісмарка має європейське походження і за деякими елементами схожа на американську модель страхування. Проте, на відміну від американської, модель Бісмарка базується на обов'язковому страхуванні громадян, де інформаційні брокери у вигляді страхових компаній (медичних страхових компаній) не отримують жодного доходу, що свідчить про якість медичної послуги. Система представляє діяльність лікаря як підприємця, вільного суб'єкта ринкових відносин і лікарень переважно як приватних установ. Відповідно до чинного законодавства роботодавці повинні оплачувати медичні послуги своїх працівників через медичні страхові компанії. За час свого існування ця модель сформувала великий адміністративний апарат, який реалізує комплексну

платіжну систему з медичними закладами, що на сьогоднішній день вважається однією з негативних сторін системи. Модель Бісмарка базується на принципах соціальної справедливості, соціальної солідарності та рівних прав для всіх громадян у доступі до високоякісних ліків [4, с. 169].

Німеччина, Франція, Японія, Бельгія та Швейцарія – країни, де модель Бісмарка була успішно впроваджена та досягла високоякісних результатів як у наданні медичних послуг, так і в адміністративному управлінні системою охорони здоров'я.

Недержавна, приватна система охорони здоров'я. Його основні характеристики наступні:

- пропонує споживачам широкий спектр послуг відповідно до їхніх особистих уподобань;

- відсутність пріоритету;

- гарантований прямий доступ до спеціалізованої допомоги в обхід первинного рівня.

- велика увага приділяється деонтологічним стандартам та якості обслуговування.

Проблеми приватної системи охорони здоров'я:

- високі медичні витрати;

- недоступність медичної допомоги малозабезпеченим і, як наслідок, соціальна напруженість у суспільстві;

- використання судового процесу як основного інструменту регулювання якості медичної допомоги;

- обмежене територіальне поширення медичних послуг, їх висока концентрація в населених пунктах заможного населення;

- низька ефективність використання медичних ресурсів, що компенсується високими цінами на медичні послуги [13, с. 38].

Ці системи охорони здоров'я використовуються в різних комбінаціях у всьому світі.

Структурування системи охорони здоров'я як одного з основних принципів систематизації складається з великої кількості організацій, які відрізняються за функціями та сферами діяльності та взаємодіють між собою, а також вони об'єднані в мережу через різні соціальні відносини, економіку, роботу, морально-етичні норми тощо. Системний процес організаційних дій є однією з найважливіших форм управління функціонуванням системи охорони здоров'я. Державне управління має важливий вплив для ефективного регулювання охорони здоров'я шляхом сприяння прийняття обґрунтованих управлінських рішень, які впроваджуються з метою змін.

Ефективні управлінські рішення в процесі управління впливають на економічні, соціальні та технологічні процеси в охороні здоров'я. Процес управління системою охорони здоров'я можна представити у вигляді трьох складових його реалізації [42, с. 68]:

- адміністрування, завданням якого є розробка та визначення стратегій (як системи цілей, завдань і рішень);
- економічний, що визначає мотиви, матеріальні та фінансові результати системи управління;
- оперативний, який пропонує оперативний, виконавчий, переважно орієнтований на технологічно-технічну організацію об'єкта управління.

Управління здоров'ям як системою здійснюється на всіх рівнях спеціальності, від організації базових медичних маніпуляцій до визначення вартості конкретного лікувального процесу для конкретного пацієнта, до прогнозування та планування закладів охорони здоров'я та регіональних систем охорони здоров'я. Система управління здоров'ям у цьому сенсі є формою лідерських відносин, які виражаються в цілях, законах лідерства, структурах, функціях, методах і процесах лідерства.

## **1.2. Досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони здоров'я**

У Міжнародній конвенції про захист прав людини і основоположних свобод від 4 листопада 1950 року зазначено: «Держави несуть пряму відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає відповідних соціальних заходів у сфері охорони здоров'я» [61, с. 316].

Фінансова стійкість усієї системи охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням для держави, яка створює рівні можливості для людей з різним рівнем доходів для отримання доступних, якісних ліків. Система охорони здоров'я повинна фінансуватися таким чином, щоб «всі люди мали доступ до медичної допомоги і водночас не мали фінансових труднощів через надмірні витрати». За словами генерального директора Всесвітньої організації охорони здоров'я д-ра Маргарет Чен (2007-2017 рр.), будь-яка країна може покращити медичне страхування та захистити себе від фінансових ризиків на всіх рівнях, якщо має ефективну та прагматичну політику охорони здоров'я.

Щодо досвіду України щодо побудови інноваційної системи охорони здоров'я, у звіті зазначається: «Нестача ресурсів в Україні обмежує можливості держави надавати суспільні блага, серед яких здоров'я є найважливішим. Держава гарантує рівний доступ лише до мінімального спектру найважливішої медичної допомоги. З цієї причини на індивідуальному рівні створюються так звані медичні страхові компанії для роботи з фармацевтичними препаратами, бюджет яких для місцевих медичних закладів обмежений. Зазвичай внески становлять близько 5% від зарплати і часто доповнюються коштами від благодійних заходів. Хоча охоплення є низьким за національними стандартами, ці кошти відіграють важливу роль у малих містах, де заклади охорони здоров'я не фінансуються належним чином.

Однак належне фінансування не гарантує рівного загального доступу до медичної допомоги. Навіть у високорозвинених країнах не всі громадяни отримують необхідну допомогу (у США понад 50 мільйонів людей не мають

медичної страховки). Хоча закон, підписаний президентом США Трампом у 2016-2020 роках, передбачає медичне страхування для додаткових 32 мільйонів осіб, найближчим часом це стане можливим, вважає американський дослідник Д. Грей. За його словами, головною перешкодою є постійно зростаючі середні витрати на страхування, які вже становлять близько \$14000 на сім'ю з чотирьох осіб. А кількість незастрахованих людей, ймовірно, продовжить втрачати роботу в найближчі роки, в основному в домогосподарствах з доходом нижче \$75000 на рік [73, с. 232].

Ефективність системи охорони здоров'я та ефективність якості медичних послуг є важливим державним завданням. «Ефективність системи охорони здоров'я та медичне обслуговування населення залежать від типу системи охорони здоров'я, механізмів охорони здоров'я, рівня фінансування охорони здоров'я та добробуту в країні», – зазначив український експерт з охорони здоров'я Б. Богомаз [24, с. 9].

Механізм використання ресурсів, що виділяються державою, передбачає реалізацію циклічного процесу прийняття рішень, який включає: низку заходів щодо розробки концепцій ефективного використання ресурсів, аналіз конкретної ситуації, оцінку фінансових вузьких місць; Порядок перегляду бюджету у разі відновлення видатків, поступового впровадження системи; Контроль та оцінка виконання бюджету (до зміни концепції).

Аналіз передового досвіду автора показав, що існуючі системи охорони здоров'я в різних країнах дозволяють досить ефективно виконувати функції соціального забезпечення та вносити значний внесок у економічне та соціальне благополуччя населення. Тому системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких базових елементах економічної діяльності, як: страхова медицина, медична діяльність громадських організацій, державна територіальна медицина. Розрізняють країни з чіткими ринковими принципами (США), які, наприклад, використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи), які формуються традиціями (Японія). Частка витрат на охорону здоров'я у

ВВП у цих країнах становить від 7,5 до 16%; частка державних витрат – до 75% від загальних витрат на охорону здоров'я [79, с. 232].

Досвід державного регулювання інноваційного розвитку систем охорони здоров'я. В економічно розвинених країнах система охорони здоров'я тісно пов'язана з діяльністю, яка сприяє охороні навколишнього середовища та здоровому способу життя. Здоров'я країн, що розвиваються, особливо найменш розвинених, не встигає за зростанням населення та продовольчою кризою. Системи охорони здоров'я країн, що розвиваються, значно відстають від розвинених країн за масовою медичною допомогою, але цей розрив поступово скорочується. Особливо успішними були такі країни, як Аргентина, Бразилія, Китай та Мексика. Нові незалежні держави, які перебувають у процесі побудови системи охорони здоров'я, переживають парадоксальну фазу руйнування державної системи охорони здоров'я та розвитку ринкової моделі, яка значно відстає від економічно розвинених країн.

Як відомо, у колишньому Радянському Союзі та в соціалістичних країнах Європи існували широкі гарантії безкоштовного медичного обслуговування. У деяких постсоціалістичних країнах (Азербайджан, Грузія, Вірменія, Таджикистан, Молдова) такі гарантії докорінно зменшені. Однак у більшості країн з перехідною економікою гарантії безкоштовного медичного обслуговування або не змінилися, або змінилися незначно. У Болгарії, Албанії, Киргизстані, Словенії, Македонії, Хорватії, Естонії та Чехії запроваджені фіксовані доплати за медичні послуги, які були незначними щодо вартості наданих послуг. Тому особливою рисою країн з перехідною економікою є значний розрив між гарантованим правом громадян на безкоштовне медичне обслуговування та їх реальним фінансуванням [12, с. 76].

У світовій практиці домінують три форми фінансування: державне, страхування домогосподарств і комерційне (приватне). Державна система охорони здоров'я фінансується за рахунок загальних податкових надходжень домогосподарства (від 75 до 90%); Більшість закладів охорони здоров'я є державними. Існує урядова постанова, мандат або доручення, які

перераховують кошти до системи охорони здоров'я. Перевагами цієї моделі фінансування є прагнення забезпечити рівність та доступність медичної допомоги для всіх категорій громадян. Однак на практиці ця система не може бути повністю реалізована з об'єктивних макроекономічних причин.

До недоліків цієї системи можна віднести [1, с. 12]:

- наявність джерела фінансування ускладнює забезпечення доступності послуг для всіх груп населення;
- безкоштовні медичні послуги призводять до підвищеного та недостатнього попиту на них, що обмежує їх попередню реєстрацію;
- відсутність конкуренції на ринку медичних послуг не покращує їх якість, а отже гальмує розвиток системи охорони здоров'я;
- максимальна залежність фінансування від бюджету.

Домашнє медичне страхування фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян та державних дотацій, страхові внески відраховуються з фонду заробітної плати у вигляді певного відсотка, а внесок держави у фінансування обмежений. Норвегія, Франція та Німеччина – найвідоміші представники країн із системою страхування домогосподарств для фінансування охорони здоров'я (Додаток А).

Аналіз системи страхування домогосподарств фінансування охорони здоров'я виявив такі ключові переваги:

- обов'язкове медичне страхування охоплює переважну більшість населення країни, тому окрім гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги у разі хвороби вони можуть отримати матеріальну допомогу від страхової компанії;
- приватне страхування пропонує можливість скористатися додатковими медичними послугами;
- при виникненні страхового випадку надається адресна медична допомога.

У той же час дана модель має такі недоліки [71, с. 29]:

- необхідність суворого контролю за діяльністю приватних страхових компаній;

- необхідні державні кошти для державних витрат на медичні послуги не завжди є доступними.

У системі приватного сектора фінансування здійснюється переважно за рахунок внесків на добровільне медичне страхування, купівлі полісів у приватних страхових компаній фізичними особами та організаціями та продажу платних медичних послуг. За допомогою цієї моделі влада всіляко намагається контролювати діяльність страхових компаній та рівень цін на медичні послуги. Основним недоліком цієї моделі є недоступність якісної медичної допомоги для найбідніших верств населення.

Оцінка ефективності систем первинної медико-санітарної допомоги дозволила автору зробити наступні висновки:

- модель управління охороною здоров'я майже в усіх країнах включає елементи добровільного медичного страхування, обов'язкового медичного страхування, приватної медицини та фінансування домогосподарств, які існують у різних країнах у різному ступені;

- існуюча система економічних відносин у сфері охорони здоров'я не в повній мірі гарантує доступність та належні стандарти якості медичної допомоги для всіх категорій громадян (навіть країни, що розвиваються, гарантують своїм громадянам мінімальний пакет медичних послуг, що гарантує медико-соціальну добробут). Його, що виражається переважно зовнішньо в боротьбі з інфекційними захворюваннями);

- незважаючи на те, що в країнах з розвинутою економікою витрати на охорону здоров'я в середньому становлять 6-7% ВВП, що на порядок вище в реальному вимірі, ніж в Україні, і майже жодна з цих країн не гарантує, що всі види медичної допомоги є доступними та для всіх громадян;

- практична реалізація однієї з цих моделей потребує адаптації до конкретних умов національної економіки [64, с. 116].

Таким чином, специфіка інституційної структури системи охорони здоров'я дозволила систематизувати принципи та визначити найважливіші фактори успіху громадського порядку в цій сфері з урахуванням специфіки системи охорони здоров'я та перехідного періоду. від управління витратами до управління результатами. Сучасна національна модель охорони здоров'я базується на поєднанні ринкових регуляторів і планування державного управління.

Важливо також зазначити, що використання механізмів державного регулювання для розвитку інноваційної системи охорони здоров'я має бути спрямоване на об'єктивізацію критеріїв ефективності галузі охорони здоров'я: доступ до медичної допомоги; Якість медичної допомоги; ефективне використання ресурсів.

Державні установи не можуть регулювати інноваційні процеси в секторі охорони здоров'я без динамічної оцінки ефективності різних компонентів (наприклад, інвестиційної складової) сектору охорони здоров'я з огляду на вплив на відповідні компоненти. Тому об'єктивація державного регулювання відповідних процесів має базуватися на оцінці ефективності, яка враховує як ступінь зміни макро- та мікроекономічного середовища, так і якість функціональності системи охорони здоров'я [47, с. 14].

Тому у визначенні ефективності державного регулювання у розвитку інноваційних систем охорони здоров'я доцільно використовувати загальноприйнятий підхід. Результати порівнюються з витратами, які зробили цей результат можливим. При оцінці ефективності регулювання інноваційних процесів постачання, однак, необхідно враховувати, що здоров'я громадян є суспільним благом, що не піддається кількісній оцінці. Це, перш за все, найважливіший довгостроковий стратегічний потенціал держави та запорука лідерства України у світовому співтоваристві шляхом інноваційних перетворень.

## Висновки до розділу 1

Інновації в охорону здоров'я розглядаються як продукт діяльності, пов'язаної з розвитком медичних технологій, наукових досягнень і передового досвіду, спрямованих на створення якісно нових моделей і технологій реабілітації, лікування, управління процесами в медичній сфері та виробництва нових медичних виробів та отримувати послуги. Інноваційний розвиток охорони здоров'я слід розглядати як діяльність, яка веде до вдосконалення існуючих та розробки нових комерційно доступних медичних виробів (технологій, методів, програм чи послуг) або впровадження нових або вдосконалених процедур, які використовуються прямо чи опосередковано в практична медицина.

Процеси інноваційного розвитку системи охорони здоров'я розглядаються як системні та регулярні інновації в управлінні різними соціально-економічними системами, які змінюються під впливом сучасних суспільних тенденцій та забезпечують належні умови для ефективного функціонування системи охорони здоров'я та забезпечення безперервності минулих подій. Запровадження гнучкого координаційного процесу. В умовах глобалізації різноманітна соціально-економічна система – це динамічна та стратегічно спланована організація, яка працює за принципами інтеграції, координації та децентралізації та активно реалізує інноваційні проекти.

Однією з найважливіших проблем державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я є необхідність створення умов, що дозволяють неоднорідній соціально-економічній системі трансформуватися в умовах формування мережі багатоорганізаційних структур управління. Діяльність таких структур спрямована на покращення соціальної справедливості в системі охорони здоров'я, на впровадження міжгалузевих підходу, що включає різні галузі економіки, на основі прийнятих стандартів, правил і заходів щодо формування потенціалу здоров'я та орієнтації на здоровий спосіб життя.

Загальна суспільна потреба у розбудові потенціалу громадського здоров'я та гарантуванні державі рівного доступу до основних форм охорони здоров'я, особливо коли є загроза життю, вимагає капіталізації людського потенціалу шляхом інвестування в здоров'я як ресурс людського капіталу. Але з обмеженими ресурсами держава гарантує рівний доступ лише до мінімуму необхідної медичної допомоги. Ефективність системи охорони здоров'я та якість медичної допомоги населенню залежать від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації політики охорони здоров'я, рівня фінансування та добробуту країни.

Наш аналіз передового досвіду показав, що не існує єдиної моделі державного регулювання охорони здоров'я, яка була б прийнятна для всіх. Походження і розподіл витрат між усіма громадянами, ступінь централізації в окремих країнах досить різний.

Соціальним елементом європейського вибору України має бути формування особливої моделі розвитку охорони здоров'я на основі верховенства права та рівних можливостей громадян, використання ефективних механізмів державного регулювання для задоволення потреб громадян у якісній та доступній медицині, охорона здоров'я на засадах соціальної справедливості та соціальної солідарності.

## РОЗДІЛ 2

# РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### **2.1. Сучасні підходи до реалізації державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

Науково-технічний прорив в Україні в ХХІ столітті стане можливим, якщо буде створено та адаптовано дієвий механізм інноваційної діяльності та формування інноваційної економіки. Шанси соціологічного та технологічного прориву з орієнтацією на соціальну вигоду визначаються соціальними складовими інноваційної політики, ступенем їх взаємодії в поєднанні з інноваційними пріоритетами, які є основними драйверами цього прориву.

Державне регулювання системи охорони здоров'я з інноваційним розвитком – це комплексна, багатокomпонентна і багаторівнева система заходів, що забезпечує необхідні умови для ефективного функціонування системи охорони здоров'я та її ресурсів (матеріально-технічної бази, закладів охорони здоров'я, персоналу, а також фінансування). Поєднання таких факторів, як медичні технології, регулювання та навички медичних працівників, може створити систему, яка запобігає та усуває захворювання, знижує смертність та інвалідність, покращує фізичний розвиток, підвищує працездатність та збільшує тривалість життя.

Рушійними силами управління охороною здоров'я є інвестиційні механізми, регулювання професійної діяльності в правовій сфері, професійне регулювання медичної діяльності та стандартизація. Суспільство рік за роком адаптується до нових умов розвитку, водночас управління системою охорони здоров'я із впровадженням сучасних управлінських технологій має відповідати новій парадигмі інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Для цієї парадигми характерні такі принципи охорони здоров'я:

відповідальність держави перед нацією за її демографічну безпеку, системний підхід до здоров'я, мотивація громадян до зміцнення власного здоров'я, пріоритетність профілактичних заходів щодо збереження здоров'я та здоров'я. асистент первинної медичної допомоги. Моніторинг ресурсів та результатів системи охорони здоров'я має стати основою державного управління для регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Регулювання має відбуватися в таких системах, як «централізація-децентралізація», «відомча, державна та приватна системи охорони здоров'я», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми, методи та інструменти регулювання», «міжгалузева співпраця», системи громадського здоров'я.

Дослідження таких складових системи управління, як стандартизація, децентралізація та тиражування, забезпечення населення лікарськими засобами та їх розповсюдження, кадрова політика з обов'язковим навчанням лікарів, правова система, медична наука, відомча охорона здоров'я, гігієнічне та епідеміологічне благополуччя суспільства, крім фінансових механізмів, також є важливою передумовою інноваційного розвитку охорони здоров'я.

Слід зазначити, що парадигма охорони здоров'я нині перебуває під впливом поступового розвитку виробничих і невиробничих ринкових відносин, необхідності раціонального використання раціонально обмежених ресурсів, вивчення та впровадження зарубіжного досвіду реформування національної охорони здоров'я. Поява нової парадигми безпосередньо пов'язана з новими тенденціями та закономірностями розвитку системи охорони здоров'я, необхідністю усунення неузгодженості в регулюванні та потребою модернізації правил у системі соціально-економічних відносин.

Поступове становлення нової парадигми зумовлене кількома факторами, а саме встановленням нових соціально-економічних відносин між виробниками та споживачами медичних послуг. Основним завданням нової парадигми є реальна можливість населення впливати на систему охорони здоров'я, тобто медичний заклад, лікаря та брати участь у опікунській раді,

громадських організаціях, які контролюють діяльність медичних установ/організацій.

Новелою парадигми є надання доступної та ефективної медичної допомоги населенню в усіх куточках країни, захист інтересів населення у цьому плані, прогнозування можливостей та створення сприятливих умов для розвитку медичних закладів. Ця парадигма слугує концептуальною моделлю, яка зображує сучасний стан системи охорони здоров'я, науково обґрунтовує стратегічне планування системи охорони здоров'я, показує шляхи подальшого розвитку ринкової економіки, державного регулювання ринку охорони здоров'я та раціонального використання матеріальні та нематеріальні ресурси.

Традиційно галузь охорони здоров'я є одним із видів діяльності, що регулюються державою. Це пояснюється тим, що проекти, програми та послуги, створені та реалізовані в цій сфері, мають прямий зв'язок із здоров'ям населення. Приклади свідчать, що система охорони здоров'я, яка в промислово розвинених країнах повністю фінансувалася з державного бюджету, продовжувала мати проблеми із впровадженням сучасних методів управління.

Фундаментальною особливістю сучасної політики охорони здоров'я є те, що вона реалізується через адміністративні та бюджетні реформи, спрямовані на перехід від концепції управління витратами до управління, орієнтованого на результати. У результаті реформування системи охорони здоров'я вдома функціонують медичні установи (організації) різних організаційно-правових форм і форм власності, що потребує розробки нової концептуальної моделі механізмів реалізації державної політики у цій сфері. У державному управлінні здійснення громадського порядку на всіх рівнях базується на принципах інтеграції понять «управління ефективністю» та «управління витратами». Розглядаючи механізм реалізації політики громадського здоров'я у сфері теорії та методології державного управління, автор пропонує розуміти його як сукупність стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих на основі державних соціально-економічних методів,

інструментів, важелів та стимулів політика, бізнес та адміністрування, управління, які підтримують підсистеми, за допомогою яких система управління створює необхідні умови для ефективного функціонування мережевих акторів в інституційній структурі системи охорони здоров'я та на основі зворотного зв'язку щодо досягнутих соціально значущих результатів.

Однак практика за кордоном, особливо в промислово розвинених країнах, показує, що інноваційний розвиток охорони здоров'я не можливий лише через альтруїзм. Такі чинники, як зміна екологічного середовища, психологічні зміни в людей, зміни в стані здоров'я країни та розвитку економіки на світовому ринку не дозволяють державі брати повну фінансову відповідальність за інноваційний розвиток системи охорони здоров'я. Як наслідок, більшість витрат на охорону здоров'я несуть споживачі та страхові агентства.

Якщо управління витратами базується на організації зі стабільною спеціалізацією на певних товарах/послугах, постійним колом клієнтів і постачальників, стабільною структурою, усталеними технологіями та методами роботи, то тепер у центрі уваги є послідовність унікальних, унікальних тактичних і стратегічних Цілі організаційної системи в процесі її діяльності. Тому пріоритети, настанови, методи і технології, а також інші елементи потребують адаптації до змін соціально-економічної ситуації та до нових технічних і технологічних можливостей. Управління системою охорони здоров'я, на думку автора, – це управління рухом усієї системи, її суб'єктів, окремих працівників, з метою досягнення результатів, досягнутих на даному етапі соціально-економічного розвитку системи охорони здоров'я, держави. та місцеве самоврядування.

Запропонований автором концептуальний підхід до впровадження державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України передбачає перехід до концепції бюджетного регулювання, орієнтованого на результати. У додатку Г представлено поняття механізму державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я, що визначає декілька

підсистем (ціль, контроль, підтримка, оцінка), а також набір корпоративних та управлінських методів, що визначають стимули, важелі та інструменти. Підсистема оцінювання структурована таким чином, що в горизонтальній і вертикальній ієрархіях створюються стійкі зв'язки за лінійною схемою «цілі-ресурси-витрати-результати-цілі» та гарантується взаємодія між рівнями.

Очікуваними соціально значущими результатами реалізації державної політики охорони здоров'я мають бути: гарантування державних гарантій комплексного безоплатного медичного обслуговування громадян; Підвищення ефективності системи охорони здоров'я шляхом переходу від «управління витратами» до «управління результатами»; поліпшення охорони здоров'я громадян; реалізація національного проекту «Концепції національної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 роки» тощо.

Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я був здійснений у кількох регіонах України. Правовою підставою для цього є Закон України від 07 липня 2011 року «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та Сумській областях» (зі змінами).

Оскільки отримані показники використовуються як об'єктивні параметри (показники здоров'я та якості життя населення; зниження смертності, захворюваності; амбулаторна допомога, особливо профілактичні заходи для раннього виявлення захворювань; ефективність використання ліжок (пропускна здатність і завантаженість ліжок, середня тривалість перебування в стаціонарах тощо), обсяг високотехнологічної медичної допомоги) та суб'єктивні. Ступінь задоволеності населення якістю медичних послуг оцінюється на основі моніторингу задоволеності споживачів послуг соціологічними методами: Опитування споживачів медичних послуг працівниками медичних установ (організацій) та громадських формувань; зустріч з ними; гаряча лінія тощо.

Функції та методи державного та корпоративного управління

включають: планування та прогнозування; субсидії (у тому числі співфінансування); державне та місцеве фінансування, включаючи програми медичного страхування; бюджетування, орієнтоване на результат; розподіл бюджетних трансфертів; тарифна політика у медичному страхуванні; оподаткування; амортизаційна політика; кредитування (організації охорони здоров'я); фінансовий контроль (аудит), у тому числі перевірка ефективності використання бюджетних коштів та державного майна.

Сучасні тенденції управління та модернізовані принципи організації охорони здоров'я повинні відповідати економічній парадигмі інноваційного розвитку охорони здоров'я. Це комплексний підхід до охорони здоров'я, міжвідомча співпраця, прихильність держави до демографічної безпеки країни, мотивація громадян до зміцнення власного здоров'я, посилення ролі медицини та підвищення її ефективності, збереження пріоритетів охорони здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги. догляд. За словами І. Куцина, дослідження розкриває необхідність удосконалення державної політики з метою підвищення ефективності медичної галузі України: а особливістю державної внутрішньої та зовнішньої політики в умовах євроінтеграції є необхідність впровадження інноваційних механізмів з метою підвищення ефективності медичної галузі України.

Настанови державного регулювання системи охорони здоров'я відображають шляхи та форми реалізації соціальної відповідальності у сфері охорони здоров'я, стратегію та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. У реаліях сучасного світу система охорони здоров'я має базуватися на законодавстві, спрямованому на узгодження територіального фактора доступності медичної допомоги на основі нових технологічних стандартів та створення сприятливих умов для ефективних економічних відносин у сфері виробництва, споживання та управління охороною здоров'я.

В умовах розвитку сучасної економіки гострі проблеми неадекватності економічної бази, неналагодженості механізму фінансування робіт та

стимулювання органів місцевого самоврядування до розробки цільових програм. Нинішню ситуацію погіршує відсутність бюджетів на регіональний розвиток, незацікавленість інноваційною політикою та розвитком інноваційної інфраструктури району.

Каталізаторами процесу вдосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в сучасних умовах розвитку держави стануть: по-перше, соціальні реформи як активні чинники трансформації охорони здоров'я в суспільстві та регіонах; по-друге, форми і методи реалізації соціальних зобов'язань держави у сфері охорони здоров'я; по-третє, реалізація пріоритетних національних проектів та цільових програм розвитку системи охорони здоров'я.

## **2.2. Оцінювання результативності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

У контексті перебудови економічних відносин між установами, які отримують, організовують, надають та фінансують медичну допомогу, склалася ситуація, коли стародавні методи визначення потреби в медичних послугах, організації та їх надання визначають необхідні ресурсні можливості та фінансування. в нових умовах забезпечити необхідну ефективність системи організації та надання медичних послуг.

Ця система використовувалася в дореформеній Україні для оцінки спроможності медичних установ забезпечувати обмежене, суворо регламентоване постачання медичних технологій та медичних послуг, які вирішують питання медичного обслуговування в органах виконавчої влади. У медичних закладах оцінювали систему з точки зору відповідності запланованим показникам, таким як ступінь госпіталізації, кровообіг та функція стаціонарного ліжка, функція посади лікаря в поліклініці, кількість відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволили оцінити ресурсокористування мережі медичних

зкладів, але не відображали складної технологічної структури медичної допомоги та орієнтували керівників медичних закладів на широке використання ресурсів для підвищення технологічного та кадрового потенціалу медичних закладів. установ. Через централізоване регулювання всіх ресурсів організаційної системи та надання медичних послуг не існувало стандартів для медичних закладів, які ставлять пацієнта на перше місце щодо особистих результатів та покращення здоров'я населення в цілому. На зміну їм прийшла медична статистика, яка характеризує якість життя населення і представлена укрупненими показниками, такими як захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість життя тощо.

Відповідно до державної стратегії ефективного використання ресурсного потенціалу медичних організацій, а також організаційно-економічного механізму модернізації організаційної системи та надання медичних послуг, основні підходи до формування державної програми, були гарантії медичної допомоги через організації, які задовольняють цей запит.

Основна мета цих підходів у рамках існуючої законодавчої бази – створення регіональної програми державних гарантій та державних обов'язків для медичних організацій, що підвищить структурну ефективність регіональних організаційних систем та медичної допомоги загалом. І забезпечити максимально можливу технологічну ефективність будь-якої медичної організації, в тому числі із застосуванням інтеграційних та конкурентоспроможних рішень. Додаток 3 містить схему встановлення стандартів планування охорони здоров'я для регіонів країни.

У цих умовах практика більшості регіонів є неприйнятною, коли відсутність фінансування програми державних гарантій компенсується зниженням вартості медичних послуг або обмеженням оплати «додаткових» сум за медичні послуги. У цьому випадку відсутні фінансові кошти в кінцевому підсумку переходять до пацієнта, який змушений або оплачувати високоякісні медичні послуги з власної кишені, або отримувати їх у недостатній кількості та завідомо низької якості. За даними місцевих дослідників, 30,5% українців

кажуть, що знайомі з ситуацією, коли лікарям чи іншим медичним працівникам доводиться неформально платити за послуги. Проте лише 29% респондентів готові відмовитися від лікаря, якщо вони попросять неофіційну оплату. Водночас дані Державної служби статистики України підтверджують поширеність неформальних платежів у медицині та їх негативний вплив на доступність медичних послуг. Згідно з вибіркоvim опитуванням українських домогосподарств у жовтні 2018 року, майже 84% сказали, що член домогосподарства не міг звернутися до лікаря, майже 96% домогосподарств сказали, що хтось не може пройти медичний огляд, а більше 98% – через те, що вони буде проходити медичне лікування або госпіталізацію через високу вартість цих послуг.

Тісна залежність обсягів фінансування медичних організацій від обсягу та якості послуг, які вони надають, та забезпечення підвищення якості медичної допомоги населенню передбачає вдосконалення системи фінансування охорони здоров'я. Для цього потрібно:

- розробка системи управління ресурсами, що дозволяє здійснювати моніторинг та оцінку економічної ефективності, планування потоку пацієнтів та управління здоров'ям;
- продовження роботи з вирішення важливих соціально значущих проблем та за допомогою програмного методу фінансування поточних напрямів медико-соціальної допомоги;
- використання показників здоров'я як індикаторів для формування фінансування замість індикаторів ресурсів;
- залежно від можливості надати найбільший обсяг медичної допомоги на одиницю собівартості та параметрів якості діяльності перейти до принципу конкурентних закупівель у медичних організаціях;
- з включенням додаткових коштів медичні заклади створюють фінансові ресурси (добровільне медичне страхування, платні послуги, операційні ресурси тощо).

Враховуючи зміни в усіх сферах системи охорони здоров'я, необхідно вирішувати питання кадрової політики, які потребують:

- розробляти пропозиції щодо правового регулювання медичної підготовки та кадрової політики, у тому числі щодо покращення оплати праці медичного персоналу, та подавати їх в установленому порядку органам влади України та регіонів;

- удосконалення механізмів прогнозування, планування та моніторингу підготовки та перепідготовки медичного персоналу та керівних кадрів охорони здоров'я, у тому числі за новими напрямками, такими як клінічний фармаколог, лікар загальної практики, медичний психолог, соціальний працівник, медична сестра; економіст з охорони здоров'я, менеджер з охорони здоров'я;

- підготувати фахівців у рамках відповідних договорів з навчальними закладами та учасниками ринку для впровадження практики проведення цільових перевірок замовлень медичними організаціями;

- активно залучати молодих спеціалістів – медичних працівників – до суспільно корисної діяльності до роботи медичного фаху міста, з метою організації роботи, що сприяє їх професійному та особистісному розвитку в лікувально-профілактичних закладах;

- проведення масових заходів (зустрічі з випускниками медичного університету та медичного коледжу, вшанування кращих професійних конкурсів) для підвищення популярності професії лікаря;

- організувати резерв спеціалістів для заміщення керівних посад;

- удосконалення професійних міжнародних медичних зв'язків.

З урахуванням цих факторів розроблено Полтавську обласну програму «Медичні кадри Полтавської області на період 2015-2020 років». Програмою передбачено створення житлового резерву не менше 2 одиниць у районах та містах області (за рахунок місцевих домогосподарств); купівля житла для медперсоналу в регіоні, внесеному на квартирний облік (не менше 2 квартир на рік); забезпечення виплати фтизіатрам, терапевтам, дільничним терапевтам

та педіатрам соціальних виплат у розмірі 25% заробітної плати; Придбання транспортних засобів (не менше 1 одиниці) на кожну сімейну клініку. Крім того, обласна цільова соціальна програма боротьби з туберкульозом на період 2015-2025 рр. У 2021 році на виплату доплати фтизіатрам у розмірі 25% від посадового окладу передбачено кошти в сумі 1220,1 тис. грн.

З метою наповнення сімейних амбулаторій області організовано курси підвищення кваліфікації спеціалістів із підготовки спеціалістів за спеціальністю «Загальна медицина – сімейна медицина». У 2018 році підготовлено 63 лікарі, у 2019 році – 15, продовжують освіту 85, загалом 100 лікарів. Станом на 1 серпня 2019 року в області розпочали роботу 36 лікарів, з них 7 лікарів загальної практики. До області прибуло 145 стажистів, випускників вишів, з них 45 – сімейних випускників. Оцінка спроможності медичного закладу виконувати державне замовлення є ключовим елементом планування медичних послуг, що забезпечує об'єктивність та об'єктивність надання медичних послуг населенню.

Ряд медичних організацій не в змозі надавати медичні послуги пацієнтам відповідно до державних медичних стандартів, що, у свою чергу, не гарантує ефективності роботи організації та системи доставки або їх якості.

З нашої точки зору, такі основні причини визначають цю ситуацію:

- недостатня кількість спеціалістів та обладнання в медичній організації для забезпечення виконання окремих державних медичних стандартів;
- недостатня координація та взаємодія між медичними організаціями та органами управління організаційної системи та надання медичних послуг;
- розпуск регіональної мережі медичних організацій, адміністративно-фінансова роздробленість організаційної системи та надання медичних послуг;
- неефективне управління правоохоронними органами та медичними організаціями у сфері надання медичних послуг.

У додатку К наведено схему оптимізації мережі медичних планових організацій, підпорядкованих тим організаціям, які виконують державні замовлення на надання медичних послуг.

Об'єктивний попит населення на медичні послуги, що належать до сфери відповідальності конкретної медичної організації, виражений у вигляді комплексу лікувально-діагностичних медичних послуг, дає можливість організації визначити оптимальну планову структуру організації з точки зору її «технологічних» можливостей, наприклад :

- ліжка та кількість діагностичних та лікувальних кабінетів;
- перелік послуг і діяльності діагностично-лікувальних підрозділів;
- персонал, що надає медичні послуги;
- кількість одиниць діагностично-медичних виробів;
- перелік та потужність підрозділів підтримки, які не надають прямих медичних послуг.

Якщо порівняти «планову» і фактичну структуру медичних організацій, то можна визначити, наскільки вони відповідають зазначеним вище позиціям. Відповідність між «запланованою» та фактичною структурою медичної організації дозволяє зробити висновок про ступінь задоволення суспільного попиту на медичні послуги та спроможність медичних організацій надавати ці послуги в певній зоні планування в США.

Пропонується таке формулювання: «Відповідальна пропозиція буде визначатися рівнем забезпеченості медичної організації, обладнанням, спеціалістами, організаційними планами та розробленими медичними технологіями, які задовольняють усі потреби громадян, які перебувають у підпорядкуванні цього відповідального медичного персоналу. Служби працівників організації живуть за рахунок медичної якості».

За «відповідальною» пропозицією медична організація отримує весь обсяг державного замовлення за програмою державних гарантій. Завданням організації є оптимізація структури своїх підрозділів і власних співробітників і вжиття заходів для забезпечення ефективного використання ресурсів усіх

видів. При плануванні медичних послуг регіону враховуються проблеми взаємодії з іншими медичними організаціями. Наприклад, медична організація, чий технологічний та кадрові ресурси перевищують потреби населення в зоні відповідальності, може запропонувати медичні послуги іншим медичним організаціям і таким чином підвищити рівень їх «відповідального» обслуговування.

Невідповідність «планової» та фактичної структури медичної організації потребує рішення керівництва про обмеження державного замовлення у структурі захворювань та (або) кількості хворих. Державне замовлення коригується у разі зміни технічних і кадрових можливостей медичної організації в результаті заходів щодо модернізації національної організаційної системи та надання медичних послуг.

Тому національна та відповідна регіональна програма модернізації охорони здоров'я має відповідати потребам населення в галузі охорони здоров'я, а охоплення організаціями охорони здоров'я по всій країні має підвищити рівень «відповідальної» допомоги в більшості організацій охорони здоров'я.

З вищесказаного можна зробити наступні висновки:

1. Враховуючи об'єктивний попит населення на медичні послуги при тяжких захворюваннях та їх групах, необхідно спланувати програму державних гарантій у сфері медичного обслуговування та оцінити кошти, необхідні для їх реалізації.

2. Такий підхід дає змогу оцінити та реалізувати витрати на програму державних гарантій залежно від обраної медичної технології, яка є альтернативою медичним послугам, з метою пошуку оптимальних технологічних та економічних рішень щодо надання медичних послуг населенню. механізми економічного стимулювання населення. За умови врахування потенціалу медичних закладів та потреб пацієнтів у районі планування розглядається як процес створення державних контрактів на надання медичних послуг жителям району планування.

3. Кожен медичний заклад розглядається як самостійний об'єкт планування, який з найвищою технологічною ефективністю виконує державне завдання та власний персонал і технологічні структури шляхом оптимізації «відповідального» надання медичних послуг та взаємодії з іншими медичними закладами при плануванні.

4. Об'єктивна потреба суспільства в сучасних медичних технологіях та орієнтація на підвищення «відповідального» догляду медичних організацій у рамках заходів щодо модернізації національної організаційної системи та надання медичних послуг мають враховувати державну планову політику у цій сфері.

## **Висновки до розділу 2**

Концептуальною сутністю ефективності інноваційного процесу, що складається з ряду послідовних фаз, остання фаза яких характеризується перетворенням інновацій від ідеї до конкретного втілення, полягають у наявності відповідних ресурсів, економічної стійкості всіх учасників та позитивні наслідки такого розвитку подій. До факторів, що впливають на інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, належать: сприяння розробці, пошуку та впровадженню передових технологій у охороні здоров'я; розвиток економічних відносин для розбудови ринку охорони здоров'я; ефективне використання наявних людських і матеріальних ресурсів; кафедра медичної науки; запровадження системи неперервної медичної освіти; міжнародне партнерство з провідними країнами та їх дослідницькими центрами; розвиток сектору державно-приватного партнерства; охорона інтелектуальної власності; створення цільових програм медичних досліджень, що об'єднують установи; мотивація працівників охорони здоров'я та їх зацікавленість у позитивних кінцевих результатах; створити систему раціональних, ефективних та взаємовигідних взаємовідносин між

організаціями охорони здоров'я, бізнесом та громадянами; розширення ринку медичних технологій та медичних послуг, реалізація політики створення рівних можливостей для різних форм власності у сфері охорони здоров'я та їх просування; створення бізнес-клімату, сприятливого для інвестиційної привабливості галузі охорони здоров'я для приватних партнерів.

Запропоновано цільову модель програми розвитку охорони здоров'я, елементарний зміст якої відображає орієнтацію на кінцевий результат, безперервне планування об'єкта управління, безперервність інноваційних процесів та координацію управлінських впливів та регіоналізація процесів.

Сучасні тенденції та принципи державного управління у формуванні функціонування систем охорони здоров'я відповідно до економічної парадигми інноваційного розвитку охорони здоров'я мають базуватися на законодавстві, що врівноважує територіальний фактор доступності медичної допомоги на основі нових технологічних стандартів. Створення сприятливих умов для ефективних економічних відносин, комплексного підходу до охорони здоров'я, міжвідомчої співпраці, зобов'язань уряду перед нацією щодо демографічної безпеки, посилення ролі медицини та підвищення її ефективності, забезпечення першочергових профілактичних заходів для збереження здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги.

Зокрема, виявлено деструктивні явища, що гальмують інноваційний розвиток системи охорони здоров'я: недостатня кількість спеціалістів та обладнання в медичній організації, що не дозволяє повноцінно виконувати певні державні медичні стандарти; неналежна координація та взаємодія між медичними організаціями та органами управління організаційної системи та надання медичних послуг; розпуск регіональної мережі медичних організацій, адміністративно-фінансова роздробленість організаційної системи та надання медичних послуг; неефективне управління правоохоронними органами та медичними організаціями у сфері надання медичних послуг.

## РОЗДІЛ 3

# ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### **3.1. Модернізація державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

Оскільки гетерогенна соціально-економічна система є універсальною, багаторівневою та багатофункціональною, то вона закономірно складається з кількох фаз: впровадження, фази перетворення різноманітних ресурсів, виробництва та взаємодії з навколишнім середовищем. Усі ці фази характеризуються наявністю різноманітних цілей і механізмів, що сприяють їх досягненню. У результаті механізм управління, що належить системі, базується на виборі ресурсів і методів управління з метою узгодження та узгодження цілей з інтересами індивідів і соціальних груп. Одним із найважливіших напрямків удосконалення управління галуззю, безумовно, є передумови та можливості для реформування управлінських процесів у системі охорони здоров'я шляхом впровадження нових підрозділів.

Процес організаційної трансформації структури управління системою охорони здоров'я неминуче призводить до розширення її складу та введення нових структурних підрозділів. Зокрема, автор пропонує дві нововведення, які суттєво покращать структуру регіонального управління. Перш за все, необхідно створити громадську раду для забезпечення участі основного споживача медичних послуг, тобто громадськості, у контролі регіональної системи управління охороною здоров'я. По-друге, також важливо мати стратегічну раду як стратегічний, інтегрований орган, який при аналізі перспектив розвитку та потенційних загроз для системи охорони здоров'я враховує різноманітні фактори, зокрема вплив на навколишнє середовище.

Основною функцією систем охорони здоров'я, що потребує особливої уваги, є стратегічний менеджмент. Підвищення прозорості та підзвітності є ключовими факторами посилення стратегічних зусиль системи охорони здоров'я за допомогою низки додаткових функцій: розробка стратегій та стратегій для досягнення цілей системи охорони здоров'я; збір та використання аналітичної інформації; вплив шляхом координації з партнерами та іншими галузями та пропаганди кращого здоров'я; надання ефективних рекомендацій щодо досягнення цілей системи охорони здоров'я; давання системі можливості адаптуватися до мінливих потреб населення та мобілізації більшої кількості правових, нормативних та інструментів політики для управління системою охорони здоров'я.

Введення Стратегічної ради в структуру охорони здоров'я як колективного органу управління в системі охорони здоров'я дає загальні та стратегічні орієнтири, контролює діяльність органів і дає змогу вирішувати завдання, визначені в контексті стратегічного управління охороною здоров'я. Ключові функції Ради стратегічного розвитку включають: встановлення ключових цілей та визначення стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації для оцінки отриманих результатів; етичні рекомендації в галузі охорони здоров'я для досягнення довгострокових цілей; створення системи охорони здоров'я, яка може адаптуватися до змін навколишнього середовища та нових вимог; співпраця в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані з медичною сферою, але мають вплив на покращення здоров'я населення.

У тісній співпраці з членами МОЗ Рада стратегічного розвитку має обговорити та прийняти основні рамкові умови функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію та цілі, систему внутрішнього контролю та управління ризиками. Для досягнення цієї мети необхідно підтримувати стратегію пріоритетного розвитку охорони здоров'я. Автор розглядає основні завдання державного управління в охороні здоров'я:

- пропагування здорового способу життя, який може значно допомогти запобігти захворюванням;
- удосконалення медичних технологій та полегшення доступу до нового обладнання;
- безкоштовна фінансова підтримка у сфері медичної допомоги;
- максимальна підтримка шансів усіх верств суспільства отримати своєчасну медичну допомогу;
- створення механізму громадського впливу на сферу охорони здоров'я;
- збільшити кількість медичних закладів для створення більш конкурентоспроможного ринку;
- економічна мотивація лікарів, що веде до якісної та ефективнішої медичної допомоги;
- удосконалення системи медичного страхування;
- активна співпраця з приватним медичним сектором.

Рада директорів має спочатку обговорити та затвердити ключові бізнес-цілі компанії, оцінити та затвердити стратегії та бізнес-плани у ключових сферах, а також контролювати ефективність стратегічного управління охороною здоров'я. Крім того, Комітет стратегічного розвитку повинен мати чітке уявлення про основні ризики для здоров'я, які можуть виникнути в майбутньому, що допоможе розробити ефективні рекомендації та збалансовану стратегію боротьби з цими ризиками (таблиця 3.1).

*Таблиця 3.1*

### **Заходи безпеки щодо можливих загроз розвитку системи охорони здоров'я**

Заходи	Дії
Опис потенційних загроз	Охарактеризуйте профіль можливих загроз на основі відомого стану системи охорони здоров'я та стратегії її розвитку
Ідентифікація	Визначте ризики під час вивчення поточного стану системи
Аналіз ризику	Складіть прогноз розвитку ризику з урахуванням ймовірності настання потенційних сценаріїв та оцінка потенційних втрат
Застосування контрзаходів	Здійсніть розробку та застосування заходів щодо нейтралізації наслідків ризиків

За словами місцевого експерта В.Мегада, дослідження ризиків для здоров'я в Україні є найменш вивченою проблемою в українському секторі державного управління. «Тому створення дієвого механізму функціонування служби чи медичного закладу стає актуальною проблемою при розробці концепції безризикової діяльності охорони здоров'я», – зазначив він. На думку експертів МОЗ України, «для забезпечення якісної медичної допомоги та надання медичної допомоги важливо мати безпечне середовище з контрольованими ризиками, які не завдають шкоди, шкоди та побічних ефектів».

Тільки із впровадженням сучасних управлінських технологій можна підвищити та підвищити ефективність системи охорони здоров'я. Прикладом є механізми, запроваджені в комерційній сфері, наприклад система управління якістю (СМЯ), яка базується на міжнародному стандарті ISO 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001: 2008 Системи управління якістю – вимоги (Quality Management Systems. Requirements) містить набір мінімальних вимог, які пред'являються всім, включаючи уряди, організації, Додаток Л, у міжнародному співтоваристві.

На сьогодні кожен лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ) є організацією, яка надає безкоштовні та платні послуги населенню, на які поширюється дія цивільного, бюджетного та податкового законодавства України. Прагнення керівника до економії та прибутковості та фінансова дисципліна у сфері цільового використання коштів суперечать. А змінювати категорію закладу шляхом впорядкування процесу не вигідно з огляду на бюджет.

Наказ МОЗ України «Після затвердження орієнтовних етапів реформування первинної та вторинної медичної допомоги» від 30 серпня 2010 року № 735 визначає стратегічні зміни в системі охорони здоров'я, які спільно розроблено МОЗ. Охорона здоров'я та інші суб'єкти реформування охорони здоров'я громадян, удосконалення в ньому системи контролю якості, фармакоterapiї захворювань та якості лікарських засобів.

Комплексний механізм державного управління розвитком системи охорони здоров'я України, який викладено у вищезгаданій постанові КМУ, визначає завдання регіональних органів державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я в містах обласного та обласного рівнів. Основна увага приділяється аналізу потреб населення кожного регіону в закладах охорони здоров'я та забезпеченні необхідними фінансовими та матеріальними ресурсами для задоволення цих потреб. Розробка та подання пропозицій щодо створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів, поступового перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні товариства та формування районів між районами для перевірки муніципалітетами та асоціаціями таких закладів. компанії.

Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності управління охороною здоров'я дозволило автору виділити соціально-економічні показники, що визначають інноваційну специфіку системи охорони здоров'я, а саме (рисунок 3.1):

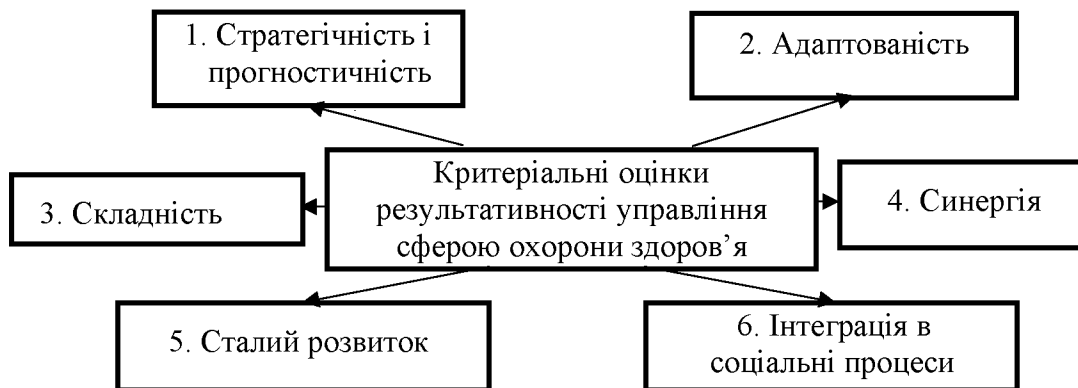


Рис. 3.1. Соціально-економічні критерії, що визначають нововведення в системі охорони здоров'я

1. Стратегічність і прогностичність. Розробка управлінської політики та її подальша реалізація на регіональному рівні, екологічний аналіз, прогноз

бажаних результатів – це ті аспекти, які визначають стратегічний підхід до управління охороною здоров'я. Визначальними показниками для такого стратегічного управління є:

- стан економічної ситуації в регіоні (національний дохід на душу населення, споживання матеріальних благ, наслідки економічної нестабільності країни, дефіцит робочої сили);
- ступінь науково-технічного прогресу;
- можливість розвитку демографічної ситуації (загальна чисельність населення області, параметри показників здоров'я: дитяча смертність, статевовікова структура населення тощо)
- показники екологічної ситуації в регіоні (наявність забруднюючих речовин в атмосфері, ультрафіолетове випромінювання, наявність пестицидів у продуктах тощо);
- ступінь соціальної вразливості населення.

2. Адаптованість. Зміна параметрів системи охорони здоров'я за певною метою з урахуванням змін зовнішнього середовища. Своєчасне коригування системи управління необхідне через вимоги до управління стійкою системою охорони здоров'я, постійний динамізм і різноманітність зовнішніх драйверів і характер внутрішнього середовища.

3. Складність. Єдність усіх істотних елементів управління: організації, фінансів, інновацій, спрямованих на реалізацію та досягнення спільного результату, міститься в принципі комплексності, що враховує всі фактори охорони здоров'я. Однією із стратегічних цілей управління охороною здоров'я є вирішення конфліктів між центральними елементами управління.

4. Синергія. Поєднання організаційних, фінансових та інноваційних ресурсів системи управління призводить до позитивного економічного результату. Таке злиття зменшує загальні адміністративні зусилля, забезпечує узгодженість усіх адміністративних механізмів системи охорони здоров'я, фінансову та організаційну стабільність системи та веде до покращення контролю за виконанням рішень.

5. Сталий розвиток. Сталість, сталий розвиток усієї системи охорони здоров'я та її окремих рівнів, територій, підсистем та галузей, які вважаються стійкими характеристиками. Безперервність процесів переривання і відновлення зв'язку, їх постійне повторення і постійне відтворення основних процесів характерні для динамічного розвитку системи управління і визначають її стійкість. Необхідність регулювання процесу управління системою охорони здоров'я виникає внаслідок своєчасного виявлення несанкціонованих відхилень у стабільності роботи підсистеми.

6. Інтеграція в соціальні процеси. Система охорони здоров'я сконструйована таким чином і може активно сприяти формуванню соціальних потреб суспільства, щоб сформувати соціальний розвиток таким чином, щоб суспільство та система продовжували проявляти солідарність у майбутньому.

Розширюємо напрями удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України та розглядаємо системні засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

### **3.2. Засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

Зараз Україна розробляє стратегію свого розвитку. Відповідно, керівництво країни ставить перед урядом завдання, вирішення яких потребує нових форм і механізмів стратегічного партнерства між державою, бізнесом та інститутами громадянського суспільства. Реалізація цільових програм має особливе значення через недостатнє фінансування системи охорони здоров'я. Таке управління програмою дає змогу зосередити основні сфери та комплексно вирішувати критичні проблеми здоров'я через міжсекторну співпрацю.

Модель фрагментованої системи охорони здоров'я характеризується збереженням основних засад системи охорони здоров'я в Україні. З причин, зазначених вище, модель має наступні характеристики:

1. Розподіл відповідальності за медичне обслуговування між державою та населенням. Конкретних гарантій медичної допомоги держава досі не дає. Спеціально пропагуються проблемні сфери, а реальні економічні умови є основною перешкодою для розвитку безкоштовного медичного обслуговування. Кількість пацієнтів, які оплачують альтернативну або додаткову допомогу в державних медичних закладах, зростає як у регіонах з високим, так і з низьким рівнем доходів.

Вивчення джерел фінансування закладів охорони здоров'я виявляє, що їхнє приватне фінансування є важливим для організації та розвитку охорони здоров'я. Співвідношення державних і приватних видатків до потреб цього сектору становить 88,2% і 11,8% в Чехії, 77,4% і 22,6% у Німеччині, 74% і 26% у Франції та 73,8% і 26,2% в Японії, Канада – 69,8% і 30,2%, Польща – 68,7% і 31,3%, США – 44,0% і 56,0%. Частка ресурсів фізичних та юридичних осіб у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я становить 45%.

2. Зв'язок між приватним і державним секторами охорони здоров'я. Система охорони здоров'я продовжує орієнтуватися на все населення. Зростання старшого населення збільшує попит на систему охорони здоров'я та зменшує її здатність надавати послуги іншим категоріям громадян. Потреби середнього класу можна задовольнити переважно за рахунок неформальних платежів та механізму платних медичних послуг у державних медичних закладах.

Аналіз стану охорони здоров'я в Україні наразі показує, що запровадження приватної медицини з відповідними перевагами необхідно терміново активізувати: *«Для пацієнтів. Важливо, щоб пацієнти отримували якісну медичну допомогу. Враховуючи ситуацію в Україні, склалася практика тіньової оплати медичних послуг, їм байдуже, де і кому вони платять публічно*

чи приватно. Чим вища конкуренція в медичній сфері, тим якісніші та дешевші послуги. *Для медичних працівників та лікарів.* Як альтернатива для медичних працівників та лікарів, які дбають про такі принципи, як якість та ефективність медичної допомоги, реальне застосування накопичених знань, впровадження нових технологій, довіра до пацієнта, колегіальність у прямому сенсі цього слова, справедлива оплата та розвиток перспективи бізнесу – Investo Ren готовий інвестувати в медичну галузь. Гроші потребують постійного використання. Чому гроші можуть працювати в інших сферах, а не вкладати в медицину? Досвід промислово розвинених країн показує, що медицина – дуже прибуткова галузь. *Для всієї системи охорони здоров'я.* Розвиток приватної медицини змушує державну систему охорони здоров'я прагнути до нових стандартів якості та нової організації охорони здоров'я, що неможливо без відповідних реформ».

3. Основні принципи фінансування медичної галузі. На сьогоднішній день система державного фінансування медичної галузі залишається змішаною бюджетною та змішаною страховою. Незважаючи на певні субсидії для бідних регіонів, регіони суттєво відрізняються за рівнем державного фінансування. Приватне фінансування галузі обмежується оплатою медичних послуг, неформальною винагородою працівників та закупівлею ліків.

4. Організація медичної допомоги та її принципи. Оголошено про реструктуризацію системи, але вона йде дуже повільно. Більшість грошей йде на лікарняні, залишаючи центри реабілітації та стаціонарного лікування практично без грошей. Чітка ієрархія не вирішує проблеми поганої координації в медичних організаціях. Незважаючи на поступове оновлення технічного потенціалу медичних закладів, ефективність їх роботи зростає дуже повільно. Модель соціально диференційованої системи охорони здоров'я характеризується співіснуванням відносно закритих державних і приватних систем охорони здоров'я, які орієнтовані на різні соціальні групи та пропонують усі види послуг.

Відповідно до виявлених причин модель соціально диференційованої системи охорони здоров'я характеризується таким чином.

1. Розподіл відповідальності за медичне обслуговування між державою та населенням. Державним гарантіям у сфері фінансування пріоритетних складових медичної галузі надано конкретну форму, а платні послуги лише доповнюють безкоштовні.

2. Зв'язок між приватним і державним секторами охорони здоров'я. Попит населення на якісну медичну допомогу стимулює трансформацію системи охорони здоров'я, але водночас формує рушійну силу розвитку приватного сектора у цій сфері, який є взаємодоповнювальним. Хоча державні заклади охорони здоров'я, як правило, орієнтовані на літні, вразливі та незахищені групи, приватні заклади охоплюють багатий сегмент пацієнтів та середній клас. Це неминуче веде до розширення специфікації приватних медичних закладів та підвищення якості відповідних послуг у державних установах.

3. Основні принципи фінансування медичної галузі. Переважає система одноканального страхування, що значно збільшує суму надходжуваних коштів. Проте все ще існують суттєві відмінності між фінансуванням різних регіонів і, можливо, навіть між фінансуванням різних соціальних груп з точки зору різного страхування зайнятих і безробітних громадян. Незважаючи на поступовий розвиток системи медичного страхування, надходження коштів від фізичних осіб триває, в основному, за рахунок особистої вдячності лікарю та закупівлі ліків у роздрібній мережі.

4. Організація медичної допомоги та її принципи. У зв'язку зі збільшенням державних і приватних коштів у сфері надання спеціалізованої медичної допомоги активно розширюються амбулаторії та денні стаціонари. Цей сектор охорони здоров'я стає більш автономним, але продовжує підпорядковуватися безпосередньо лікарням. Модель інтегрованої системи охорони здоров'я характеризується співпрацею та розвитком територіальних державних і приватних систем, взаємовідносини між професіоналами та державою є ефективними та скоординованими.

Тільки інноваційний економічний розвиток може сформувати такі мови для появи такої системи:

- економічне зростання до 7% на рік;
- держава значно збільшує фінансування медичної галузі, будуючи заклади, активно реформуючи загальну систему та ефективно пропагуючи здоровий спосіб життя серед населення.
- громадяни починають покращувати якість медичної допомоги, і частка приватних витрат становить близько 2%.

Модель інтегрованої системи охорони здоров'я характеризується таким чином.

1. Розподіл відповідальності за медичне обслуговування між державою та населенням. З розвитком єдиної системи ліків, приладів та надання медичних послуг державні гарантії стають конкретними. Система стандартів включає національні стандарти та відповідні регіональні стандарти. У деяких регіонах підвищені вимоги до медичних технологій, виробів медичного призначення та гарантованих препаратів. Для того, щоб безкоштовна допомога не замінялася платною, діють механізми контролю та гарантії. Держава надає власні гарантії залежно від рівня фінансування з податкових надходжень. У державних закладах охорони здоров'я надаються платні медичні послуги, але, крім безкоштовних, вони надаються за спеціальними державними гарантіями. Ці пільги поступово вилучаються з державних медичних закладів.

2. Зв'язок між приватним і державним секторами охорони здоров'я. Спрямованість державної системи охорони здоров'я охоплює все населення. Приватна система охорони здоров'я розвивається помірно. Він покликаний доповнити державну систему охорони здоров'я для забезпечення потреб середнього та вищого класів у медичній допомозі, що не поширюється на державні гарантії. Він також конкурує із закладами охорони здоров'я за договори з державними органами та страховиками у сфері медичного страхування на надання медичної допомоги через державні гарантії.

Однак у секторі охорони здоров'я ринок приватних медичних послуг обмежений і охоплює лише кілька форм медичної допомоги. Приватні медичні послуги становлять лише 10-15% загальної медичної допомоги. Розвиток приватного сектора безпосередньо залежить від рівня доходів населення регіону. При високих доходах приватна система охорони здоров'я пропонує більше амбулаторної допомоги, переважно в стоматології, урології та гінекології.

У сфері стаціонарної допомоги приватна система займає зручні для копіювання та ресурсозберігаючі ніші в медичній техніці та пропонує послугу з високою ефективністю. Щонайменше 80% усієї стаціонарної допомоги досі зосереджено в державних та комунальних лікарнях. Тут також зосереджено 90-95% високотехнологічної допомоги. У малозабезпечених і середніх регіонах, селах, селищах і містах більшість амбулаторних та стаціонарних послуг (90-95% та 95-98% відповідно) надають комунальні заклади охорони здоров'я.

Створення конкурентного середовища є однією з цілей політики охорони здоров'я. Проте вирішальну роль відіграють заплановані регуляторні органи. Результатом активізації політики конкурентного середовища є підвищення вимог до створення державних гарантійних програм і зборів для медичних організацій, розробка стратегічних планів зупинки системи охорони здоров'я та їх виконання на найближчі 10-15 років. Посилюються вимоги до ефективного розміщення приватних медичних компаній та надається пріоритетним закладам з невідкладною потребою.

3. Основні принципи фінансування медичної галузі. Система фінансування медичного страхування означає, що система медичного страхування несе повну відповідальність за фінансове забезпечення державних гарантій. Він спрямовує 80-90% державних коштів на охорону здоров'я. Медичне страхування оплачується за повним тарифом, який відображає всі види медичних витрат. Пряме фінансування з бюджету надається лише для особливо дорогих високотехнологічних послуг та деяких

соціальних послуг (наприклад, психіатрична допомога).

Враховуючи темпи зростання між найбіднішими та найбагатшими регіонами, перерозподіл державних фінансів, як усередині, так і між регіонами, збільшується, а розрив у державному фінансуванні на душу населення для системи охорони здоров'я зменшується. Механізми державного фінансування охорони здоров'я системно реформуються, що стимулює всіх його суб'єктів до підвищення ефективності. Суттєва зміна в правилах страховиків, умовах оплати медичних послуг. Розширюються завдання страховиків і зростає їхня роль у плануванні та організації охорони здоров'я. Зростає фінансова відповідальність за території з неефективним використанням ресурсів системи. Створюються передумови для впровадження конкурентоспроможної моделі медичного страхування. Страхувальник може дізнатися про діяльність медичних установ та страхових компаній. Страховики можуть керувати різними програмами медичного страхування, а громадяни можуть вибирати страховиків. Таким чином, страховики стають не тільки пасивними посередниками, а й інформують покупців медичних послуг, які оптимізують їх властивості в інтересах страхувальника (обсяг, якість).

В основі державного фінансування медичних організацій лежить принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Підвищення економічної незалежності закладів охорони здоров'я може посилити стимул до підвищення ефективності. Медичні організації можуть отримати економічну незалежність шляхом перетворення близько 70-80% бюджетних установ в автономні та автономні державні некомерційні установи.

4. Організація медичної допомоги та її принципи. Основна роль в управлінні охороною здоров'я поступово переходить на первинний рівень. Тому підтримка в різних формах є широко поширеною. Ресурси стаціонарної та спеціалізованої амбулаторної допомоги також зміщують перерозподіл ресурсів на користь базової допомоги. Система охорони здоров'я зазнає серйозних структурних змін під тиском різних факторів.

Розвиток нових діагностичних та лікувальних технологій, використання інноваційних методів раннього виявлення та фармакологічного лікування захворювань підвищать потребу громадян у спеціалізованій медичній допомозі, яка надається як у стаціонарі, так і в амбулаторних умовах. Частина спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги переміщується до лікарні: розширюється амбулаторія та денний стаціонар. Результатом переміщення частини спеціалізованої амбулаторної допомоги до стаціонару стане створення денного стаціонару та амбулаторного прийому. Майже у 80% випадків дільничний лікар бере на себе основну медичну допомогу та організовує її в подальшому лікуванні.

Проаналізувавши основні показники ефективності кожної моделі, можна визначити, що оптимальною моделлю є інтегрована система охорони здоров'я, яка забезпечує справедливий розподіл обов'язків, ефективне використання ресурсів та рівний доступ населення до медичної допомоги. Розглянуті моделі характеризують можливе майбутнє української системи охорони здоров'я.

### **Висновки до розділу 3**

Обґрунтовуємо доцільність інтеграції Ради стратегічного розвитку системи охорони здоров'я до структури системи охорони здоров'я. До основних завдань Ради належать: визначення основних цілей та стратегічних засобів їх досягнення; використання аналітичної інформації для оцінки отриманих результатів; етичні рекомендації в галузі охорони здоров'я для досягнення довгострокових цілей; співпраця в інших сферах суспільного життя, які безпосередньо не пов'язані з медичною сферою, але мають вплив на покращення здоров'я населення.

Є дані, що перехід на інноваційний шлях розвитку медичних послуг залежить від реалізації таких заходів: модернізації структури управління охороною здоров'я; створення сприятливих рамкових умов для розвитку

наукових пріоритетів у медичній сфері шляхом об'єднання коштів та людських ресурсів; створення дослідницьких центрів; створення системи резервування кадрів у регіонах; розвиток системи медичного страхування; ретельне планування політики охорони здоров'я та передбачення можливих наслідків; фінансування досліджень; створення системи співпраці між державним та приватним медичним сектором, що сприяє впровадженню новітніх наукових розробок.

Слід зазначити, що основою методичних інструментів розвитку інноваційної системи охорони здоров'я є методи сприяння інноваційному розвитку в медичній сфері, метод вибіркового фінансування державних проектів, методи сприяння розвитку медичної інфраструктури, методи стимулювання ресурсів. Розширення.

Критеріями оцінки ефективності використання засобів і методів державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я може бути досягнення головної мети; інноваційна діяльність; економічна доцільність інновацій; соціально-економічний стан суспільства; зміни в управлінні людським капіталом.

У статті висвітлено перспективні моделі (фрагментовані, соціально диференційовані та інтегровані) систем охорони здоров'я. Основними критеріями відбору перспективних моделей системи охорони здоров'я є: розподіл обов'язків за рівнем охорони здоров'я між державою та населенням; взаємовідносини між приватним і державним секторами охорони здоров'я; джерела фінансування медичної галузі; організація медичної допомоги та її принципи. На основі аналізу ключових показників ефективності кожної моделі доведено, що оптимальною моделлю є інтегрована система охорони здоров'я, яка забезпечує справедливий розподіл обов'язків, ефективне використання ресурсів та рівний доступ до медичної допомоги. Розглянуті моделі характеризують можливе майбутнє української системи охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Зроблено спробу вирішити актуальну проблему, науково обґрунтувати її та розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України. Отримані в ході дослідження результати та досягнуті цілі дозволяють зробити наступні основні висновки:

1. Оцінено ступінь складності проблем державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я та визначено пріоритетні сучасні наукові підходи до здійснення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України. Слід зазначити, що інтенсифікація інновацій у сфері охорони здоров'я шляхом інновацій, що призводять до змін і трансформацій існуючих, а також впровадження абсолютно нових об'єктів, процедур, технологій і методів потребує докорінної зміни складових державного регулювання. Охорона здоров'я: зміст, форми, методи, технології, інструменти, регуляторні системи тощо. Слід зазначити, що ефективність розробок інноваційної системи залежить від ефективності державних регуляторних механізмів, результатом яких є процес комплексного регулювання методів, функцій, регулятивних механізмів. стимули, форми, важелі, конструктивна взаємодія всіх підсистем істотно змінюють виражену координацію управлінських рішень в охороні здоров'я.

Зазначається, що однією з головних проблем державного регулювання розвитку інноваційної системи охорони здоров'я є необхідність створення умов, що дозволяють трансформувати різноманітну соціально-економічну систему в умовах формування мережі мультиорганізаційних структур управління. Діяльність таких структур спрямована на покращення соціальної справедливості в системі охорони здоров'я та впровадження міжгалузевих підходу, що включає різні сектори економіки, на основі прийнятих стандартів, правил та заходів для зміцнення спроможності охорони здоров'я та зосередженості на здоров'ї.

2. Встановлено особливості здійснення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України. Слід зазначити, що концептуальний характер ефективності інноваційного процесу, що складається з ряду послідовних фаз, остання фаза яких характеризується перетворенням інновацій від ідей до їх конкретної реалізації, достатніми ресурсами та економічною стабільністю суб'єктів господарювання. всіх учасників. Зазначається, що ефективним інструментом стимулювання інноваційного розвитку є програмно-орієнтоване планування, яке базується на схемі «цілі-заходи-ресурси-результати» та планування налагодження, безперервності інноваційних процесів та координації. впливи управління та регіоналізація процесів.

3. Узагальнено зарубіжний досвід регулювання інноваційного розвитку систем охорони здоров'я. Слід зазначити, що єдиної моделі державного регулювання охорони здоров'я не існує. Відповідно, соціальна складова європейського вибору України визначає формування власної моделі розвитку охорони здоров'я на основі рівних можливостей та верховенства права, а також використання ефективних механізмів державного регулювання для задоволення потреб громадян у якісних ліках за доступними цінами. Охорона здоров'я на засадах соціальної солідарності та соціальної справедливості.

4. Систематизовано методичні основи забезпечення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та представлено концепцію їх вимірювання. Основним змістом механізму державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я є: ціль, підсистеми управління, забезпечення та оцінка, а також низка методів, стимулів, важелів та інструментів корпоративного та державного управління, що становлять методологічну основу подальшої стратегічної розвиток ринкової економіки, забезпечення ефективного державного регулювання ринку медичних послуг та раціонального використання матеріальних і нематеріальних ресурсів.

Запропоновано концептуальні підходи до оформлення програми державних гарантій медичних послуг з урахуванням задоволення попиту населення на сучасні медичні технології та пропозицій медичних організацій. Ці підходи спрямовані на забезпечення структурної ефективності регіональних організаційних систем та надання медичних послуг, а також максимально можливої технологічної ефективності шляхом інтеграції та конкурентних рішень.

5. Розробка та науково обґрунтовані системні засоби удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України. Представлено ряд заходів щодо впровадження прогресивних форм правління. Визначено перспективні моделі систем охорони здоров'я, зокрема роздроблену систему охорони здоров'я, соціально диференційовану систему охорони здоров'я та інтегровану систему охорони здоров'я. Показано, що оптимальною моделлю є інтегрована система охорони здоров'я, яка гарантує справедливий розподіл обов'язків, ефективне використання ресурсів та рівний доступ населення до медичної допомоги.

6. Науково обґрунтовані пропозиції щодо модернізації адміністративної бази державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я України. Наголошується, що до структури системи охорони здоров'я має сенс залучити Раду стратегічного розвитку охорони здоров'я. Одним із головних завдань є прийняття основ функціонування системи охорони здоров'я, включаючи її стратегію та цілі.

7. Запропоновано настанови інноваційного розвитку охорони здоров'я, які визначають концепцію організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку охорони здоров'я. Основою цієї моделі є інтелектуалізація всієї системи та окремих її частин; інноваційні структурні зміни на регіональному та місцевому рівнях; фінансові ініціативи для забезпечення стабільного фінансування та прибутковості.