

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту



«Допущена до захисту»
В. о. завідувача кафедри
_____ І.В. Сіренко
« ____ » _____ 2022 р.

Кваліфікаційна робота

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
на тему: Удосконалення системи організації охорони здоров'я України

Виконав: студент _____ групи
_____ Шестопалов Є. О.
(підпис)

Керівник роботи:
_____ К.є.н., доцент
(посада, науковий ступень вчене звання)

_____ Сергійчук С.І.
(підпис)

Миколаїв – 2022 року

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Менеджмент організацій і адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Гарант освітньої програми

_____ Є. О. Бойко
(підпис)

«___» _____ 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту _____ Шестопапов Євген Олександрович
(прізвище, ім'я по батькові)

1. Тема роботи Удосконалення системи організації охорони здоров'я України

Керівник роботи к.е.н., доцент Сергійчук Сергій Ілліч,

Затверджені наказом ректора №_1058уч_ від «21» листопада_2022 року

2. Термін подання роботи: 19 грудня 2022 р.

3. Вихідні дані по роботі: матеріали практик, навчальні, наукові видання, публікації в періодичній літературі та Інтернет, власні дослідження автора, звітність підприємств

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів) розглянути теоретичні і методичні основи формування організації охорони здоров'я України; провести аналіз системи охорони здоров'я України, запропонувати напрямки удосконалення системи охорони здоров'я України.

5. Перелік презентаційних матеріалів напрями реформування галузі охорони здоров'я; основні показники та тенденції фінансування охорони здоров'я України, 2016-2021 рр.; аналіз функціональних особливостей державного і приватного секторів медицини; заходи державної політики для мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України; інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я.

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4.Охорона праці	Мозговий А.М., доцент кафедри		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення наукового керівника роботи	04.09.2022	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	04.09.2022	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	04.09.2022	
4	Затвердження теми роботи	04.09.2022	
5	Проведення досліджень	11.11.2022	
6	Опрацювання та викладення результатів досліджень	15.11.2022	
7	Оформлення кваліфікаційної роботи	16.12.2022	
8	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, презентаційного матеріалу на попередній захист	19.12.2022	
9	Подання роботи рецензенту та отримання рецензії	19.12.2022	
10	Захист роботи перед атестаційною комісією	За графіком	

Студент _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

Керівник роботи _____

АНОТАЦІЯ

Шестопапов Є. О. "Удосконалення системи організації охорони здоров'я України"

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 073 «Менеджмент» – Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2022.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення інноваційної діяльності у сфери охорони здоров'я. У роботі розглянуто принципи формування системи охорони здоров'я України, представлено стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я та розглянуто зарубіжний досвід. Проведено аналіз тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України та проведено оцінку ефективного організаційного інструментарію системи охорони здоров'я.

Запропоновано механізм впровадження державної політики для мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України, який включає зниження долі прямих платежів населення, послаблення негативного впливу співплатежів на користування медичними послугами, запровадження механізму державно-приватного партнерства, забезпечення рівності доступу населення до медичних послуг та запровадження моніторингу ефективності реформи охорони здоров'я за допомогою запропонованих індикаторів. Розроблено науково-методичний підхід щодо впровадження інноваційних напрямів у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу підвищити якість і доступність медичної допомоги та підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Ключові слова: системи охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, інновації в охороні здоров'я, медична реформа, охорона здоров'я.

АННОТАЦИЯ

Шестопапов Е. А. "Усовершенствование системы организации здравоохранения Украины"

Квалификационная работа на соискание образовательно-квалификационного уровня магистр по специальности 073 "Менеджмент" – Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2022.

Квалификационная работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов усовершенствования инновационной деятельности в сфере здравоохранения. В работе рассмотрены принципы формирования системы здравоохранения Украины, представлены стратегические аспекты реформирования системы здравоохранения и рассмотрен зарубежный опыт. Проведен анализ тенденций и стратегических ориентиров системы здравоохранения Украины и проведена оценка эффективного организационного инструментария системы здравоохранения.

Предложен механизм внедрения государственной политики для минимизации рисков реформирования системы здравоохранения Украины, включающий снижение доли прямых платежей населения, ослабление негативного влияния соплат на пользование медицинскими услугами, введение механизма государственно-частного партнерства, обеспечение равенства доступа населения к медицинским услугам и введение мониторинга эффективности реформы здравоохранения посредством предложенных индикаторов. Разработан научно-методический подход к внедрению инновационных направлений в сфере управления и развития учреждений здравоохранения, объединяющих формирование инновационной инфраструктуры, инновационного финансово-экономического механизма, а также учетно-аналитическое, нормативно-правовое, методическое и информационное обеспечение, позволяющие повысить качество и доступность медицинской помощи и повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, учреждения здравоохранения, инновации в здравоохранении, медицинская реформа, здравоохранение.

ANNOTATION

Shestopalov E. O. "Improving the system of health care organization of Ukraine"

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of master in the specialty 073 "Management" – Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, 2022.

The qualification work is devoted to actual problems of theoretical, methodical and practical aspects of improvement of innovative activities in the field of health care. The work examines the principles of the formation of the health care system of Ukraine, presents the strategic aspects of reforming the health care system, and considers foreign experience. An analysis of the trends and strategic orientations of the healthcare system of Ukraine was carried out, and an evaluation of the effective organizational tools of the healthcare system was carried out.

A mechanism for the implementation of state policy to minimize the risks of reforming the health care system of Ukraine is proposed, which includes reducing the share of direct payments to the population, weakening the negative impact of co-payments on the use of medical services, introducing a public-private partnership mechanism, ensuring equal access of the population to medical services, and introducing monitoring effectiveness of health care reform using the proposed indicators. A scientific-methodical approach to the implementation of innovative directions in the field of management and development of healthcare institutions has been developed, combining the formation of innovative infrastructure, an innovative financial and economic mechanism, as well as accounting-analytical, normative-legal, methodical and information support, which enable improve the quality and availability of medical care and increase the efficiency of the use of health care resources.

Keywords: health care systems, health care institutions, innovations in health care, medical reform, health care.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	12
1.1. Принципи формування системи охорони здоров'я України	12
1.2. Стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні	23
1.3. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я	30
Висновок до першого розділу	38
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	40
2.1. Аналіз тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України.....	40
2.2. Оцінка організаційного інструментарію системи охорони здоров'я	46
Висновки до другого розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	55
3.1. Шляхи зниження ризиків при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.....	55
3.2. Впровадження інновацій в систему управління закладом охорони здоров'я.....	63
Висновок до третього розділу	77
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	79
4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в фінансовому відділі	79
4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному відділі	85
4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму	88
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я України суттєво відстає від розвинутих країн за різними показниками, зокрема за тривалістю життя, смертністю та боротьбою з хронічними та інфекційними захворюваннями. Незважаючи на низькі показники здоров'я, Україна витрачає значну частину свого валового внутрішнього продукту на медичні послуги, але це не має позитивного впливу на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективність політики охорони здоров'я, високий рівень корупції та неможливість перетворення системи на світовий стандарт медичної допомоги. Система охорони здоров'я в Україні застаріла, має багато недоліків і потребує модернізації з урахуванням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн.

Проблемам корпоративного управління та його сутності присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Авраменко Н.В., Гомон Д.О., Коломієць О.О., Лепський В.В., Литвинова О., Лехан В.М., Петрух О.А., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Сергійчук С.І., Шевченко В.А. та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання удосконалення системи організації охорони здоров'я України залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо їхнього втілення вкрай мало. Необхідні додаткові дослідження, розкриття та деталізація сучасних особливостей управління закладами охорони здоров'я в умовах реформування медичної сфери України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та

пропозицій щодо вдосконалення системи організації охорони здоров'я України.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- досліджено принципи формування системи охорони здоров'я України;
- представлено стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- розглянуто зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я;
- проведено аналіз тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України;
- проведено оцінку ефективного організаційного інструментарію системи охорони здоров'я;
- вдосконалено підходи зниження ризиків при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні;
- розроблено рекомендації щодо впровадження інновацій в систему управління закладом охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес розвитку організації охорони здоров'я України.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку організації охорони здоров'я України.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведене дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та

страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні принципів формування системи охорони здоров'я України; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення стратегічних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні, метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України; метод факторного аналізу – під час оцінки ефективного організаційного інструментарію системи охорони здоров'я.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– механізм впровадження державної політики для мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України, який включає зниження долі прямих платежів населення, послаблення негативного впливу співплатежів на користування медичними послугами незахищеними верствами населення, запровадження механізму державно-приватного партнерства, Забезпечення рівності доступу населення до медичних послуг та запровадження моніторингу ефективності реформи охорони здоров'я за допомогою запропонованих індикаторів;

набули подальшого розвитку:

– науково-методичний підхід щодо впровадження інноваційних напрямів у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу підвищити якість і доступність медичної допомоги та підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення процесу удосконалення системи організації охорони здоров'я України. Найбільшу практичну цінність мають заходи державної політики для мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України та схема інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку системи організації охорони здоров'я України. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 103 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (99 найменування), 7 таблиць, 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Принципи формування системи охорони здоров'я України

Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює політику держави в Україні щодо реформування існуючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Реалізації цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери на Заході. системи охорони здоров'я яких визнані успішними.

Досвід розвиненого світу може стати джерелом для визначення принципів, необхідних для ефективної системи охорони здоров'я. Зараз у світі охорони здоров'я та медичного обслуговування існує чотири основні моделі охорони здоров'я. Це модель споживчих переваг (приватна система охорони здоров'я), модель Бісмарка (соціально орієнтована система охорони здоров'я), модель Беверіджа (державна система охорони здоров'я) та модель Семашка. Кожна з цих моделей має свої переваги і недоліки.

Модель споживчих переваг характеризується значними ризиками. Усі суб'єкти цієї моделі (страхові компанії, постачальники медичних послуг і споживачі) взаємодіють як суб'єкти вільного ринку. Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча воно здійснюється через роботодавців за рахунок добровільних внесків. Медичне страхування незастрахованої частини населення за місцем роботи забезпечується державою. Переваги цієї моделі включають стимули для розвитку професіоналізму медичних працівників, забезпечення високоякісної допомоги, мобільність ресурсів та інтенсивний розвиток нових медичних технологій. Основними недоліками моделі є, насамперед, величезні соціально-економічні втрати (понад 30 мільйонів американців не мають належного медичного страхування) та значне зростання державних витрат на охорону здоров'я.

Модель Бісмарка базується насамперед на обов'язковому соціальному страхуванні за певним рівнем доходу; система охорони здоров'я фінансується

за рахунок цільових внесків роботодавців і працівників, а також за рахунок бюджетних субсидій із загального або цільового доходу. Ця модель характерна для таких країн, як Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Японія, Нідерланди, Швейцарія тощо. Одним із основних принципів медичного страхування є соціальна солідарність і субсидіарність, а ризики окремих груп населення поділяються на все населення. У соціальному страхуванні зазвичай застосовується детальний перелік компенсованих послуг, а внески встановлюються на доступному для населення рівні. Сильною стороною цієї моделі є незалежність страхових фондів. Останні управляються через державні або приватні страхові компанії, які суворо регулюються. Недоліками такої системи є проблеми зі стримуванням витрат, ризики підвищення вартості медичних послуг, високі адміністративні витрати.

У моделі Беверіджа (системи охорони здоров'я скандинавських країн, Ірландії та Великої Британії, Південної Європи – Греції, Португалії та Іспанії) фінансування здійснюється переважно з державного бюджету, внески збираються через загальну податкову систему на центральному, регіональному чи місцевому рівні. Рішення про загальний обсяг фінансування приймається в процесі планування видатків державного бюджету в цілому. Усі громадяни застраховані, що забезпечує єдиний рівень медичної допомоги. Відповідає за розподіл бюджету між постачальниками медичних послуг, переважно регіональними органами охорони здоров'я. У цій моделі державний сектор відіграє головну роль у наданні коштів. Модель Беверіджа може бути дуже ефективною для обмеження загальних витрат і, за належного управління, матиме менші адміністративні витрати, ніж система страхування. Важливим недоліком цієї системи є бюрократизм управління, велика залежність від структури та обсягу державного бюджету. Ця система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів і стимулів для підвищення якості обслуговування та задоволення потреб споживачів.

Система охорони здоров'я, побудована за моделлю Семашка, фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування. Вона працює ефективно лише за наявності достатніх коштів у державі та наявності немає приватного сектора. Ці системи охорони здоров'я зазвичай розподіляють загальні бюджетні ресурси на основі прогнозів потреб населення. Це часто призводить до неефективного використання ресурсів, що призводить до дефіциту в багатьох галузях галузі. Систему Семашко дуже важко змінити чи модернізувати. Недоліками цієї моделі є бюрократичні та адміністративно-командні методи управління охороною здоров'я, відсутність економічних інструментів управління. Сьогодні більшість країн цієї моделі охорони здоров'я знаходяться на різних етапах переходу до соціального страхування або комбінованої системи.

Національні системи охорони здоров'я базуються на поєднанні різних джерел формування сукупного бюджету, але в кожній країні домінує певний механізм фінансування [72]. Залежно від цього національну систему називають моделлю.

Міжнародний досвід показав, що реформа охорони здоров'я – це непростий процес, оскільки в ньому беруть участь усі громадяни та багато інституцій, часто з протилежними інтересами. Реформа охорони здоров'я потребує аналізу існуючої системи та чіткого бачення нової концепції з урахуванням реальних економічних, культурних та політичних особливостей України. Необхідно також враховувати світовий досвід, насамперед, досвід країн, досягнення яких визнано міжнародним співтовариством (США, Франція, Італія, Німеччина, Фінляндія, Австрія та ін.), а також тих, країни, які нещодавно пройшли шлях такого реформування (Польща, Естонія, Чехія та ін.).

Типовим представником моделі споживчих переваг є США. Логіка американської системи охорони здоров'я базується на тому, що конкуренція сприяє дешевим послугам, дозволяючи споживачам робити вибір. Заможні

громадяни та ті, чиї потреби повністю покриває поліс медичного страхування, мало зацікавлені в пошуку дешевших послуг. Особи з обмеженими фінансовими можливостями також мають обмежений доступ до медичних послуг. Результатом є система охорони здоров'я, яка є надто дорогою та має серйозні прогалини в наданні послуг для всього населення.

США витрачають на охорону здоров'я набагато більше, ніж інші країни, як за показником ВВП, так і на душу населення (майже 16% ВВП) [95]. Однак високі витрати на охорону здоров'я не завжди слід вважати негативним явищем. Витрати на охорону здоров'я позитивно корелюють з доходами населення.

Однак через те, як ці витрати розподіляються, вони все більше обтяжують споживачів і корпорації. Премії на медичне страхування зростають швидше, ніж середня зарплата. Крім того, програми громадського здоров'я створюють величезні борги, які переходять на майбутні покоління.

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2020 році поставили систему охорони здоров'я населення США на 37 місце в світі [98]. За даними ВООЗ, американські пацієнти платять занадто багато зі своєї кишені. Критики системи охорони здоров'я США відзначають, що в багатьох країнах витрати на охорону здоров'я значно нижчі, ніж у США, а ефективність охорони здоров'я вища.

Водночас Всесвітня організація охорони здоров'я вважає США лідером щодо задоволення потреб пацієнтів щодо вибору лікаря чи закладу охорони здоров'я, лікування пацієнтів, збереження автономності, своєчасності надання допомоги та конфіденційності. Сполучені Штати перевершили всі інші країни з точки зору показників здоров'я, пов'язаних із захворюваннями. У багатьох сферах США є світовим лідером з інновацій та досліджень у сфері охорони здоров'я (18 з останніх 25 лауреатів Нобелівської премії з медицини є американськими громадянами або працюють у США) [93]. Половина всіх нових ліків, розроблених за останні роки, походить від фармацевтичних

компаній США. Використання передових медичних технологій у США набагато поширеніше, ніж у всіх інших країнах.

Таким чином, система охорони здоров'я США дорога як для роботодавців, так і для громадян, що ускладнює надання медичної допомоги всьому населенню. Але ця система є світовим лідером за багатьма показниками: якість медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу, лікування конкретних захворювань, проведення фундаментальних досліджень в медичній галузі, використання новітніх технологій і т. д. Організація Система охорони здоров'я на основі високої конкуренції та орієнтації на споживача стимулює високий рівень медичного обслуговування та професіоналізм лікарів. Ці принципи можуть бути використані для створення ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Велика Британія є країною з системою охорони здоров'я за зразком Беверіджа. Держава є лідером майже за всіма показниками (якість послуг, включаючи ефективність, безпеку, координацію, управління допомогою, доступність, загальну продуктивність системи та справедливість у доступі до послуг). Саме тут медична галузь змогла працювати без посередників (страхових компаній), тому вона вважається найпродуктивнішою у світі [90].

Охорона здоров'я у Великобританії фінансується платниками податків і вважається безкоштовною для всіх. Немає полісу медичного страхування, і будь-яка особа, яка легально працює в Британії, може користуватися системою медичного обслуговування. Загальна назва трьох систем охорони здоров'я: Англії, Шотландії та Уельсу. Усі системи фінансуються через податки.

Природно, що доступність і продуктивність охорони здоров'я тягне за собою збільшення навантаження на систему та необхідність раціональної організації медичної сфери. Для вирішення цієї проблеми та ефективного використання висококваліфікованих спеціалістів запроваджено посаду лікаря загальної практики (терапевта), яка може бути аналогом лікаря загальної практики або сімейного лікаря. Це перша медична інстанція, куди пацієнт звертається за місцем проживання. Саме ці фахівці ведуть історію хвороби

кожного пацієнта, і саме вони видають направлення до інших лікарів. Але на прийом до лікаря загальної практики потрібно записуватися заздалегідь. Рецепт на ліки є платним, і ліки за рецептом безкоштовні. Паралельно працюють центри для неперевіраних пацієнтів та екстреної допомоги.

Перевагами такого підходу є індивідуальний підхід, контроль навантаження на лікарів, можливість відкриття малих практик, зручне розміщення. Серед недоліків британської системи охорони здоров'я – необхідність чекати планової операції чи скринінгу. Але NHS проводить дуже складні операції абсолютно безкоштовно та якісно.

Отже, Велика Британія сьогодні є однією з найпродуктивніших систем охорони здоров'я у світі. Для створення системи охорони здоров'я в Україні можна скористатися такими перевагами британської системи, як доступність медичних послуг, зручність їх отримання та намагання максимально ефективно використовувати наявні ресурси.

Модель Бісмарка характерна для таких країн, як Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія та ін. Оглядаючи національні системи охорони здоров'я світу, ВООЗ визнала найкращою французьку систему. Важливою особливістю французької системи охорони здоров'я є її централізований характер. Міністерство праці та соціального захисту контролює діяльність у сфері медицини. Одним із джерел фінансування лікувально-профілактичних закладів є обов'язкове медичне страхування, яке здійснює єдина страхова організація країни – Національна лікарняна каса.

Італія займає друге місце після Франції з трьома рівнями охорони здоров'я: національним, регіональним і місцевим. Сектор фінансується частково державою, частково пацієнтами. Страхові компанії також здійснюють добровільне медичне страхування.

Для системи охорони здоров'я Німеччини характерна незалежність від державного бюджету, оскільки система медичного страхування є самодостатньою для задоволення фінансових потреб галузі. Кожен

громадянин повинен бути застрахований за обов'язковим або добровільним медичним страхуванням.

У Норвегії існує три рівні управління охороною здоров'я: національний, регіональний і місцевий. Фінансування галузі здійснюється переважно за рахунок доходів державного бюджету, що становить близько 85 % [89]. Центральна влада формує галузеву політику, яка відповідає за надання медичних послуг регіональними адміністраціями, а місцеве фінансування передбачається для охорони здоров'я.

Польська система охорони здоров'я також децентралізована. В результаті адміністративної реформи державні лікарні отримали автономію. Фінансування медичної допомоги здійснюється з регіональних фондів державного страхування. Основними типами закладів охорони здоров'я в країні є державні (раніше державні) і приватні.

Естонська система охорони здоров'я характеризується децентралізованим управлінням і фінансуванням через соціальне медичне страхування, але в 1990 році була проведена часткова централізація із загальним плануванням під контролем Міністерства соціальних справ. Це важливіше, ніж обмежені функції округу.

Матеріали свідчать, по-перше, що в переважній більшості країн ЄС система охорони здоров'я є децентралізованою, по-друге, у всіх країнах застосовується та чи інша форма страхування на випадок хвороби чи інвалідності. Слід підкреслити, що для визначення рівня проблем зі здоров'ям країни ЄС регулярно проводять опитування та складають національні звіти про здоров'я, фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, вживання психоактивних речовин, харчування тощо.

Аналіз організації систем охорони здоров'я в країнах ЄС показав, що шляхом формування ефективної моделі охорони здоров'я в Україні є створення та розвиток соціального страхування, налагодження співпраці між державою, приватним сектором та самими громадянами. Необхідно також підкреслити, що дуже велика відповідальність за охорону здоров'я в цих

країнах лежить на місцевих органах влади та органах місцевого самоврядування, тоді як держава залишається відповідальною за загальне планування та фінансовий і правовий контроль.

Країни, чії системи охорони здоров'я сформовані за зразком Семашка, зараз перебувають на різних етапах реформування медичної сфери на страховій чи комбінованій основі. Це країни СНД і Східної Європи. Із пострадянських країн страхову медицину запровадили Молдова, Естонія, Грузія, Киргизстан, Литва, Російська Федерація. Найуспішнішими були реформи в Молдові та Естонії.

Заслуговує детального вивчення досвід реформування систем охорони здоров'я тих країн, які перебували в майже однакових стартових умовах з Україною. Однією з таких країн, яка зуміла реформувати систему охорони здоров'я, є Грузія.

У листопаді 2019 року уряд Грузії прийняв низку законодавчих змін, які усунули торговельні бар'єри, стимулювали конкуренцію та розширили можливості для імпорту ліків. У листопаді 2019 року уряд Грузії прийняв низку законодавчих змін для усунення торговельних бар'єрів і сприяння конкуренції. Процес реформування системи охорони здоров'я Грузії базувався на трьох основних блоках: перший стосувався роботи лікарень, другий – залучення держави до лікування пацієнтів, третій – зміни у фармацевтичному секторі.

Реформа в Грузії пішла шляхом співпраці між державним і приватним секторами, не прагнучи отримати вигоду від приватизації лікарень і клінік. Інвестори переобладнали їх у Тбілісі та обласні центри, щоб створити необхідну за умовами тендеру кількість ліжок. Відтоді лікарні перебувають у власності інвесторів із зобов'язанням надавати певний спектр медичних послуг не менше семи років. Вони могли використовувати будь-яку ще невикористану нерухомість або використовувані лікарні та клініки для своїх комерційних цілей. Передача медичних послуг у приватний сектор посилила

конкуренцію, розширила вибір для пацієнтів і, як наслідок, призвела до надання високоякісних медичних послуг.

Система медичного страхування передбачала придбання та наявність страхових ваучерів, що покривають вартість базового пакету медичних послуг у приватній страховій компанії. Людина має можливість придбати страховий поліс або залишитися без медичного страхування. Завдяки державній програмі це дозволило забезпечити медичне страхування соціально незахищених верств населення Грузії. Загальний відсоток громадян Грузії, застрахованих з державного бюджету, становив 50% (пенсіонери, студенти вищих навчальних закладів, діти до шести років, громадяни до 18 років з фізичними вадами тощо).

Нова фармацевтична політика мала такі цілі: по-перше, спростити допуск ліків, дозволених до продажу в інших розвинених країнах, зокрема ЄС; по-друге, спростити процес імпорту ліків; по-третє, дерегулювати галузь роздрібної торгівлі, що спростить процедуру відкриття аптек та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення в інших закладах торговельної мережі країни. Спрощено процедуру відкриття аптек, дозволено продавати безрецептурні ліки не лише в аптеках, а й в інших спеціально відведених місцях.

Процедури реєстрації були спрощені завдяки автоматичній реєстрації ліків і медичних виробів, визнаних Європейським медичним агентством, Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США та іншими регуляторними органами з лікарських засобів.

Сьогодні в Грузії понад 80% медичних установ приватної форми власності, які фінансуються та управляються приватними компаніями. Саме залучення страхових компаній до системи охорони здоров'я змінило ситуацію так, що продуктом такої системи став не процес лікування пацієнта, а турбота про кожного громадянина. Усі сфери корупційних ризиків, у тому числі публічні закупівлі, ліквідовано. В результаті таких майнових змін вартість

ліків для лікування пацієнтів, які закупаються безпосередньо лікарнями, зменшилася в три рази.

За оцінками грузинських медичних експертів, у результаті реформи вартість медичних послуг знизилася на 40%, а частка неофіційних платежів у витратах на охорону здоров'я країни зменшилася з 40 до менше 5%. Рівень дитячої смертності значно знизився, а середня тривалість життя зросла з 71 до 74,5 року. Слід зазначити, що в 2011 році, за даними ВООЗ, тривалість життя населення Грузії перевищила рівень країн СНД і наблизилася до європейського показника [72].

Молдова – ще одна країна, яка успішно реформувала медичний сектор. У 2003 році Уряд цієї країни заснував Національну компанію медичного страхування та зробив вибір на користь формування страхової медицини на основі солідарного фінансування (модель Бісмарка). Згідно з цією моделлю державне медичне страхування оплачується порівну як працівником, так і роботодавцем. Водночас визначено 15 категорій осіб, страхування за якими держава оплачує в повному обсязі (діти, пенсіонери, інваліди, багатодітні сім'ї), а окремі категорії – виключно за державний кошт, як це передбачено прийнятими державними програмами. .

Медичні заклади працюють на повній автономії, а не через казначейство. Щороку НСЗУ, МОЗ та профспілка підписують меморандум, де чітко визначають розподіл коштів у страховій компанії. Крім того, роботу компанії контролює Адміністративна рада, до складу якої входять представники Президента, парламенту, Мінфіну, МОЗ, профспілок, об'єднань роботодавців і пацієнтів. Страхова компанія підзвітна уряду та парламенту, а також контролюється Рахунковою палатою. Лише за рік впровадження державного страхування медицини фінансування галузі в Молдові зросло на 20%.

Досвід медичних реформ у Молдові та Грузії яскраво свідчить про їх ефективність, а отже дозволяє Україні враховувати як успішні кроки, так і помилки.

Зрозуміло, що кожна модель реформування має свої особливості та недоліки, кожна країна має свою специфіку та відмінності. Але спільним для всіх, хто впровадив успішні реформи, є політична воля, сміливість, команда однодумців і націленість на результат.

Отже, уважний аналіз ситуації показує, що системи охорони здоров'я практично в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат, недоступності медичної допомоги для частини населення, нормування послуг, відсутності сучасних медичних технологій та низької ефективності. Іншими словами, не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я. Рівень централізації, регулювання, розподілу витрат між усіма громадянами, а також роль приватного страхування в медичних послугах сильно відрізняються від країни до країни.

Країни, чиї системи охорони здоров'я позбавлені серйозних проблем зі здоров'ям, досягають успіху саме тому, що вони зменшують державний контроль і розширюють охоплення ринкових механізмів. Саме відхід від централізованого державного контролю та ринкової системи охорони здоров'я слід визнати глобальною тенденцією.

Слід також зазначити, що наявність медичного страхування не є еквівалентом загального доступу до медичної допомоги. На практиці в багатьох країнах охоплення є майже загальним, але медичні послуги обмежені або людям доводиться довго чекати лікування.

Отже, на основі аналізу ефективних практик систем охорони здоров'я провідних країн світу, а також країн, що перебувають на різних етапах реформування медичної сфери, можна визначити принципи, принципи використання з яких має важливе значення для формування національної системи охорони здоров'я в Україні. За результатами аналізу основою ефективною системою охорони здоров'я має бути: взаємодія держави, приватного сектору та самих громадян; розподіл обов'язків у сфері охорони здоров'я між державою та місцевими органами влади; організація системи охорони здоров'я на основі висококонкурентного та орієнтованого на

користувача підходу; доступність медичних послуг; Зручність і ефективність використання наявних ресурсів; становлення та розвиток медичного страхування.

1.2. Стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні

Реформування системи охорони здоров'я визначається як діяльність, у ході якої відбуваються зміни в концепції, стратегії та підходах до управління, розвитку системи охорони здоров'я, структурі та функціонуванні основних інститутів системи. Реформування системи охорони здоров'я здійснюється на основі законодавчої бази, наявних ресурсів та їх перерозподілу, зокрема матеріально-технічних ресурсів, фінансових ресурсів, зміни організаційної структури та персоналу.

В Україні реформування галузі охорони здоров'я розпочалося у 2000 році із затвердження Указом Президента України Концепції розвитку здоров'я населення України [4]. У 2002 р. Кабінет Міністрів затвердив міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 рр. [69], що стало початком запровадження інституту сімейного лікаря та сімейної медицини.

Наступним етапом удосконалення моделі формування державної політики у сфері охорони здоров'я стало підписання у 2005 р. Указу Президента «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [16], згідно з яким визначено необхідні напрями вдосконалення якості медичного обслуговування населення, забезпечення безперебійного надання медичних послуг, підвищення рівня освіти та мотивації медичних працівників. На виконання цього нормативно-правового акта в Україні прийнято такі заходи: Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я») та Державна програма профілактики та лікування серцево-судинних та судинних захворювань Кількість церебральних захворювань на 2006-2006 рр. 2010 рік. 1]; галузева програма «Підтримка грудного вигодовування в Україні 2006 – 2010» [14]; Розроблено та затверджено Положення про медичне обстеження та

оздоровлення працівників вугледобувних підприємств; вжито заходів щодо покращення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф; Врегульовано організаційні аспекти боротьби з ВІЛ/СНІДом та туберкульозом та запроваджено ряд інших важливих заходів [32].

Ці заходи стали основою реформи системи охорони здоров'я, яка є невід'ємною частиною програми реформ Президента «Реформи для людини». Запуск реформи розпочався з прийняттям Закону «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та Київській областях» [17].

На сьогоднішній день можна виділити чотири рівні регулювання системи охорони здоров'я України, які становлять нормативну основу реформування.

1. Конституційне регулювання.
2. Загальне регулювання
3. Спеціальне регулювання
4. Понятійне регулювання.

В Україні реформується стара радянська модель охорони здоров'я, яка діяла за радянських часів і розрахована на функціонування в умовах планової економіки (так звана модель Семашка), і формується нова модель охорони здоров'я, яка базується на досвіді Великобританії, США та інших країн. Відповідно, оновлюється законодавча база та регулюються нові інститути.

Перші спроби реформування системи охорони здоров'я були зроблені з 1991 р. З 1999 по 2007 рр. були розроблені концепції розвитку охорони здоров'я та напрямки необхідних змін. Наразі науковцями запропоновано низку стратегій та заходів реформування, зокрема, реорганізація державних лікарень у некомерційні підприємства.

У період з 2008 по 2014 рік було зроблено певні кроки щодо впровадження системних реформ у сфері охорони здоров'я. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. № 815 затверджено План

розвитку національної системи охорони здоров'я на 2008-2010 роки [12], оновлено Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6], розроблено концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) через розвиток сімейної медицини [9]. Проте суттєвої реформи чи кардинальних змін, які б призвели до збільшення тривалості життя, зниження смертності та захворюваності в Україні не відбулося [6].

Основні етапи реформування системи охорони здоров'я представлені в табл. 1.1.

Найбільш показові зміни, що відбулися з 2008 р. Тому розглянемо цей період докладніше.

Протягом 2008 – 2014 років реалізовано конкретні заходи та дії в рамках основних державних документів, які розроблено для забезпечення розвитку охорони здоров'я. Структурна реорганізація системи передбачала поетапну трансформацію всіх рівнів і охопила первинний рівень (сімейні лікарі, педіатри, терапевти). Зміни передбачали чітке фінансове та функціональне розмежування первинного та вторинного рівнів, створення мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги як амбулаторно-поліклінічних закладів загальної практики/сімейної медицини та їх оснащення відповідно до таблиця оснащення. Слідом за створенням мережі амбулаторій сімейної медицини, а за потреби одночасно створено центри первинної медико-санітарної допомоги. У цей період подібні центри активно створювалися в інших регіонах України. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. «Деякі питання оплати праці медичного персоналу закладів охорони здоров'я, які беруть участь у пілотному проекті реформування системи охорони здоров'я» Запроваджено нові умови оплати праці первинної ланки працівники догляду.

Таблиця 1.1

Основні етапи формування системи охорони здоров'я України

Етапи формування системи охорони здоров'я	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1991-1999 рр.	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6]; Наказ МОЗ України від 27 липня 1998 р. 226 Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарного обслуговування дорослого населення в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових нормативів обсягів Діагностичні дослідження, лікувальні заходи та критерії лікування дітей» [5]	Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні
2000-2007 рр.	Концепція розвитку здоров'я населення України [4]; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації»[11]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [16]; Національний план дій (Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я)	Запровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найпоширенішими та важкими захворюваннями, покращення медичної допомоги, спроби впровадження страхової медицини, запровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавної медичної сектора
2008-2014 рр.	Національний план розвитку системи охорони здоров'я до 2010 року[12]; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [6]	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних установ
2015-2020 рр.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 рр. [61]; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [7] (самостійність надавачів) та ін.	Перехід на договірну модель закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономія постачальників медичних послуг. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального медичного страхування. Розробка сучасної системи управління медичною інформацією

Проте за цей період не відбулося суттєвого покращення якості медичних та комунальних послуг. Системні проблеми залишилися невирішеними.

З кінця 2014 р. Із прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр. [61] запроваджено нові стратегічні підходи до підвищення якості медичних послуг та медичного обслуговування. Впроваджуються нові моделі охорони здоров'я та система закупівель медичних послуг. Розпочався новий етап реформування системи охорони здоров'я, який передбачає системні зміни та трансформацію моделі охорони здоров'я України за всіма окремими напрямками (рис. 1).

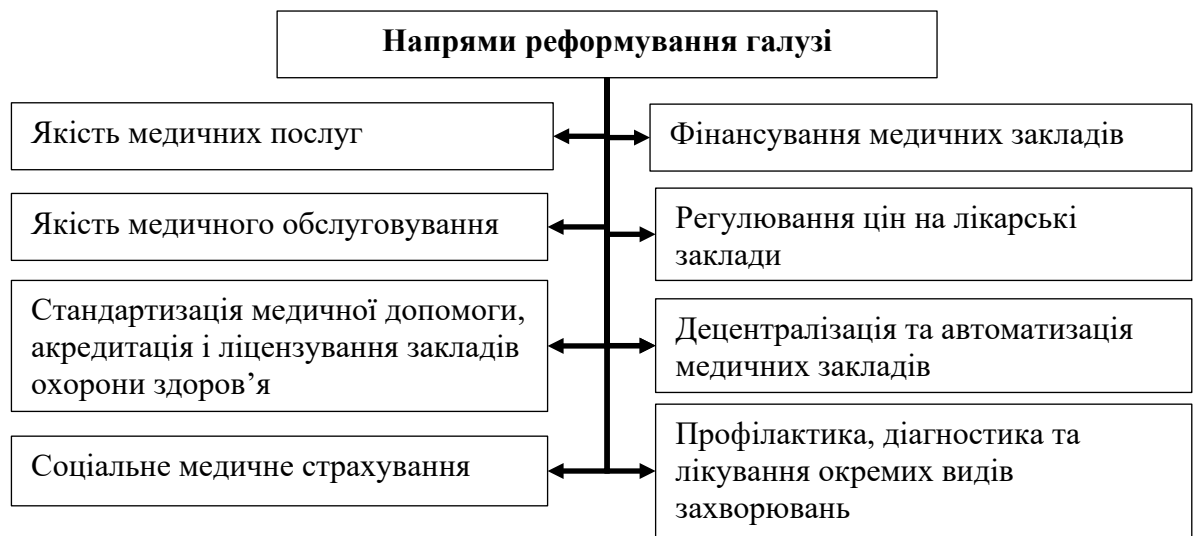


Рис. 1. Напрями реформування галузі охорони здоров'я

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2020 роки передбачає реалізацію ідеї перетворення державних і комунальних закладів охорони здоров'я, які є бюджетними установами, на неприбуткові підприємства [61] Для подальшого запровадження загальнодержавних соціальне медичне страхування.

З прийняттям Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства про діяльність закладів охорони здоров'я»[7] в країні розпочато активну роботу з автономізації закладів охорони здоров'я.

Із запровадженням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [8] змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я, а відповідно і організація їх діяльності, що також суттєво впливає на процес підготовки до автономізації. .

У 2016 році розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. 1013-р було прийнято Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я, схвалено [3] Передбачено фінансування медицини на основі страхового принципу шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Оплата за лікування пацієнта не прив'язана до індивідуальних внесків. Концепція пропонує модель державного солідарного медичного страхування. Поступово припиняється фінансування кошторисів, а результат – пацієнти чи населення – переходить до закладів, які реорганізуються у комунальні неприбуткові підприємства, тобто автономних постачальників медичних послуг. Так, замість фінансування інфраструктури закладів охорони здоров'я та інших надавачів послуг запроваджується принцип «пацієнт — пацієнту».

У 2018 році в Україні стартувала низка медичних реформ, які мають бути завершені у 2020 році. Нова модель охорони здоров'я, яка будується в Україні, стає все більш зрозумілою та реальною. Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування всіх галузей медицини на сучасний рівень якості послуг відповідно до усталених європейських підходів. Основна мета реформи – забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та переорієнтувати систему охорони здоров'я на пацієнта.

Основні зміни в трансформації галузі охорони здоров'я:

- запровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги;
- розвиток мережі кардіологічних центрів;
- створення єдиного державного замовника медичних послуг;
- запровадження принципу «гроші за пацієнтом»;
- автономія постачальників медичних послуг;
- створення договірної моделі фінансування охорони здоров'я;

- впровадження електронної системи охорони здоров'я;
- прозорі та ефективні закупівлі ліків.

У березні 2018 року було створено Національну службу здоров'я України, яка уклала 623 договори з комунальними, приватними медичними закладами та лікарями ФЛП, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти мали право вибору лікаря, незалежно від форми власності, а фінансування лікування здійснювала НСЗУ. Станом на 1 квітня 2019 року партнерами Національної служби здоров'я України були 1238 медичних закладів, що надають первинну медико-санітарну допомогу. З них 117 приватних клінік, 110 лікарів ФЛП. За 2018 рік і початок 2019 року Національна служба здоров'я України виплатила установам за договорами понад 7 мільярдів гривень. Лікарі та медсестри отримали гідну заробітну плату, пацієнти – гарантований державою пакет медичних послуг, послуг та опіки.

Реформу безпеки також можна розглядати з точки зору реформи. Отже, в Україні приділяється значна увага реформам, спрямованим на підвищення якості медичної допомоги. З 1999 року всі заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності підлягають обов'язковій акредитації кожні три роки, а з 2001 року відповідно до Закону України «Про ліцензування господарської діяльності» [15] Ліцензування медичних практика в закладах охорони здоров'я всіх типів стала обов'язковою

У сфері гармонізації соціальних послуг також прийнято низку законів та нормативно-правових актів, які сприяють подальшому розвитку гарантованого рівня якості мінімальних соціальних потреб у країні та вдосконаленню управління якістю медичної допомоги.

Отже, реформування галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та відповідає основним напрямам нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я 2020» [69].

1.3. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я

Сьогодні найвищий рівень здоров'я є ключовим чинником досягнення миру та безпеки і залежить від найтіснішої співпраці окремих людей і держав.

Право на здоров'я було ключовою темою дискусій у всьому світі, а реалізація цього права та можливість населення мати доступ до належної медичної допомоги були в центрі уваги. Світ стикається з різними викликами здоров'ю. За даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я, щонайменше половина населення світу не має доступу до належного медичного обслуговування, і люди все ще помирають у багатьох частинах світу, не маючи доступу до послуг з профілактики та лікування. Країни, що розвиваються, продовжують боротися з кількістю випадкових інфекційних захворювань, поширенням СНІДу, малярії та інших хвороб, стикаючись із зростаючим тягарем випадкових смертей, дитячої смертності, поганих санітарних умов та інших екологічних факторів. Багатші країни також борються з тиском на свої системи охорони здоров'я через старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, пов'язаних із ними хвороб і попит на доступ до нових технологій охорони здоров'я.

Право на здоров'я та його реалізація розглядаються в багатьох міжнародних документах, таких як Загальна декларація прав людини (стаття 25), Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (стаття 12), Хартія основоположних прав Європи Союзу (ст. 35), Європейської соціальної хартії (ст. 11) [12], Конвенції про права дитини (ст. 24), Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (ст. 5), Сполучених Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11), Конвенція про права людей з інвалідністю (Конвенція про права людей з інвалідністю) (стаття 25), Африканська хартія прав людини і народів (стаття 16). Так, стаття 25 Загальної декларації прав людини зазначає, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідні соціальні послуги, необхідний для збереження здоров'я і благополуччя. себе та його семеро. Право на

забезпечення у разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості або іншої втрати засобів до існування через незалежні від цього обставини. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права зазначено, що держави, визнаючи право кожного на високий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, повинні вживати таких заходів для повної реалізації цього права, необхідних для забезпечення зниження мертвонароджуваності та дитячої смертності та здоровий розвиток дитини; покращення всіх аспектів гігієни навколишнього середовища та праці в промисловості; профілактика та лікування епідемічних захворювань; Комітет стурбований високим рівнем захворюваності на ендемічні, професійні та інші захворювання, а також тим фактом, що всі люди мають доступ до медичної допомоги та догляду у разі хвороби. Згідно зі статтею 35 Хартії основоположних прав Європейського Союзу кожен має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та на отримання ліків на умовах, встановлених національним законодавством і практикою. Особливу увагу слід приділяти захисту здоров'я людини при розробці та реалізації всіх політик і заходів Європейського Союзу.

Таким чином, кожна держава, ратифікувавши принаймні один міжнародний документ про права людини, що визнає право на здоров'я, зобов'язалася захищати це право у внутрішньому законодавстві, будувати стійкі національні системи охорони здоров'я та зміцнювати національний потенціал.

Реалізуючи право людини на здоров'я, кожна країна світу переслідує три основні цілі охорони здоров'я: збереження здорових людей, лікування хворих і захист сімей від фінансового краху через рахунки за лікування.

Реалізація права на здоров'я в кожній країні безпосередньо залежить від національної політики охорони здоров'я. Сьогодні в багатьох країнах світу національні політики охорони здоров'я створюють умови для організації та надання медичних послуг, доступу до якісної медичної допомоги, якісних медичних послуг, доступу до безпечних ліків і вакцин, Запровадження заходів,

які допоможуть подолати виклики забезпечення адекватний і економічно ефективний доступ до охорони здоров'я та медичних послуг.

Загальновідомо, що ефективність системи охорони здоров'я сильно впливає на здоров'я населення. Головна мета будь-якої системи охорони здоров'я – максимізувати результати для здоров'я за мінімальних витрат.

Нові демографічні, епідеміологічні та фінансові виклики посилюють необхідність орієнтувати системи охорони здоров'я на людей і громади. Говорячи про реалізацію права людини на здоров'я, необхідно зосередити увагу на основних складових: доступ до медичної допомоги (доступність та своєчасність), процес догляду (профілактичні заходи, безпечний догляд, скоординований догляд та працевлаштування, переваги пацієнта) адміністративна ефективність, справедливість і здоров'я (стан здоров'я населення, смертність, пов'язана зі здоров'ям), фінансування. Ці складові визначають якість медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я як такої.

Вся медична допомога повинна бути своєчасною, безпечною, ефективною, орієнтованою на пацієнта, справедливою [86, с. 35]. Так, люди часто не отримують необхідної медичної допомоги, стикаються з труднощами в оплаті отриманої допомоги, не завжди можуть оперативно отримати інформацію про прийом та отримати невідкладну допомогу. Згідно зі звітом Організації економічного співробітництва та розвитку «Здоров'я з першого погляду 2019: показники ОЕСР», кожна п'ята людина у світі повідомляє, що не зверталася до лікаря, незважаючи на медичну потребу [88, с. 30].

Наявність достатніх ресурсів для охорони здоров'я має вирішальне значення для функціонування системи охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатніх коштів для оплати медичної допомоги чи інших основних потреб. У результаті відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати здоров'я, поглибити бідність і збільшити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціально-

економічну нерівність. Але практика систем охорони здоров'я світу показує, що більше ресурсів не призводить до кращих результатів здоров'я, оскільки важливу роль у цьому відіграють економічна ефективність, розумне витрачання коштів, забезпечення максимального співвідношення ціни та якості [94, с. 15].

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права громадян на здоров'я не дають однозначної відповіді, яка країна є світовим лідером у цій сфері. Це пов'язано насамперед з використанням різних критеріїв оцінювання. Наприклад, згідно з рейтингом процвітання, найкращою системою охорони здоров'я в 2019 році є Сінгапур, потім Японія, а на третьому місці – Швейцарія. Система охорони здоров'я України посідає 114 місце [96]. Згідно з Глобальним індексом безпеки охорони здоров'я за 2019 рік, лідерами країн світу є США, Велика Британія, Нідерланди та Австралія. Україна в цьому рейтингу посіла 94 місце [87]. Згідно зі звітом European Health Consumer Index за 2018 рік, перше місце посіли Швейцарія, Нідерланди та Норвегія. У цьому ж звіті також визнається, що права пацієнтів найкраще забезпечені в Нідерландах і Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, асортимент і доступ до послуг – у Нідерландах і Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтична продукція – у Німеччині та Нідерланди [91].

Сьогодні право на медичне обслуговування, доступ до медичної допомоги та лікування реалізується кількома способами в усьому світі. Більшість розвинутих країн світу використовують медичне страхування як особливу форму медичної допомоги.

Можна виділити три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування та змішане медичне страхування.

Японія є однією з найздоровіших країн світу, а її система охорони здоров'я визнана однією з найкращих. З 1960-х років в Японії діє універсальна державна система медичного страхування, яка забезпечує повне охоплення всіх японських громадян [91, с. 16]. Однією з особливостей японської системи

охорони здоров'я є вільний доступ до медичних закладів. Система медичного обслуговування Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому закладі охорони здоров'я по всій країні та самостійно обирати частоту лікування незалежно від свого страхового статусу чи тяжкості захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані сплачувати деякі додаткові збори за заклади третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від закладу первинної або вторинної медичної допомоги. В Японії ця система називається «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримати необхідні медичні послуги, коли вони хворі або отримали травму, за фіксованою ставкою внеску лише за наявності підтвердження страхування. Медичне страхування включає понад 5000 видів медичної, стоматологічної та фармацевтичної допомоги.

Вступ до системи державного медичного страхування є обов'язковим незалежно від громадянства для всіх осіб, які проживають в Японії більше трьох місяців. Японське законодавство не дозволяє вибирати державне медичне страхування на власний розсуд. Схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця проживання: медичне страхування на основі роботодавця; Національне медичне страхування за місцем проживання та медичне страхування для осіб віком від 75 років. Згідно з японською системою охорони здоров'я, пацієнт несе відповідальність за 30% медичних витрат, а держава оплачує решту 70%, медичне страхування для людей старше 75 років підтримується в основному державним фінансуванням, а також внесками на медичне страхування. . На основі роботодавців і національного медичного страхування[29].

У США немає ні національної системи охорони здоров'я, ні універсальної медичної допомоги, і американці купують медичну страховку, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від медичних боргів, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, рецептурні вакцини та ліки. Щоб оформити медичну страховку, вам необхідно вибрати програму медичного страхування,

zareestruватися ta vnositi regularni platazhi v medichnu strakhovu kompaniu. Osobam, yakі prozhivayut y Spolucheni Shтатах і yakі mayut medichne strakhuvannya, nadaetsya nizka poslug dlya realizatsii prava na zdorov'ya. Persh za vse, ce shvidkii dostup do profil'nihih likariv, otrimannya neobkhidnoї dopomogi z vikoristanniam novitnih tekhnologiy, innovatsiy,передових сучасних tekhnologiy і методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в області досліджень і розробок, саме в США розроблено багато ліків і tekhnologiy, yakimi koristuyetsya ves' svit. Krім того, в США велика кількість незастрахованих осіб. Незастраховані особи стикаються з дорогою медичною допомогою. Лікарні обслуговують лише екстрені випадки без попередньої оплати та можуть відмовити в лікуванні без підтвердження страхування чи застави. Ось чому незастраховані люди набагато частіше, ніж застраховані люди, відкладуть або відмовляться від медичної допомоги, що матиме серйозні наслідки. Наприклад, лікування перелому ноги може коштувати до 7500 доларів США, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить близько 30 000 доларів США [96].

Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем особи та поширюється на його найближчих родичів. Деякі схеми страхування надаються федеральними урядами чи урядами штатів, профспілками чи окремими особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу за програмою державного страхування Medicare, сім'ї та малозабезпечені особи – за програмою державного страхування Medicaid.

На відміну від США, охорона здоров'я в Австралії є прикладом надійної та добре керованої системи та характеризується поєднанням державних і приватних постачальників послуг охорони здоров'я. Австралійці можуть отримати низку послуг як для підтримки здоров'я та профілактики, так і для лікування складніших станів, які можуть потребувати спеціалістів або лікарняного догляду. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я. В Австралії

існує загальне покриття через програму страхування - Medicare, яка фінансується платниками податків, які платять відсоток від свого доходу для покриття витрат, що покривають більшість медичних послуг, включаючи медичне обслуговування та лікарні, а також ліки, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми забезпечило людям отримання високоякісної та доступної медичної допомоги, яка включає безкоштовне лікування в державних лікарнях. Вона також передбачає безкоштовні або субсидовані платежі приватним медичним працівникам за певні послуги по всій країні. В Австралії також діє добровільне приватне медичне страхування, яке забезпечує доступ до приватних лікарень і деяких послуг, які не покриваються державною системою.

У Швейцарії найкраща система охорони здоров'я в Європі. Крім того, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не базується на податках і не фінансується роботодавцями. З іншого боку, кожен, хто живе в Швейцарії, сплачує внески і може отримати базове страхування від нещасного випадку та здоров'я для лікування. Багато людей доповнюють базове покриття додатковим приватним медичним страхуванням. Таким чином, лише ті, хто мають принаймні базове медичне страхування, мають доступ до системи охорони здоров'я. Базове медичне страхування покриває близько 80-90% витрат на охорону здоров'я, включаючи: нещасні випадки, альтернативну терапію, психотерапію, реабілітацію після операцій або серйозних захворювань, скринінг раку, екстрене лікування серйозних захворювань порожнини рота або щелепи (стоматологічна допомога), загальні огляди та лікування (стаціонарне, амбулаторне та екстрене), лікування очей, гінекологічні огляди та пологи, витрати на медичні вироби, рецептурні ліки. Крім того, базове медичне страхування покриває кілька щеплень, таких як кашлюк, дифтерія та правець, гепатит В, кір, епідемічний паротит (свинка) та краснуха.

Система медичного страхування в Нідерландах – це поєднання приватних планів охорони здоров'я та соціальних умов, заснованих на солідарності, ефективності та цінності для пацієнта.

У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове базове страхування або базове страхування та додаткове додаткове страхування. У Нідерландах базове медичне страхування є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не включає певні види лікування, такі як стоматологічна допомога та фізіотерапія.

Кожна особа, яка жила або працювала в Нідерландах більше чотирьох місяців, повинна бути застрахована на базовому рівні медичного страхування (з додатковим покриттям або без нього). Люди з нижчими доходами можуть шукати фінансової допомоги на базове медичне обслуговування або якщо вони хочуть отримати додаткові послуги, але не можуть їх дозволити. Щоб скористатися своїм правом на медичне обслуговування в Нідерландах, особа повинна зареєструватися в місцевій раді, щоб отримати номер громадянської служби (BSN), потім вибрати та зареєструватися в медичній страховці та у місцевого лікаря. Крім того, якщо протягом чотирьох місяців особа не отримала базового медичного страхування, Уряд вживає всіх заходів для викорінення незастрахованих осіб. Зокрема, Уряд спочатку протягом трьох місяців надішле лист про реєстрацію на медичне страхування. Якщо протягом цього терміну особа не звернеться повторно, на неї накладається штраф. Наприклад, сума штрафу в 2019 році становить 410,49 євро. Крім того, якщо особа не зверталася понад шість місяців, буде виписаний повторний штраф у такому ж розмірі. Якщо з моменту першого листа Уряду минуло дев'ять місяців, місцева влада самостійно зареєструє особу у страхувальника та нарахує щомісячну компенсацію заробітної плати [92, с. 4].

Висновок до першого розділу

Аналіз досліджень теоретичних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні за період незалежності показав, що до 2015 р. в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я на основі фінансування закладів охорони здоров'я та інфраструктури системи. З кінця 2014 року відбувається перехід на нову модель, яка запроваджує принцип «гроші за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, договірну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування, автономізацію медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається через регулювання чотирьох рівнів галузі: конституційного, загального, спеціального та національного, що визначає напрямки трансформації та вектор розвитку галузі. Послідовність змін на всіх рівнях є важливою. Реформування системи охорони здоров'я здійснюється за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичної допомоги; стандартизація медичної допомоги; акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; Децентралізація та автономізація закладів охорони здоров'я; фінансування закладів охорони здоров'я; регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих захворювань.

Аналіз реалізації права на здоров'я та функціонування систем охорони здоров'я в різних країнах світу дозволив зробити висновок, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід показав, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати як за рахунок бюджетного фінансування, так і за рахунок соціального медичного страхування.

В Україні з метою підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити та впровадити програму медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей держави. З

цією метою необхідно переглянути існуючу національну політику у сфері охорони здоров'я та зосередити основні зусилля на найважливіших питаннях охорони здоров'я, зокрема доступності та своєчасності надання якісної медичної допомоги, високої ефективності охорони здоров'я, покращення обслуговування. Запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування дозволить не лише покращити надання медичних послуг, а й покращить управління та фінансування всієї системи.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України

Інтенсивний рівень глобалізації, окрім позитивних наслідків, несе в собі небезпеку, а саме рівень захворюваності та смертності від різноманітних хвороб та поширення соціально небезпечних інфекційних захворювань, основною причиною чого є відкритість кордонів та міграція населення. Населення, і це саме по собі викликає занепокоєння світової спільноти через його розмір і швидкість їх поширення в суспільстві. Такі процеси загрожують не лише національній безпеці кожної окремої країни, а й розвитку людства в цілому. Таким чином, актуальним стає забезпечення конкурентоспроможності національної медицини, адаптивний розвиток системи охорони здоров'я в цілому.

Катастрофічні проблеми сучасного стану національної системи охорони здоров'я, зумовлені відсутністю ефективної стратегії комплексної модернізації, інноваційного розвитку, нехтуванням базових потреб населення, сучасними світовими тенденціями та високим рівнем корупції спонукали суспільство до пошуку нових форми і методи ефективного функціонування системи.

У сучасних умовах глобалізації, під впливом нових викликів, які постали перед суспільством (глобальна пандемія (COVID-19 та ін.), ви обов'язково приходите до висновку, що головною цінністю людини є її здоров'я, як основа багатства нації в цілому та добробуту окремої людини. Загальновідомо, що здоров'я населення впливає не лише на особистість, а й на економічну та соціальну складові розвитку національної економіки. в цілому. Отже, актуальним є питання якнайшвидшого реформування системи управління охороною здоров'я в Україні в контексті наслідування світовим трендам і трендам.

Сьогодні українську систему охорони здоров'я можна відзначити такими негативними рисами, як:

значні розриви в очікуваній тривалості життя та смертності між європейськими країнами: згідно зі статистичними звітами, у 2017 році різниця в очікуваній тривалості життя в Україні та ЄС становила 71,7 та 81,9 відповідно, що становить майже десятиліття різниці;

через складну економічну ситуацію, низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяє повною мірою реалізувати необхідний рівень витрат на охорону здоров'я та практично залишає пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та ліків;

застарілі та неефективні системи охорони здоров'я з жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування, що призводить до високого рівня корупції в усіх сферах системи охорони здоров'я, включаючи закупівлі, навчання, сертифікацію та працевлаштування лікарів, надання медичної допомоги за відсутності прозорості, державної -гарантований пакет медичних послуг.

Крім того, важливою причиною невідповідності розвитку національної медичної системи сучасним викликам є накопичення фундаментальних недоліків системи охорони здоров'я, набутих попередниками. Таким чином, маючи величезну кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не в змозі забезпечити ефективні заходи, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації. Неспроможність української системи охорони здоров'я пояснюється плачевним і архаїчним станом закладів охорони здоров'я. У державному та муніципальному управлінні функціонує понад 2200 лікарень і понад 400 тис. лікарняних ліжок, що в перерахунку на душу населення значно більше, ніж у країнах ЄС. Проте понад 75% із зазначених ліжок мають вкрай низьку потужність для надання медичних послуг, оскільки розташовані переважно в невеликих установах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, амбулаторіях та сільських лікарнях. Через

брак інвестицій та інші обмеження дуже мало закладів здатні надавати сучасну комплексну медичну допомогу [59].

Слід зазначити, що на сьогоднішній день загальні витрати на охорону здоров'я зросли на 20% на душу населення в реальному вимірі між 2016 і 2021 роками, але це збільшення є дивним і частково пояснюється зменшенням загальної кількості населення України на 2,9%. Протягом аналізованого періоду цей процес відбувається значно повільніше, ніж економічне зростання (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Основні показники та тенденції фінансування охорони
здоров'я України, 2016-2021 рр.

Показники	2016 р.	2018 р.	2020 р.	План 2021 р.	Прогноз 2022 р.	Відношення, %	
						2020 р. до 2015 р.	2020 р. до 2021 р.
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн)	1 657	1850	1 959	1 988	1 848	120,2	91,6
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)	71.0	78.6	82.3	83.2	77.0	117,1	91,2
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3.6	3.4	3.2	3.0	3.0	85,2	100
Чисельність населення (млн)	42.8	42.5	42.0	41,8	—	98,6	—
Економічне зростання (змiна реального ВВП у %)	-9.8	2.5	3.2	3.7	—	—	—
Консолідовані видатки (% ВВП)	34.2	35.4	34.5	32.9	—	96,3	—
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10.4	9.7	9.4	9.2	—	88,5	—

У той же час слід зазначити, що консолідовані витрати на систему охорони здоров'я у відсотках від ВВП суттєво впали протягом періоду, що розглядається, з 3,6 відсотка до 3,0 відсотка, що свідчить про те, що державні витрати на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка. в цілому. Дійсно, якщо ця тенденція збережеться на рівні 3% у майбутньому, очікується, що реальні витрати на охорону здоров'я на душу населення знизяться на 8,4%, що є катастрофічним для галузі охорони здоров'я [30].

Основною складовою здоров'я людини є створення механізму ефективної діяльності закладів охорони здоров'я, відповідно до сучасних вимог.

Стратегія у сфері охорони здоров'я — це визначення курсу, напряму дій органів державної влади щодо вирішення проблем, цілей і завдань системи охорони здоров'я.

Можна стверджувати, що нормальне функціонування галузі охорони здоров'я України під впливом зовнішніх факторів має передбачати розробку відповідної соціально-моральної, виваженої маркетингової стратегії управління медичною галуззю. Саме реалізація оптимальної стратегії дозволить у майбутньому ідеально залучати потенційних споживачів, які формують попит на ринку медичних послуг.

Сучасна політика охорони здоров'я, враховуючи нові глобальні виклики, має бути спрямована на зміцнення здоров'я населення, підвищення якості життя та збереження генофонду української нації. Реалізація цієї політики потребує реалізації комплексу державних та галузевих заходів, які мають стати основою сучасної стратегії розвитку охорони здоров'я. Побудова цієї стратегії розвитку має стати основою науково-теоретичних і прикладних стратегічних досліджень, які б гармонійно забезпечували інтегрований системний підхід до аналізу процесів, що відбуваються в системі охорони здоров'я, і базувалися на цих методологічних засадах практичних (прикладних) рекомендацій. [55].

Багаторічні та всебічні дослідження організації та управління системою охорони здоров'я дозволяють зробити висновок про необхідність невідкладного впровадження комплексу заходів, спрямованих насамперед на покращення здоров'я населення шляхом ефективного та професійного лікування людей, профілактики розвитку соціально небезпечні захворювання тощо. Такі стратегічні орієнтири повинні включати такі кроки [56]:

- 1) Забезпечення ефективних інструментів та механізмів інвестиційної привабливості національної системи охорони здоров'я. З цією метою

рекомендовано: надавати пріоритет здоров'ю в системі соціальних цінностей суспільства; запровадити систему стимулювання інвестиційної діяльності роботодавців щодо оздоровлення працівників, у тому числі, а отже, і населення;

2) Розробка Державної програми створення правових та економічних умов для надання населенню медичних послуг, спектр, якість та обсяги яких відповідатимуть реальному рівню захворюваності та потребам населення; Сучасний рівень медичної науки та інноваційні технологічні реалії. Загалом ця мета досягається за рахунок таких заходів: насамперед, запровадження ефективних механізмів координації та консолідації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я; переформатування системи фінансування охорони здоров'я; Перереєстрація та, за необхідності, реструктуризація всієї мережі лікувально-профілактичних закладів з метою їх оптимізації; якісне вдосконалення правових, економічних та організаційних механізмів функціонування медичних установ; Розробка та впровадження ефективної системи державних гарантій щодо забезпечення населення лікарськими засобами; розвиток інноваційної складової з метою підвищення якості та ефективності надання медичних послуг.

3) Забезпечення ефективної доступності медичної допомоги на всіх робочих місцях. Цього можна досягти, дотримуючись таких принципів: збалансованість державних гарантій надання медичної допомоги та фінансових можливостей держави; забезпечення прозорості та ефективної системи фінансування охорони здоров'я;

4) запровадження ефективного механізму та інструментарію планування та оплати медичної допомоги, що сприятиме більш ефективному використанню наявних ресурсів охорони здоров'я;

5) Підвищення функціональної якості системи охорони здоров'я шляхом створення умов інноваційного розвитку та комплексної модернізації матеріально-технічної бази галузі. Досягти цієї мети можна шляхом: розробки та впровадження процедури ефективного стратегічного планування

забезпечення сучасним обладнанням; погодження планів оснащення лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності (державної та комунальної) Організаційної схеми надання медичної допомоги тощо.

б) Впровадження системи заходів і механізмів профілактики захворювань населення, де рекомендується: активізація заходів широкої та комплексної профілактики захворювань (особливо професійного характеру); розвиток і створення економічних, правових та екологічних умов для пом'якшення техногенного впливу на здоров'я людини та суспільство в цілому; реалізація механізмів і техніко-технологічних передумов запобігання або компенсації негативного впливу навколишнього природного середовища на здоров'я населення.

Проблеми забезпечення розвитку конкурентоспроможності охорони здоров'я на національному рівні вітчизняними науковцями майже не розглядалися. Причому відповідні органи особливо не хвилювалися. Вітчизняна медична промисловість перебуває у дуже важкому становищі. Причиною цього стала давно застаріла модель фінансування медицини, яка, по суті, передбачала виділення бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури (без належного контролю цільового використання коштів), а не на компенсацію фінансових ризиків. хвороби.

Для підвищення конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я необхідно терміново реформувати цю галузь, головним напрямком якої має бути створення нової сучасної моделі фінансування національної системи охорони здоров'я, яка має передбачати чіткі державні гарантії охорони здоров'я. піклування, кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний і справедливий розподіл державних ресурсів і скорочення неофіційних платежів.

2. Наступним етапом має стати зобов'язання держави надати певний обсяг медичної допомоги. Громадяни повинні знати, що вони можуть отримати безкоштовно, а за що потрібно платити – скільки, як і на яких умовах (офіційна, проста і зрозуміла система співоплати). Медичні послуги за

гарантованим пакетом повинні надавати постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату від єдиного національного замовника по всій країні.

3. Державі через постатейне бюджетування ліквідувати неефективне утримання всієї інфраструктури закладів охорони здоров'я. Поступово відбувається перехід до оплати медичних закладів за фактично надані пацієнтам послуги, що є більш ефективним і сприятиме конкурентоспроможності галузі в цілому. Усе це спонукатиме медичні заклади постійно підвищувати якість власної діяльності та ставати ефективними. Підвищиться якість і якість послуг, що неминуче призведе до зростання доходів медичних працівників.

Ролі держави та громад у сфері охорони здоров'я мають бути чітко та розумно розділені, щоб уникнути дублювання ролей та обов'язків. Важливо, щоб управління медичними закладами було якомога децентралізованіше, щоб краще їх використовувати.

Таким чином, слід зазначити, що забезпечення конкурентоспроможності медичної галузі України потребує розробки та впровадження відповідних моделей їх об'єктивної та стандартизованої оцінки та відбору з урахуванням показників ризику та ефективності відповідно до викликів глобалізації.

2.2. Оцінка організаційного інструментарію системи охорони здоров'я

Зростання значення людського капіталу в економічному розвитку країни зосередило увагу на здоров'ї як пріоритеті суспільства та держави. Проте суперечливий характер структурно-функціональної моделі охорони здоров'я разом із зростаючою потребою в справедливих і справедливих послугах охорони здоров'я виявляється в обмежених фінансово-економічних можливостях державного сектора. Очевидно, що ця проблема залишається в процесі трансформації системи охорони здоров'я, яка зараз відбувається в Україні. Так, незважаючи на встановлені законом 5% ВВП [8], на медицину виділяється лише 3%, тож очевидно, що програма медичних гарантій буде обмежена у фінансуванні. Зазначене актуалізує пошук ефективних

інструментів для розвитку вдосконаленої системи охорони здоров'я на основі економічної взаємодії державного та приватного секторів медицини.

Нинішня реформа вітчизняної системи охорони здоров'я передбачає повну трансформацію моделі Семашка в модель державного солідарного медичного страхування, засновану на стратегічних закупівлях медичних послуг. На зміну дебатам щодо вибору моделі прийшов перехід до нової системи, в якій межі державного та приватного секторів охорони здоров'я стали більш чіткими, неофіційні платежі за послуги вирівняні, потік ресурсів скорочено та прозоро. сформовано механізм державного фінансування. Водночас трансформаційна система має невизначеність, уповільнення доступу до медичних послуг, недоступність вторинної та третинної медицини безкоштовно без сімейного лікаря та недофінансування програми гарантування здоров'я. У цих умовах населення незадоволене медичною реформою. Так, згідно з опитуванням Соціологічної групи «Рейтинг», реформою незадоволені 64% респондентів і задоволені лише 18% (це переважно молодь, забезпечена частина населення та активні відвідувачі сімейних лікарів). Водночас майже 60% респондентів вважають, що медичну реформу необхідно продовжувати зі значними змінами, 25% виступають за її скасування, 6% згодні з продовженням реформи без змін [64]. Песимістичний настрій населення в основному сформований тим, що нинішня реформа негативно вплинула на фізичну доступність лікарень: медицина другого та третього рівня тепер може бути в межах години досяжності швидкої допомоги, це не так, як у старій системі. Тепер спочатку потрібно звернутися до сімейного лікаря в амбулаторії (часто на запис), що значно уповільнює процес отримання спеціалізованої медичної допомоги та збільшує ризик смерті через зволікання. Не додає оптимізму і гривня за день, яка «йде за пацієнтом» згідно з реформою, враховуючи, що «з 2009 року пряма оплата та співплата медичних послуг населенням в Україні становить понад 40% з низький рівень достатку населення. Жителі великих міст платять за медичні послуги на 3-6% більше, ніж населення невеликих сіл і містечок» [99, с. 144]. У цьому контексті

лише близько 4,5% населення користується послугами приватних медичних закладів, тоді як близько 18 мільйонів пацієнтів щорічно відвідують державні медичні заклади, хоча 93% цих відвідувань є самофінансованими [99, с. 144].

Порівняльний аналіз функціональних особливостей державного та приватного секторів медицини (табл. 2.2) акцентує увагу на кадровій проблемі в цілому по галузі, диспропорціях у галузевій структурі, наявності обмежень для розвитку в обох секторах. Наприклад, у контексті зростання працездатного віку старіє медичний персонал (25% державного сектору – лікарі-пенсіонери). У структурі вакансій на початок 2020 року медичне обслуговування становить 7,8 відсотка (для порівняння: професійна, наукова і технічна діяльність – 2,3 %). З точки зору структури, окрім переважаючих стоматологічних клінік та діагностичних центрів у приватному секторі в малих містах, громадах та сільській місцевості, очевидна низька концентрація інших медичних послуг.

Переважаючі спеціалізовані клініки у приватному секторі пояснюються перспективами бізнесу та ризиками, пов'язаними з рівнем доходів населення. У державному секторі лікарням бракує сучасного обладнання та інноваційних технологій через постійну нестачу фінансування. Бюджетні обмеження впливають на дефіцит медичного персоналу та створюють навантаження на лікарів. Це впливає на якість медичних послуг, що надаються державними закладами охорони здоров'я, оскільки в приватному секторі є сучасне діагностичне та лікувальне обладнання, що забезпечує високий рівень продуктивності.

Частково вирішення проблем оновленої системи забезпечують компенсаторні функції приватного сектору охорони здоров'я, наприклад, планується, що кожен п'ятий заклад первинної ланки буде приватним. У цьому контексті важливо стимулювати розвиток приватної медицини разом із налагодженням механізмів ефективної взаємодії державних, комунальних та приватних установ. Такі механізми мають ґрунтуватися на відповідних економічних інструментах, які враховують розвиток кожної галузі та інтереси сторін, а також функціональні взаємозв'язки в структурах механізмів.

Таблиця 2.2

Аналіз функціональних особливостей державного і приватного секторів медицини

Функціональний елемент	Державна медицина	Приватна медицина
Ринок:		
Частка у структурі ринку, % (2018 р.)	85,7	14,3
Обсяг ринку медичних послуг, млрд грн (2018 р.)	111,55	15,41
Галузева структура (2018 р.)	Найбільший сегмент: лікарські амбулаторно-поліклінічні заклади. Найбільш затребувані вузькі спеціалізації: офтальмологія, хірургія, кардіологія, педіатрія, анестезіологія	Найбільші сегменти: лікарні (27,4%), діагностика (23,1%), стоматологія (15,1%). Найменш заповнена ніша – багато-функціональні центри з повним спектром медичних послуг. Найбільш затребувані – онкологічні і кардіологічні центри
Заклади, що уклали договори з НСЗУ (2019 р.)	1024	131
Частка витрат на ОЗ, % (2019 р.)	40	58
Кадрові ресурси:		
– щільність лікарів на 10 тис населення	37,2	4,5
– щільність середнього мед. персоналу на 10 тис населення	74,4	3,7
– спеціалісти (2018 р.)	84,55%; 25% пенсіонери	10,1 %
Регулювання	нормативне інституціональне регулювання	нормативне регулювання, закони попиту і пропозиції
Стимули і мотивація	неузгоджена система фінансових і нефінансових стимулів	стимулювання за наявність додаткових компетенцій, ініціатив, лідерства тощо
Маркетингова політика	пропаганда здорового способу життя, PR-технології	просування медичних послуг на ринках, брендинг
Драйвери розвитку	державні проєкти, механізми взаємодії	система конкурентних переваг; інвестиції, інновації
Стримуючі фактори	дефіцит кваліфікованих кадрів та фінансових коштів, застаріле обладнання, висока вартість спеціалізованих послуг, незадовільна якість амбулаторних послуг	високі вхідні бар'єри та початкові інвестиції, низька купівельна спроможність населення, дефіцит кваліфікованих кадрів
Комплекс переваг	безоплатні пакети медичних послуг, державні програми, широке профільне охоплення структури ринку	використання сучасних інформаційних технологій, якість надання медичних послуг, сучасні медичні технології та обладнання

Наразі такі інструменти, як стандартизація, ліцензування, адміністративні заборони та обмеження, фінансові плани, цільові програми будуть використовуватися для безпосереднього регулювання охорони здоров'я; Непрямі – бюджетне фінансування, податкові пільги, державні замовлення, субсидії, інвестиції, пільгове кредитування тощо. Проте в процесі трансформації системи охорони здоров'я та зростання потреби в економічній взаємодії потрібен ширший інструментарій, застосування якого визначається його функціями та завданнями, напрямком його використання, а також особливостями реформування.

Такі інструменти можна звести до п'яти груп.

До першої групи належать власне організаційні інструменти, основними завданнями яких є формування нормативного, організаційно-розпорядчого та дисциплінарного впливу на суб'єктів сфери охорони здоров'я. Ця група застосовується в рамках адміністративних методів і використовується як основа механізмів управління змінами.

Другу групу складають нормативно-правові акти, спрямовані на формування фінансово-економічних основ системи охорони здоров'я, стимулювання, регулювання та контролю процесів надання медичної допомоги. Інструменти цієї групи можуть використовуватися як в адміністративних, так і в економічних методах.

В умовах зростання значення приватної медицини і, відповідно, комплексу маркетингу на ринку медичних послуг, комплекс ринково орієнтованих інструментів, за допомогою яких функціонують фінансово-економічні та мотиваційні механізми системи охорони здоров'я, а також стимулювання діяльності суб'єктів господарювання у сфері охорони. Здоров'я і, в свою чергу, розвиток ринку медичних послуг. На нашу думку, такий набір інструментів можна представити трьома блоками, що розкривають фіскальний аспект системи охорони здоров'я, податкові пільги для учасників медичного ринку та медичний маркетинг.

Якщо більшість фіскальних інструментів спрямовані на фінансування діяльності закладів охорони здоров'я та виконання програми державних гарантій за рахунок видатків, то податкові та маркетингові забезпечують ефективне функціонування приватного сектору через державну підтримку бізнесу, з одного боку. сторони, а також реалізація медичних послуг у складі маркетингового комплексу. Третю групу складають ринкові інструменти. Третю групу складають ринкові інструменти.

Підрозділ інформаційно-комунікаційних засобів призначений для збору інформації та обміну інформацією, тому його основною функцією є пошук інформації та повідомлень.

П'ята група формується з інструментів економічної взаємодії. Під співпрацею державного та приватного секторів ми розуміємо взаємовигідну співпрацю державних органів, органів місцевого самоврядування, державних та громадських закладів охорони здоров'я, з одного боку, та бізнесу (суб'єктів господарювання) – з іншого, метою якого є задовольнити суспільний інтерес у створенні та функціонуванні ефективної системи охорони здоров'я, ключовим пріоритетом якої мають бути доступні та якісні медичні послуги, що надаються населенню» [57]. Серед поширених практик взаємодії особливого значення набуває державно-приватне партнерство, яке через свою складність є механізмом співпраці, моделлю фінансування інноваційних та інфраструктурних проектів у сфері охорони здоров'я, а також розглядається як інструмент розвитку ринкового сектору сфери охорони здоров'я, який водночас передбачає підвищення ефективності державного управління галуззю, тому слід виділити окремий засіб формування системи охорони здоров'я.

Таким чином, до основних інструментів організації системи охорони здоров'я відносяться:

- 1) Інституційні інструменти:

Закони, постанови, акти, постанови, накази;

технічні: інструкції, стандарти, програми, положення, правила, договори, статuti.

Завдання: формування нормативного, організаційного, адміністративно-дисциплінарного впливу на суб'єктів сфери охорони здоров'я.

2) Регуляторні інструменти:

Фінансово-економічні: стратегії, проекти, комплекс стратегічних закупівель, система державних фінансових гарантій, тарифи за програмою державних гарантій медичних послуг (норма капіталу, коригувальні коефіцієнти);

Процедурні: ліцензування діяльності з надання медичних послуг; акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я; стандартизація якості медичних послуг;

Мета: патентування, реєстрація, ліцензування, стандартизація, акредитація, сертифікація.

Завдання: Створення справедливої системи фінансової підтримки територіальних програм державних гарантій, підвищення якості медичного обслуговування, забезпечення надання якісних медичних послуг, підвищення відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я, стимулювання інноваційної діяльності в медицині. сфери.

3) Ринкові інструменти:

Фіскальні: державні витрати на заклади охорони здоров'я та державні гарантії;

Податки: кредити, пільги, субсидії, програми фінансової підтримки;

маркетинг: моніторинг, просування, оцінка постачальників медичних послуг

Завдання: реалізація програми державних гарантій, стимулювання ефективного функціонування суб'єктів державного та приватного секторів.

4) Інформаційно-комунікаційні засоби:

Пошук: засоби та методи дослідження; інформаційні бази даних;

Інформаційні технології, ЗМІ, зворотний зв'язок.

Завдання: розробка комунікаційних стратегій, доведення актуальної інформації до учасників ринку та споживачів, моніторинг, соціологічні, економічні та статистичні дослідження.

5) Інструменти економічної взаємодії:

Завдання: державні закупівлі, оренда державного та комунального майна, енергосервісні послуги, приватизація;

Державно-приватне партнерство: концесія, управління майном, спільна діяльність; проекти (інфраструктурні, комплексні медичні, комбіновані); функціональні моделі (BOT, BTO, BOO, BBO, DBFO, DBFM, DBB, BOOT, BOLB, ROT, PFI).

Завдання: пошук нових джерел фінансування, підвищення якості надання медичних послуг (у тому числі за рахунок компетенції та досвіду приватного партнера), забезпечення ефективності використання бюджетних коштів.

Висновки до другого розділу

Криза COVID-19, яка завдала нищівного удару по економікам майже всіх країн світу, торкнулася й найбільш вразливих сфер України, а саме сфери охорони здоров'я. Тому уряду необхідно знову консолідуватися, перш ніж коригувати макрофіскальні показники, коли глобальна економіка почне стабілізуватися, що, ймовірно, включатиме фіскальну трансформацію. Тому, з огляду на нові реалії, необхідно збалансувати реформу існуючої системи управління медичною галуззю, а передбачені в ній стратегічні зміни мають впроваджуватися поступово. Послідовність і передбачуваність особливо важливі для забезпечення належного соціального захисту медичних працівників та перепідготовки медичних працівників в умовах її фундаментальної трансформації, а також для розробки та впровадження інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестування в розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, забезпечення ефективної соціальної комунікації та роз'яснення сутності механізмів та очікуваних

результатів перетворення широких верств населення на запобігання соціальної напруги.

Основні організаційні інструменти охорони здоров'я застосовуються в рамках загальноприйнятих методів державного регулювання, враховують функціональні особливості державного та приватного секторів охорони здоров'я та складаються з п'яти основних груп, які можуть бути розширені та доповнені. Використання цього інструменту сприятиме реалізації цілей управління громадським здоров'ям та забезпечить ефективний діалог і співпрацю між державним і приватним секторами в процесі модернізації медичної галузі. Подальші дослідження спрямовані на вдосконалення моделі взаємоузгодження організаційних інструментів системи охорони здоров'я з напрямками управління цією системою та завданнями реформування. Окремий науковий інтерес становить розробка критеріально-цільової схеми вибору інструментів організації системи охорони здоров'я на різних етапах її трансформації та в процесі функціонування.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Шляхи зниження ризиків при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні

Основною проблемою системи охорони здоров'я в Україні є низький рівень ефективності використання ресурсів. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2014 році видатки України на охорону здоров'я становили 7,1% ВВП. Це середній показник для європейського регіону [99] (оцінки Держстату 2015 р. Державні та приватні витрати разом становили 7,8% ВВП країни)[57]. Водночас до «підтримки» системи охорони здоров'я було залучено понад 9 із 10 домогосподарств (у 2016 р. таких було 94% [31]) та приватні джерела (домогосподарства, роботодавці, некомерційні організації, що обслуговують домогосподарства). більше половини ресурсів системи охорони здоров'я (50,9% у 2015 р.)[57].

Водночас для країни, де право кожного на охорону здоров'я є основним соціальним правом, частка домогосподарств, у яких принаймні один член сім'ї не міг отримати медичну допомогу, ліки чи медичне приладдя у разі потреби, надвисока – 23,1 % у 2016 р. [31].

Характер більшості вкладів домогосподарств у сферу охорони здоров'я (прямі платежі під час отримання медичної допомоги) Не дозволяє отримувачу послуг впливати на їх якість та не сприяє реалізації принципу соціальної солідарності у розвитку національна система охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає залежність населення від прямих платежів у момент потреби в медичній допомозі як одну з головних перешкод для загального охоплення медичною допомогою.

Частка приватних коштів у системі охорони здоров'я України є не лише значною, але й має тенденцію щорічного зростання. Невпорядкованість приватних і державних механізмів створює численні корупційні ризики та негативно впливає на функціонування національної економіки, що стало

основою для визначення організаційних недоліків і ризиків реформування системи охорони здоров'я в Україні.

У 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію, в якій закликала всі країни створити систему фінансування, яка забезпечить усім їх населенням загальний доступ до всіх послуг охорони здоров'я (включаючи лікування, реабілітацію, профілактику та заходи, спрямовані на розвиток здорового способу життя) і зможе гарантувати кожному громадянину, що користування медичними послугами не загрожуватиме економічному стану його домогосподарства.

Сучасні системи охорони здоров'я в розвинутих країнах пройшли довгий шлях від неформальних моделей охорони здоров'я до моделей універсального охоплення, які базуються на певній історичній країні, організаційній та фінансовій системі медичного обслуговування. У ході еволюції різні системи первинної медико-санітарної допомоги набули ознак одна одної і запозичили одна в одної найбільш прогресивні елементи організації. Прагнучи досягти повного охоплення медичними послугами та покращити доступ до медичних послуг для найбільш вразливих верств населення, більшість систем охорони здоров'я в розвинених країнах стали гібридними, з наголосом на посиленні ролі держави в управлінні ними.

Отже, помітною тенденцією розвитку медичної галузі в останнє десятиліття є соціалізація медичних послуг, тобто забезпечення соціальних гарантій держави та підвищення доступності медичної допомоги широким верствам населення через активну діяльність держави у формуванні страхових пулів, перерозподілі ризиків між ними, управлінні фінансами, формуванні державного замовлення. вплив на цінову політику медичних установ і фармацевтичних компаній.

За постійно існуючої системи організації охорони здоров'я населення постає питання фінансування лікування хронічних захворювань, економічного лікування та діагностики в умовах обмежених ресурсів. З одного боку, в умовах очікування пряма оплата такого роду видатків не здатна покрити

більшість домогосподарств (не лише Батьківщини, а й будь-якої країни), з іншого – собівартість нераціонально включати до систем гарантованого безкоштовного медичні послуги, осквернення непідкупних послуг доступ до статусу ризику основного джерела нераціонального використання державних ресурсів. Проте, так чи інакше, гарантією медичних послуг у таких випадках має бути держава, головне завдання якої – забезпечити їх доступність. Таким чином, для детальних методів лікування та діагностики мають бути чітко визначені джерела фінансування та умови доступу, рівні для всіх громадян. Так, наприклад, економічно ефективна діагностика зручним методом МРТ повинна бути доступна в екстрених випадках для заповнення невідкладної допомоги, а фінансування лікування онкологічних захворювань може здійснюватися за конкретної стабільності програмного бюджету або ряду програм, свого роду заміна яйця. У рамках страхової медицини має бути передбачено фінансування дорогих методів лікування та діагностики для розрахунку вирівнювання ризиків між страховиками, що забезпечує сутність загального охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням.

Навіть у країнах із провиною роллю ринкових механізмів регулювання сектору охорони здоров'я районні методи лікування чи випадки лікування фінансуються за рахунок бюджету. Наприклад, уряди Нідерландів і Швейцарії, які є занадто обтяженими для систем страхування, покривають управління держави відповідно до встановленого порядку розподілу державного фінансування між усіма закладами, які беруть участь у наданні безкоштовної медичної допомоги. Pysl оскільки використання ринкових механізмів у розвитку систем охорони здоров'я в Китаї призвело до накопичення частин прямих платежів до 60% часу, що спостерігається на охорону здоров'я до 2000 р., уряд оголосив курс на реформування галузі, кінетичне значення значної метохімії та доступної медичної допомоги для всіх громадян незалежно від місця проживання.

Водночас у звіті ВООЗ зазначається, що навіть країни з високим рівнем доходу не можуть забезпечити повне охоплення безкоштовними медичними

послугами всього населення. У разі бюджетного фінансування без внесків необхідно завжди дотримуватися балансу між часткою населення, охопленого таким фінансуванням, спектром доступних послуг і часткою цих державних видатків у всіх ресурсах. Для підтримки системи охорони здоров'я.

Багато країн із трансформаційною економікою, реформуючи свої системи охорони здоров'я, пішли шляхом визначення обсягу зобов'язань у сфері охорони здоров'я. Так, у Молдові всі види медичних послуг надаються громадянам державою безкоштовно, а їх обсяг зазначений у «Територіальних програмах державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги». Також у Грузії Програмою державних гарантій щодо надання безкоштовної медичної допомоги громадянам Грузії встановлено перелік видів, форм і умов надання безкоштовної медичної допомоги, а також захворювань і станів здоров'я. Медична допомога надається безкоштовно. , середній рівень обслуговування та фінансову вартість обслуговування, а також структуру тарифів на медичні послуги та порядок їх оплати. Таким чином, механізм співплатежів був законодавчо закріплений у цих країнах і (у різних формах) існує в усіх розвинених країнах.

Крім того, більшість пострадянських країн взяли на озброєння політику підвищення фінансової автономії медичних установ. Основною ідеєю здійснення фінансової та організаційної діяльності, спрямованої на досягнення цієї мети, є надання можливості їх керівникам діяти в інтересах пацієнтів та відповідно до стратегічних цілей розвитку підзвітної організації. Проте доступ до ресурсів, виділених закладу охорони здоров'я, має бути таким же легким, як і доступ до існуючих благодійних організацій.

Найперспективнішим напрямком розвитку систем охорони здоров'я західних країн є розвиток реактивності, тобто такої гнучкості в організації їх роботи, яка б забезпечувала можливість мінімізувати як внутрішні соціально-демографічні загрози, так і старіння населення (підвищення частка людей похилого віку, довша очікувана тривалість життя людей похилого віку, зменшена здатність заповнювати страхові фонди) та зовнішні ризики для

здоров'я населення. Збільшення міграційних потоків призвело до поширення екзотичних хвороб, епідемій та пандемій.

Якщо система охорони здоров'я не має високого рівня адаптивності до соціальних умов, які постійно змінюються під швидкою дією внутрішніх і зовнішніх загроз, вона не задовольняє потреби населення в медичних товарах і послугах, буде найслабшою ланкою в національній безпеці. Навіть у країнах із гідним рейтингом ВООЗ більшість людей визнають необхідність покращення надання медичної допомоги. Більше половини жителів Канади (55 відсотків), Нової Зеландії (52 відсотки), Швеції (51 відсоток) і Сполучених Штатів (52 відсотки) заявили, що система охорони здоров'я їхньої країни потребує фундаментальних змін. Крім того, 23 відсотки жителів Сполучених Штатів заявили, що їхня система охорони здоров'я повинна бути повністю перебудована. Це чітке свідчення того, що люди цієї країни усвідомлюють економічні, організаційні та фінансові проблеми системи надання медичних послуг.

Оскільки система охорони здоров'я є суспільним благом, її ефективність визначається не лише тим, наскільки добре (з точки зору товарів і послуг) використовуються її ресурси, але й тим, наскільки існуючий механізм фінансування дозволяє їй досягати найвищих суспільних цілей: забезпечення доступу до медичної допомоги. Послуги, зменшення нерівності в доступі до ресурсів охорони здоров'я, адаптація системи до нагальних потреб населення в лікуванні та догляді, збільшення консолідації суспільства через солідарне фінансування та підвищення рівня соціальної інтеграції.

Прийнятий Верховною Радою 19 жовтня 2017 року. Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» Фактично це перший крок до впровадження загальноприйнятого у світі механізму співоплати медичних послуг та медичне приладдя. Загалом ВООЗ позитивно оцінює механізм, оскільки він допомагає залучити додаткові кошти для системи охорони здоров'я, підвищує ефективність їх використання та зменшує непотрібне надмірне використання ресурсів системи.

Тим не менше, в сучасних умовах в Україні запровадження співоплати в системі охорони здоров'я може спричинити ряд ризиків, наведених на рис. 3.1.

Ризики можуть включати:

відмова частини населення від платних або частково платних медичних послуг, що призведе до погіршення стану здоров'я населення, збільшення кількості людей з хронічними захворюваннями;

порушення принципу справедливості в доступі до медичної допомоги за умови занадто високого рівня виплат і внесків по відношенню до середнього доходу населення;

збільшення адміністративних витрат на створення та підтримку системи пільг, знижок та винятків, спрямованих на забезпечення доступності медичних послуг для соціально незахищених верств населення;

зменшення ефективності поточних неофіційних витрат на охорону здоров'я, які несуть домогосподарства, якщо держава не встановлює високі стандарти охорони здоров'я або не в змозі здійснювати ефективний контроль над коштами, які після реформи надходитимуть до системи охорони здоров'я через офіційні канали;

посилення сегрегації на ринку охорони здоров'я, якщо приватним і некомерційним лікарням і диспансерам не дозволяється надавати послуги (за умови відшкодування з боку держави) на тих же умовах, що й державні та муніципальні установи;



Рис. 3.1. Заходи державної політики для мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України

Ризик зменшення зобов'язань держави щодо надання найбільш соціально значущих послуг – материнства, дитини, медичної допомоги інвалідам та людям похилого віку.

Крім того, очікується, що значні фінансові ресурси вимагатимуть оновленої системи державного управління великою галуззю, яка не буде сприяти «накладанню» процесів функціонування. З одного боку, має бути конкуренція між лікарнями, з іншого – немає надії, що запровадження ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я автоматично призведе до більш ефективного використання коштів. Ринок медичних послуг ніколи не буде «ринком» у загальному розумінні цього слова, оскільки споживач на «ринку» не має повної інформації про якість медичних послуг та конкурентні переваги медичних виробів особисто для нього, більшість населення обмежена територіальним виміром, який є настільки ж важливим аспектом доступності, як і доступністю.

Щоб мінімізувати ці ризики, пропонуються такі заходи державної політики.

1. Відповідно до рекомендацій ВООЗ [4], для зменшення ризику бідності населення, яке потребує медичної допомоги, необхідно зменшити частку прямих платежів населення до 15-20% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я. заданий час.

Запровадження механізмів зменшення негативного впливу співоплати на користування медичними послугами вразливих верств населення (а саме: система співоплати з низькими доходами, створення та наповнення фінансових пулів, спрямованих на надання медичної допомоги неплатоспроможним особам, встановлення максимальні річні доплати для осіб з хронічними захворюваннями)

3. Розробка та впровадження механізму державно-приватного партнерства в організації роботи закладів охорони здоров'я з метою підвищення ефективності використання ресурсів. Економічний аналіз фінансових результатів закладів охорони здоров'я, залучених до проектів

державно-приватного партнерства в різних країнах, показує, що такий спосіб організації покращує якість медичної допомоги при зниженні вартості медичних послуг (економія 10 відсотків державних ресурсів) [13; 14].

4. Забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг з метою реалізації принципу соціальної справедливості. Тому користування спеціалізованими медичними закладами, які доступні на категорійній основі, слід вилючити із солідарної системи. Для збереження пільг тих категорій громадян, які користуються медичними послугами на особливих умовах, необхідно забезпечити професійне страхування.

Запровадження моніторингу ефективності медичної реформи через кількісні показники, що свідчать про підвищення доступності медичних послуг, підвищення їх якості та покращення умов праці лікарів та медичного персоналу.

Тому індикатори прогресу та ефективності запроваджених реформ мають включати кількісні показники, які свідчать про підвищення доступності медичних послуг, покращення їх якості та умов праці лікарів і медичного персоналу.

3.2. Впровадження інновацій в систему управління закладом охорони здоров'я

Специфіка ведення бізнесу у сфері охорони здоров'я вимагає особливого підходу з огляду на особливості продукту на ринку – медичних послуг. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує використання спеціальних методів менеджменту та маркетингу. З кожним роком комерційний сектор охорони здоров'я в країні неухильно зростає, а населення все більше пристосовується до оплати. Проте менталітет значної частини населення все ще не дозволяє прийняти платну медицину як факт.

Слід розуміти, що результатом інноваційної діяльності в охороні здоров'я є розвиток медичних технологій, досліджень і передового досвіду, спрямованих на отримання якісно нового уявлення про оздоровлення,

лікування, управління процесами в медичній галузі, нових медичних виробів з конкурентними перевагами в технології чи послуги.

Інновації в охороні здоров'я — це послідовний ланцюжок подій, які перетворюють інновацію з ідеї на конкретний продукт, технологію чи послугу та поширюються на практичне використання для досягнення загальних цілей охорони здоров'я. Інновації стосуються не лише надання медичних послуг, а й організації командної роботи, тому зумовлюють необхідність реінжинірингу процесів функціонування медичного закладу. Одним із перспективних підходів до управління організаціями охорони здоров'я слід вважати процесно-орієнтований. Управління, засноване на ньому, розширює свою сферу і включає додаткові завдання: Реінжиніринг медичних бізнес-процесів може бути успішним лише тоді, коли попередньо створені необхідні умови і проблеми, пов'язані з людським фактором; підтримання вузьких професійних об'єднань їх замкнутості; Недостатня обізнаність керівництва щодо широкого спектру доступних альтернатив і недостатні фінансові ресурси ускладнюють поширення орієнтованих на споживача сучасних технологій процесу; Можливості для інновацій та змін забезпечуються шляхом вибору відповідних комбінацій нових інформаційних технологій, які повністю відомі лише небагатьом клінікам; Методологічні аспекти моделювання бізнес-процесів мають відповідати вимогам стратегічного менеджменту, враховувати особливості кожної установи та спиратися на принципи проектного менеджменту, такі як командна робота, системний підхід, процесний підхід, система управління якістю, збалансована система показників та принцип постійного вдосконалення. На кожному функціональному рівні кожна ланка управлінської агенції повинна встановити власні цілі та критерії ефективності, що, на жаль, ще не було зроблено в багатьох закладах охорони здоров'я. Відсутність чіткості у баченні суті діяльності часто не дає змоги керівництву медичного закладу визначити ключові цілі, сформулювати ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутнього сервісу.

Застосування управління бізнес-процесами в галузі охорони здоров'я не тільки допомагає подолати проблеми, але й відкриває нові перспективи для розвитку. Проте реалізація такого плану в закладах охорони здоров'я гальмується низкою перешкод на шляху широкого впровадження процесного підходу до управління, зокрема небажанням персоналу виходити за межі вузької спеціалізації. Проблеми, що виникають під час процесу реінжинірингу, можна вирішити, зосередившись на потребах пацієнта та медичного персоналу. Багатьом закладам охорони здоров'я не вистачає ресурсів, необхідних для розробки якісних нових моделей роботи, що призводить до необхідності, а не переконання, що віддає перевагу реорганізації технології бізнес-процесів для постійного вдосконалення.

Управління комерційними медичними закладами є більш гнучким, ніж державним, через відсутність підзвітності фінансуючим органам. Сьогодні приватні постачальники медичних послуг знаходяться в сильній конкуренції з державним сектором завдяки здатності надавати не тільки високоякісні послуги, але й послуги високої якості.

Інновації в системі управління закладами охорони здоров'я є результатом інноваційної діяльності, яка реалізується через забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення та лікарські засоби, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розробка програмних засобів обробки інформації, створення нових моделей функціонування закладів охорони здоров'я та підвищення кваліфікації персоналу; впливає на покращення стану здоров'я населення та економічних показників діяльності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я. Визначення поняття «інновація» базується на практичному застосуванні в контексті інноваційного розвитку. Характеристику інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведено на рис. 3.2.



Рис. 3.2. Характеристика інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я

Питання трансформації економічної основи інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я мають бути спрямовані на формування чітких фінансово-економічних механізмів цільового заощадження та цільового використання коштів з метою повної реалізації конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу. та медичне страхування

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я слід охарактеризувати як нову модель організації та надання доступних медичних послуг населенню на основі інновацій, яка характеризується прийняттям стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки. Інноваційний розвиток галузі охорони здоров'я – це динамічний процес структурного вдосконалення сфери за рахунок впровадження новітніх знань для підвищення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я з акцентом на інновації. Інноваційний розвиток галузі охорони здоров'я – важливе та дороговартісне завдання для держави, яке потребує постійного вдосконалення з метою вдосконалення її функціонування та забезпечення виконання соціальних функцій. Це можливо завдяки запровадженню низки загальнодержавних заходів та програм.

Важливим у цьому напрямку для вирішення завдань кадрової політики є вдосконалення інноваційної політики для підвищення ефективності використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я, здійснення ними інноваційної діяльності представлено на рис. 3.3.

ІННОВАЦІЙНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

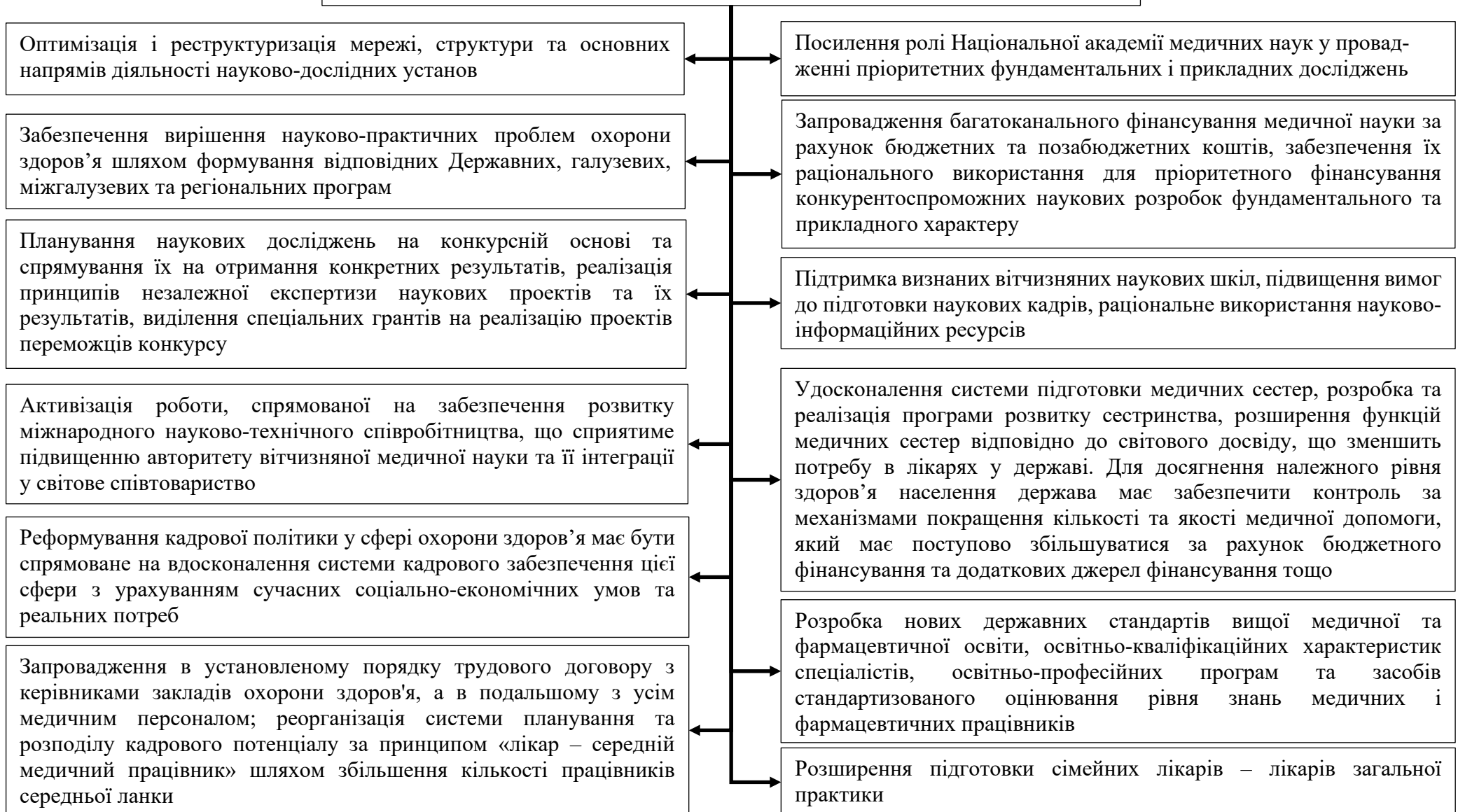


Рис. 1.1. Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я

У медичній галузі під інноваціями слід розуміти цілеспрямовані зміни в галузі, включаючи її організаційну структуру та економічний механізм, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів і якості медичної допомоги, а також задоволення медичних потреб населення. Для досягнення цієї мети необхідно:

Створення концепції та стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;

Формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;

Удосконалення нормативно-правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі наукового забезпечення;

Формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління значною мірою визначається державною політикою у сфері охорони здоров'я.

Найважливіші напрями державної політики у сфері інноваційного розвитку охорони здоров'я:

Формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;

Розвиток інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління власністю;

Формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання об'єктів» до фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, спрямованої на досягнення результату;

Удосконалення механізму взаємодії учасників інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, навчальні та наукові установи, територіальні фонди загальнообов'язкового медичного страхування (ОСМ), страхові медичні організації (СМО), органи виконавчої та законодавчої влади);

Спрямування діяльності органів охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я на кінцевий результат;

Управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (закладах охорони здоров'я) базується на системному підході, що дає можливість комплексно досліджувати інноваційну систему в цілому, з вивченням її структурних складових (підсистем, елементів) Визначення ролі кожної структурної компонент інновацій

Діяльність медичної галузі має бути організована, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалення існуючих бізнес-процесів, розробку та реалізацію проектів для створення нових медичних проектів на основі інструментів управління проектами.

Отже, основою інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я є системні перетворення в галузі, що поєднують у собі формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичного, нормативно-правового, методичного та інформаційного забезпечення. , що дає змогу, з одного боку, підвищити якість та доступність медичної допомоги, а з іншого – підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Застосування проектного менеджменту в медичній галузі необхідне для розвитку системи охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, в тому числі державно-приватного партнерства, ефективного управління інвестиціями та спрямоване на досягнення бажаного результату щодо показників здоров'я, якості закладів охорони здоров'я. здоров'я.

Успіх інноваційного управління залежить від здатності створити сприятливі внутрішні та зовнішні рамки для інновацій. Інноваційний процес вимагає стратегічного планування та ринково-орієнтованого управління. Особливості управління проектами роблять його однією з найпоширеніших методологій управління, перш за все тому, що він являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дозволяє швидко і адекватно реагувати на зовнішні і внутрішні відхилення.

У контексті мінливості навколишнього середовища визначені нами зацікавлені сторони повинні розробити та реалізувати стратегію інноваційного розвитку. Запропонована модель забезпечить органічну взаємодію багатовимірного комплексу прискорених техніко-технологічних, організаційно-економічних та індивідуальних перетворень, формування науково-технічного потенціалу, достатнього для розробки та застосування нових технологій надання медичних послуг, практична реалізація якого забезпечить новий рівень конкурентоспроможності для всіх учасників.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та обмеженості матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів закладів первинної медико-санітарної допомоги потребує розробки заходів щодо підвищення ефективності їх використання. У зв'язку з цим виникають організаційно-економічні проблеми, у тому числі планування та управління розробкою та впровадженням медичних інновацій. Докладаються зусиль, щоб задовольнити споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищити ефективність роботи закладів охорони здоров'я. Звичайно, зосереджуючись на оптимальних, якісних результатах, увага також повинна бути зосереджена на раціональному використанні наявних ресурсів. Якість повинна бути метою управління цим процесом при розробці та впровадженні будь-якої нової медичної технології в рамках інтегрованого інноваційного циклу. Для досягнення поставлених завдань необхідно розробити практичні рекомендації для менеджменту закладів охорони здоров'я з чітким та науково обґрунтованим алгоритмом управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій. Складність розвитку такої діяльності зумовлена відсутністю загальних рекомендацій щодо конкретних технологій управління цим процесом у закладах охорони здоров'я в ринковому середовищі, тому пропонується механізм розробки та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладів охорони здоров'я. Він передбачає дослідження умов, за яких обрана стратегія забезпечує конкурентну перевагу підприємства на ринку медичних послуг: адекватність організаційної структури та запровадження

системи стратегічного управління закладами; Розробка матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування креативного мислення операторів програми; Здатність спеціалістів кожної підсистеми визначати альтернативи для досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявність достатньої ресурсної потужності; сучасність технологій і достатній рівень доступу до електронного середовища здоров'я. Розробка конкурентних стратегій дозволяє закладам охорони здоров'я шляхом проведення інтенсивної конкуренції отримати стійкі конкурентні переваги, задовольнити потреби споживачів медичних послуг на основі інноваційних технологій краще, краще за конкурентів. Слід зазначити, що модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД базується на застосуванні комплексного підходу до надання медичної допомоги, який ґрунтується на принципах комплексної розширеної, координованої, профілактичної охорони здоров'я. догляд і зміцнення здоров'я, адаптовані до потреб пацієнта, його сім'ї та громади. Практика сімейної медицини в моделі розглядається як комплексний системний підхід до охорони здоров'я, де лікар загальної практики є сімейним лікарем (SL-C), який діє як координатор, керуючи різними біопсихо-психо-соціальними системами та факторами з активною систематичною залучення всіх необхідних спеціалістів, установ та організацій. Наявність необхідних матеріально-технічних та людських ресурсів для забезпечення позитивного впливу на здоров'я окремого пацієнта, його родини та місцевої громади.

Сформовано модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД, зосереджену на основних складових первинної медико-санітарної допомоги, спрямованих на задоволення потреб громад, а саме:

Забезпечення пацієнтам доступу до ПМСД та всієї необхідної їм інформації, включаючи швидке реагування на потреби пацієнтів, догляд поза робочим місцем, доступну інформацію як про пацієнтів, так і про лабораторні дані в Інтернеті, групові відвідування пацієнтів, рівну допомогу для спільнот різних культур і релігії;

холістичний підхід або пацієнт-центрована допомога, включаючи комплексну медичну допомогу як при хронічних, так і при гострих станах, профілактику захворюваності та скринінг, оперативні втручання в межах компетенції лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностики та лабораторної діагностики;

сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, включаючи використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, підвищення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік та аудит, оптимізація кадрового забезпечення, підтримання медичне обладнання, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами;

Використання медичних інформаційних систем, включаючи електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти, підтримку доказової медицини, електронний реєстр пацієнтів, сайт закладу охорони здоров'я, портал для пацієнтів, єдиний медичний інформаційний простір;

Пропаганда здорового способу життя, охорона здоров'я, включаючи управління населенням, пропаганда та пропаганда здорового способу життя, профілактика захворювань, лікування хронічних захворювань, заохочення пацієнтів до зміни способу життя та санітарна освіта;

Координація надання медичної допомоги, включаючи використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, робота в приймальному відділенні, надання стаціонарного лікування, психологічна допомога, координація акушерсько-гінекологічної допомоги, координація високоспеціалізованої допомоги, підтримка фармацевтів ' заходи, реабілітаційна та фізіотерапевтична допомога, випадки, транспортне забезпечення;

Якість і безпека операцій, включаючи найкращі практики доказової медицини, управління лікуванням, відгуки про задоволеність пацієнтів, аналіз клінічної ефективності, забезпечення якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству;

Командна медична практика, включаючи лідерство/конкуренцію провайдерів, формування спільної місії та бачення, ефективне спілкування, визначення завдань відповідно до професійних навичок, активна та повноцінна робота сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для сімей пацієнтів.

Тобто, основні компоненти системної моделі соціально орієнтованої ПМСД складають єдину організаційно-функціональну структуру, уніфіковану за основним принципом охорони здоров'я пацієнта, його сім'ї та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СЛ – це здоров'я. координаційні центри з активним залученням усіх необхідних професіоналів, установ та організацій, матеріально-технічні та людські ресурси необхідні для цього з відповідним навчанням. У міжнародній практиці в рамках впровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, у Національній системі охорони здоров'я Великобританії вибір медичної технології визначається на підставі доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності [49, с. 101]. Клінічна ефективність медичних технологій визначається за допомогою доказових медичних підходів, а рішення про застосування профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів приймається на основі доказів їх ефективності та безпечності, їх порівнюють, узагальнюють і широко поширюють. поширюється для використання від імені пацієнтів. Економічна доцільність медичної технології визначається шляхом аналізу витрат і вигод (cost-effectiveness analysis), аналізу рентабельності (cost-benefit analysis) та/або аналізу корисності витрат (cost-utility analysis). У більшості розвинутих країн світу на національному рівні створюються центри та програми оцінки медичних технологій (EMS) як систематична оцінка властивостей, впливу та інших наслідків технологій для здоров'я. Основна мета RMT полягає в тому, щоб знати про прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення, прийняті на рівні окремого пацієнта, на рівні постачальника медичних послуг та медичних організацій, або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [49, с. 101]. Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових

витрат. Глобальна тенденція розглядати економічну життєздатність розподілу фінансових ресурсів призвела до бюджетування, орієнтованого на результати (БОР, або performance-based budgeting) [54]. У цьому підході планування витрат здійснюється в прямій залежності від бажаних результатів. Впровадження інноваційних технологій, у тому числі в первинній медичній допомозі, а саме нових методів профілактики, діагностики та лікування, організаційних технологій тощо включає три основні етапи: отримання первинної інформації (знань і технічних навичок) Технології; організація розгортання технологій для вирішення логістичних, юридичних, фінансових і кадрових питань надання послуг або продукту; та, після впровадження, підтримка організаційних заходів, таких як державні закупівлі медичних послуг, з урахуванням запроваджених технологій, маркетингових технологій тощо. На першому етапі спеціаліст або організація отримує початкові знання про інновації, а також технічні навички, необхідні для впровадження технології.

У процесі аналітичного дослідження показників діяльності закладів ПМСД та медико-демографічних показників здоров'я населення, що мають відношення до оцінки ефективності впровадження інноваційних організаційних, медико-освітніх технологій у системі первинної медико-санітарної допомоги, визначено дві групи критеріїв. визначено як кінцеві результати надання медичної допомоги. Таким чином, критеріями якості роботи закладів ПМСД є: визначення потреби пацієнтів у необхідних медичних послугах; раціональне використання ресурсів; профілактична спрямованість; безперервність нагляду за членами сім'ї; Ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних послуг; розширення спеціалізованої допомоги в практиці сімейної медицини. Критеріями ефективного надання медичної допомоги населенню є: зниження захворюваності у вікових групах; зниження смертності; відсутність ускладнень перебігу захворювання протягом року; відновлення; зміна способу життя; Зменшення втрат внаслідок тимчасової непрацездатності; зниження первинної інвалідності; продовження «здорових років життя»; стійка ремісія; перерозподіл пацієнтів по групах здоров'я. Водночас

науковий інтерес викликає класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, згідно з якою можна виділити наступні рівні:

- I рівень – початковий, базовий;
- II рівень – стандартизований;
- III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;
- IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дозволяє комплексно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я в цій сфері за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, організаційно-організаційна система управління та інформаційне забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям визначити сильні та слабкі сторони їх інновацій. Розробити та впровадити необхідні заходи для активізації інноваційної діяльності у пріоритетних сферах. Основними джерелами розвитку медичних інновацій у нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, наукові установи, інноваційна діяльність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій.

Проте слід зазначити, що для практичної охорони здоров'я показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, які впроваджують технологічні медичні інновації, тобто розробляють та впроваджують нові або вдосконалені медичні вироби, послуг, технологічних процесів та іншої інноваційної діяльності. Враховуючи це, для оцінки реального інноваційного розвитку закладів практичної охорони здоров'я (кількість патентних заявок та виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників) доцільно орієнтуватися не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень. та ін.), оскільки їх кількість не впливає на здоров'я населення і входить до загального індексу інноваційного розвитку регіону.

Водночас важливе значення для практичної охорони здоров'я мають медико-демографічні показники, на динаміку яких має впливати впровадження

інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику. Таким чином, розроблена сукупність із 34 індикаторів, що складається з медико-демографічних індикаторів, об'ємних (кількісних) індикаторів інноваційного розвитку, ресурсотехнологічних та економічних коефіцієнтів, має цільове практичне спрямування, яке, на нашу думку, може успішно використовуватися для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій у практику роботи закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі.

Однією з ключових складових успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розробка основних принципів і технологій застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Рациональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг для населення, у тому числі завдяки зручному моніторингу та аналізу якості медичної допомоги, плануванню та управлінню ресурсами як на первинній ланці, так і в медичній допомозі. система догляду в цілому.

Без використання сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, сформувати потік пацієнтів та керувати ними та ресурсною базою, забезпечити зворотній зв'язок та оперативний контроль за дотриманням норм і стандартів лікування. , забезпечити перехід від постатейного бюджетування. Впровадження інформаційних систем є суттєвою інформаційною та фінансовою основою для керівників закладів охорони здоров'я на шляху до більшої самостійності та роботи в новому економічному середовищі.

Висновок до третього розділу

Судячи з ознак появи джерел покриття фінансових витрат на лікування населення та відповідальності лікарів за результати своєї професійної діяльності, сучасна система охорони здоров'я схожа на природні моделі організації охорони здоров'я в найбідніших країнах, Де доступ до медичної допомоги обмежений

фінансовими можливостями пацієнтів, а відносини між лікарями та пацієнтами не повністю врегульовані законодавством.

Реформа системи охорони здоров'я, що запроваджується в Україні, відповідає основним тенденціям розвитку цієї галузі в розвинених країнах: забезпечення загального охоплення населення найбільш необхідними видами медичної допомоги, підвищення фінансової автономії лікарень, диверсифікація джерел фінансування галузі, підвищення її адаптивності. Однак для усунення потенційних ризиків, які може створити реформа, необхідна низка заходів соціальної політики, спрямованих на збереження доступності медичних послуг для найбільш уразливих верств населення. Практична значущість представленої наукової роботи зумовлена розробкою та обґрунтуванням таких заходів. Водночас його наукова новизна полягає в поглибленні теоретико-методологічних засад соціальних досліджень та розробці практичних рекомендацій щодо подальшого реформування медичної галузі. Актуальність і спрямованість подальших досліджень у цьому напрямі визначатиметься першими соціально-економічними результатами впровадження медичної реформи в найближчі роки.

Інноваційний процес у сфері охорони здоров'я є ключовим для ефективного функціонування закладів охорони здоров'я, досягнення загальних цілей охорони здоров'я та надання своєчасної допомоги хворим. Дослідження показало, що інноваційний процес потребує процесного підходу в управлінні організаціями охорони здоров'я, який дозволить не лише вирішити нагальні проблеми, а й відкрити нові перспективи розвитку.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в фінансовому відділі

Людина випробовує вплив виробничих факторів. Ці фактори можуть робити на людину сприятливий і несприятливий вплив. Відповідно до ДСТ 12.0.002-080 несприятливі виробничі фактори можуть бути небезпечними і шкідливими. Шкідливий виробничий фактор у залежності від рівня і тривалості впливу може стати небезпечним. Класифікація небезпечних і шкідливих факторів визначений ДСТ 12.0.003-74.

Експлуатація ЕОМ супроводжується утворенням ряду шкідливих і небезпечних факторів психофізичного і санітарно-гігієнічного характеру.

Працівники підприємства, праця яких пов'язана з роботою на ЕОМ, піддаються під час роботи впливу наступних шкідливих і небезпечних факторів:

1. Психофізичних: фізичні (статистичні) і нервово-психологічні навантаження, монотонність праці.

2. Санітарно-гігієнічних: підвищення рівня шуму, статичне електричне, електромагнітне випромінювання, підвищення напруг електричних і магнітних полів, недостатня освітленість робочого місця, або підвищена яскравість світла.

Санітарними нормами і правилами встановлені наступні припустимі значення рівня шуму 50 Дб, граничне допустиме напруження електростатичного поля чи на робочому місці при тривалості впливу на людину до однієї години складає 60 кв/м.

Інтенсивність повітряних неіонізуючих електромагнітних полів на обслуговуючий персонал залежить від потужності джерела випромінювання, режиму роботи, конструктивних особливостей випромінюючих пристроїв, розташування робочого місця й ефективності захисних заходів.

Гранична припустима напруженість електричної складової електромагнітного поля складає 10 в/м.

Тривалість впливу неіонізуючого електромагнітного випромінювання на організм людини з інтенсивністю, що перевищує гігієнічні нормативи, приводить до функціональних змін з боку нервової, серцево-судинної та інших систем організму.

Проведені вченими дослідження показують, що перемінні магнітні поля з частотою 60 Гц можуть викликати очні захворювання, злоякісні пухлини, зниження імунного стану організму.

Фізичні перевантаження найчастіше торкаються зорової системи або кістково-м'язової системи (плечові суглоби, шия, верхня частина спини), що спричиняє остеохондроз.

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з яким-небудь особливими психічними чи емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходи до запобігання надмірного дискомфорту і стомлення.

У більшості користувачів ЕОМ виникає кістково-м'язовий дискомфорт через статичну напругу м'язів, незручної пози чи часто повторюваних одноманітних рухів. З метою зменшення ймовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, раціональна організація роботи, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів.

Максимальний час роботи тієї чи іншої людини на комп'ютері варіюється, але не повинно перевищувати двох годин підряд. При роботі за комп'ютером варто розташуватися на відстані витягнутої руки від екрана. Сусідні монітори повинні знаходитися від працюючого на відстані не менш ніж 2м.

Основним джерелом ергономічних проблем, пов'язаних з охороною здоров'я людей, які використовують у своїй роботі персональні комп'ютери, є дисплеї з електронопроміневими трубками. Вони являють собою джерела найбільш шкідливих випромінювань, що несприятливо впливають на здоров'я операторів.

Існує два типи випромінювань, що виникають при роботі монітора: електростатичне та електромагнітне. Перше виникає в результаті опромінення екрана потоком заряджених часток. Неприємності, викликані їм, зв'язані з пилом, що накопичується на електростатично-заряджених екранах, що впливає на користувача під час його роботи за дисплеєм. Результати медичних досліджень показують, що такий електризований пил може викликати запалення шкіри.

Електромагнітне випромінювання створюється магнітними котушками системи, що знаходяться біля цокольної частини ЄПТ. Спеціальні виміри показали, що невидимі силові поля з'являються навіть навколо голови оператора під час його роботи за дисплеєм.

Людині, ймовірно, вже ніколи не вдасться цілком уникнути шкідливого впливу передових технологій, але можна звести його до мінімуму. Більшість проблем вирішується при правильній організації робочого місця, дотриманні правил техніки безпеки і розумному розподілі робочого часу.

Вимоги до мікроклімату. Мікрокліматичні параметри впливають на функціональну діяльність людини, його самопочуття і здоров'я і на надійність роботи засобів обчислювальної техніки. Особливо великий вплив на мікроклімат роблять джерела теплоти, що знаходяться в приміщенні. Основними джерелами теплоти є: ЕОМ, прилади освітлення, обслуговуючий персонал. Середня величина тепловиділення складає 310 Вт/м^2 . Питома величина тепловиділення від приладів висвітлення складає $35 - 60 \text{ Вт/м}^2$. Кількість теплоти від обслуговуючого персоналу невелика. Вона залежить від числа працюючих у приміщенні та інтенсивності роботи, виконуваної людиною.

Крім того, на сумарні тепловиділення впливають зовнішні джерела надходжень теплоти. До них відносять теплоту, від сонячної радіації, приплив теплоти через непрозорі огорожувальні конструкції.

Основним тепловиділяючим устаткуванням у дисплейному залі є ЕОМ – в середньому до 80% сумарних виділень. Тепловиділення від приладів освітлення складають у середньому 12%. Надходження теплоти від обслуговуючого

персоналу – 1%, від сонячної радіації – 6%, приплив теплоти через непрозорі конструкції – 1%. Ці джерела теплоти є постійними.

На організм людини і роботу комп'ютерів впливає відносна вологість повітря. При вологості повітря до 40% стає тендітно основа магнітної стрічки, підвищується знос магнічних голівок, виходить з ладу ізоляція проводів, а також виникає статична електрика при русі носіїв інформації в ЕОМ. При відносній вологості повітря більш 75-80% знижується опір ізоляції, змінюються робочі характеристики елементів ЕОМ, зростає інтенсивність відмовлень елементів ЕОМ. Швидкість руху повітря також впливає на функціональну діяльність людини і роботу високошвидкісних пристроїв печатки.

З метою створення нормативних умов для операторів ЕОМ встановлені норми мікроклімату (ДСТ 12.1.005-88). Ці норми встановлюють оптимальні і припустимі значення температури, відносній вологості і швидкості руху повітря в дисплейних приміщеннях з обліком надлишку явної теплоти, ваги виконуваної роботи і сезонів року.

Під оптимальними мікрокліматичними параметрами прийнято розуміти такі, які при тривалому і систематичному впливі на людину забезпечують збереження нормального функціонального і теплового стану організму без напруги реакції терморегуляції, створюють відчуття теплового комфорту і є передумовою високого рівня працездатності.

Вимоги до електробезпеки. Електроустановки, до яких відноситься практично все устаткування ЕОМ, представляють для людини велику потенційну небезпеку, тому що в процесі експлуатації або проведення профілактичних робіт людина може торкнутися частини, що знаходяться під напругою. Специфічна небезпека електроустановок: струмоведучі провідники, корпуси стійок ЕОМ і іншого устаткування, яке опинилося під напругою в результаті ушкодження ізоляції, не подають яких-небудь сигналів, що попереджали б людини про небезпеку. Реакція людини на електричний струм виникає лише при протіканні останнього через тіло людини.

Експериментальні дослідження, показники, що людина починає відчувати дратівну дію перемінного струму промислової частоти силою 0,6-1,5 мА і постійного струму 5-7 мА. Ці струми не представляють серйозної небезпеки для діяльності організму людини і тому що при такій силі струмі можливе самостійне звільнення людини від контакту зі струмоведучими частинами, припустиме його тривале протікання через тіло людини.

У тих випадках, коли дія струмі стає настільки сильною, що людина не в стан звільнитися від контакту, виникає небезпека тривалого протікання струму через тіло людини. Тривалий вплив таких струмів може привести до ускладнення і порушення подиху. Для перемінного струму промислової частоти сила струму, що не відпускає, знаходиться в межах 6-20 мА і більш. Постійний струм не викликає ефекту, що не відпускає, а приводить к сильним болючим відчуттям, сила такого струму 15-80 мА і більше.

При протіканні струму в декілька сотих часток Амперів виникає небезпека порушення роботи серця. Може виникнути фібриляція серця, тобто безладні, некоординовані скорочення волокон серцевого м'яза, при цьому в серці не стане гнати кров по судинах, відбувається зупинка кровообігу, після чого впливає повна зупинка серця. Як показують експериментальні дослідження, граничні фібриляційні струми залежать від маси організму, тривалості протікання струму і його шляхів. Розглянуті реакції організму на дії електричного струму дозволили встановити три рівні припустимих струмів (ДСТ 12.1.038-82).

Перший рівень – невідчутний струм, що не викликає порушень діяльності організму і допускається для тривалого (не більш 10 хв. у добу) протікання через тіло людини при обслуговуванні електроустаткуванням. Для перемінного струму частотою 50 Гц він складає 0,3 мА, для постійного – 1 мА.

Другий рівень – струм, що відпускає. Дія такого струму на людину припустимо, якщо тривалість його протікання не перевищує 30 с. Сила струму, що відпускає: для перемінного струму – 6 мА, для постійного – 15 мА.

Третій рівень – фібриляційний струм, що діє короткочасно до 1 с. Сила струму: для перемінного струму – 50 мА, для постійного – 200 мА.

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, здійснюване за допомогою наступних мір: доступ до роботи, нагляд під час роботи, відключення під час ремонту, вивішування попереджувальних плакатів і знаків безпеки, перевірка відсутності напруги, накладення заземлення.

При дотику до кожного з елементів ЕОМ можуть виникнути розрядні струми статичної електрики. Такі розряди не представляють небезпеки для людини, однак можуть привести до виходу з ладу ЕОМ. Для зниження величин виникаючих зарядів у дисплейних залах застосовують покриття технологічних підлог з одношарового полівінілхлоридного антистатичного лінолеуму марки АСИ. Ще одним методом захисту є нейтралізація статичної електрики іонізованим газом. Можна також застосувати загальне і місцеве зволоження повітря.

Вимоги до освітлення. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високу працездатність, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці. Про важливість питання освітлення для дисплейних залів говорить той факт, що основний обсяг інформації (близько 90%) оператор одержує по зоровому каналі.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітлення робочих місць характерові виконуваної зорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- відсутність різних тіней, прямого і відбитого блиску;
- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлювальними приладами світлового потоку;
- довговічність, економічність, електро і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

З метою зменшення сонячної інсоляції світлопроєми влаштовують з північною, північно-східною або північно-західною орієнтацією. Монітори розташовують подалі від вікон і таким чином, щоб вікна знаходились збоку.

Якщо екран дисплея розташований до вікна, необхідні спеціальні пристрої, що екранують, (штори, які розсіюють світло, регульовані жалюзі, сонцезахисна плівка з металізованим покриттям).

Для штучного освітлення дисплейних приміщень краще використовувати люмінесцентні лампи, тому що в них висока світлова віддача (до 75 лм/Вт і більш), тривалий термін служби (до 10000 годин), мала яскравість світної поверхні, близький до природного спектральний склад випромінюваного світла, що забезпечує гарну передачу кольору.

Найбільш прийнятними для приміщень, у яких працюють економісти, є люмінесцентні лампи ЛБ (білого світла) і ЛТБ (тепло-білого світла) потужність 20, 40, 80 Вт.

4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному відділі

До сучасного виробничого освітлення пред'являються високі вимоги як гігієнічного, так і техніко-економічного характеру. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високий рівень працездатності, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлюваними приладами світлового потоку;
- довговічність, економічність, електро – і пожежобезпечність,

естетичність, зручність і простота експлуатації.

У тих випадках, коли одного природного освітлення в приміщенні недостатньо, встановлюють спільне освітлення. При цьому додаткове штучне освітлення застосовують не тільки в темний, але й у світлий час доби.

По конструктивному виконанню штучне освітлення може бути загальним і місцевим. При загальному освітленні всі робочі місця одержують освітлення від загальної освітлюваної установки. Комбіноване освітлення поряд із загальним включає місцеве освітлення, яке зосереджує світловий потік безпосередньо на робочих місцях. Застосування тільки місцевого освітлення неприпустимо, тому що виникає необхідність частоті адаптації зору, створюються глибокі і різкі тіні й інші несприятливі фактори.

Для штучного освітлення приміщень використовують люмінесцентні лампи, у яких висока світова віддача і тривалий термін служби, разом з тим необхідно враховувати недоліки: висока пульсація світлового потоку, необхідність застосування спеціальної пускорегулюючої апаратури, складність їхньої утилізації через наявність у лампах парів ртуті. Сьогодні на ринку систем штучного освітлення з'явилися нові схеми люмінесцентних ламп із підвищеною частотою мерехтіння. Однак широке просування даного сектора утруднено в зв'язку з непоінформованістю про даний вид товару і необхідності заміни старого устаткування, що несе підвищені витрати. Освітлення нової системи починають застосовувати при капітальному ремонті приміщень і при повній заміні старого устаткування.

Норми освітленості побудовані на основі класифікації зорових робіт з визначених кількісних ознак. Ведучою ознакою, що визначає розряд роботи, є розмір деталей, що розрізняються. У свою чергу розряди поділяють на чотири підрозряди в залежності від тла і контрасту між деталями і тілом.

На стадії проектування основною задачею світлотехнічних розрахунків є визначення необхідної площі світлопроемів при природному освітленні і потрібні потужності освітлюваної установки – при штучному.

Дані для розрахунку:

1. Визначення типу джерела освітлення – люмінесцентні лампи.
2. Система освітлення – загальна.
3. Вибір типу світильника – „Астра 32».
4. Розмір приміщення:
 - а) Довжина А – 60 м.
 - б) Ширина Б – 30 м.
 - в) Висота Н – 5 м.
 - г) Висота робочої поверхні $h_p = 1$ м.

Коефіцієнт відображення стелі $\rho_n = 50 \%$, стін $\rho_c = 30 \%$, робочої поверхні $\rho_p = 10 \%$.

Напруга мережі – 220 В.

1. Розраховуємо відстань від стелі до робочої поверхні за формулою:

$$H_o = H - h_p = 5 - 1 = 4 \text{ м.}$$

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

$$h_c = 0,1 \text{ м, так як кріпиться до стелі.}$$

3. Розраховуємо висоту підвішування світильника над освітлюваною поверхнею за формулою:

$$h = H_o - h_c = 4 - 0,1 = 3,9 \text{ м.}$$

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

$$H_n = h_p + h = 3,9 + 1 = 4,9 \text{ м.}$$

Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення $L/h = 1,5$, тоді відстань між центром світильника буде $L = 1,5 * h$

$$L = 1,5 * 3,9 = 5,85 \text{ м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{60 * 30}{5,85^2} = \frac{1800}{34,2} = 53 \text{ шт.}$$

Приймаємо 7 світильника в один ряд.

Знаходимо i -індекс приміщення:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{60 \times 30}{3,9 \times (60 + 30)} = 5,1$$

За табл. 23 при $i=5$, $\rho_n - 50\%$, $\rho_c - 30\%$, $\rho_p - 10\%$, для світильника типу ЛД 65 коефіцієнт використання світового потоку $\eta = 0,67$.

Визначаємо світовий потік однієї лампи:

$$\Phi = \frac{E_{\min} * S * K_z * Z}{N_\eta}, \text{ де } K_z = 1,8; Z = 1,1 \text{ для люмінесцентних ламп}$$

$$E_{\min} = 100 \text{ лк.}$$

$$\Phi = \frac{100 * 1800 * 1,8 * 1,1}{53 * 0,67 * 2} = 5018 \text{ лм.}$$

де $K_z = 1,8$ за таблицею 5.

За знайденим світовим потоком вибираємо лампу потужністю 500Вт, що має світовий потік 8300 лм, найбільш близький до розрахункового. Г 215-225-500. За знайденим світовим потоком із таблиці 17 обираємо лампу. ЛД, яка має світовий потік 4000 потужністю 65 Вт.

При цьому фактична освітленість дорівнює:

$$E_\phi = E_{\min} \frac{\Phi_\lambda}{\Phi_p} = 100 * \frac{4000}{5018} = 80 \text{ лк.}$$

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

$$P_z = P_\lambda * N = 65 * 53 * 2 = 6890 \text{ Вт} = 6,89 \text{ кВт.}$$

4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму

Боротьба з шумом в джерелах його виникнення. Це найбільш дієвий спосіб боротьби з шумом. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторах.

Зниження шуму звукопоглинанням та звукоізоляцією. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху.

Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінюючий об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюючою стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремі кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшується, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні, звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижують шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюватись резонаторні екрани, тобто штучні поглинаючі. Штучні поглинаючі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщень залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкцій, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки більш в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6м) витягнутої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 Дб.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачати на стадії проектування промислових об'єктів та обладнання. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число

працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти лише шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт та спектрів шуму, обладнання і виробничих приміщень, на підставі котрих виноситься рішення щодо напрямку роботи.

Нормування шумів.

В Україні і в міжнародній організації зі стандартизації застосування принцип нормування шуму на основі граничних спектрів (граничне допустимих рівнів звукового тиску) в октавних смугах частот.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення розвитку системи організації охорони здоров'я України. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. Під час розгляду засад системи охорони здоров'я України було виявлено, що основою ефективної системи охорони здоров'я мають бути: взаємодія держави, приватного сектору та громадян; Розподіл обов'язків у сфері охорони здоров'я між державою та місцевими органами влади; організація системи охорони здоров'я на основі висококонкурентного та орієнтованого на користувача підходу; доступність медичних послуг; Зручність і ефективність використання наявних ресурсів; становлення та розвиток медичного страхування.

2. Дослідження стратегічних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні виявило, що реформування галузі охорони здоров'я в Україні здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та відповідає основним напрямкам нової Європейська політика охорони здоров'я «Здоров'я-2020» Якість медичної допомоги та якість медичної допомоги; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація закладів охорони здоров'я; Фінансування закладів охорони здоров'я; регулювання цін на ліки; профілактика, діагностика та лікування окремих захворювань.

3. На основі оцінки зарубіжного досвіду функціонування системи охорони здоров'я визначено необхідність розробки та впровадження власної програми медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей розвитку держави. З цією метою необхідно переглянути існуючу національну політику у сфері охорони здоров'я та зосередити основні зусилля на найважливіших питаннях охорони здоров'я, зокрема доступності та своєчасності надання якісної медичної допомоги, високої ефективності охорони здоров'я, покращення обслуговування. Запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування дозволить не лише покращити надання медичних послуг, а й покращить управління та фінансування всієї системи.

4. Проведений аналіз тенденцій та стратегічних орієнтирів системи охорони здоров'я України показав, що забезпечення конкурентоспроможності медичної галузі України потребує розробки та впровадження відповідних моделей їх об'єктивної та стандартизованої оцінки та відбору з урахуванням показників ризику та ефективність відповідно до викликів глобалізації.

5. У результаті оцінки організаційних інструментів системи охорони здоров'я встановлено, що використання певних інструментів сприятиме реалізації цілей державного управління у сфері охорони здоров'я та забезпечить ефективний діалог і співпрацю між громадськістю та приватного секторів у процесі модернізації медичної сфери.

6. У рамках дослідження розроблено механізм запровадження державної політики щодо мінімізації ризиків реформування системи охорони здоров'я України, який передбачає зменшення частки прямих виплат населенню, зменшення негативного впливу співоплати на використання медичних послуг незахищеними верствами населення та запровадження механізму державно-приватного партнерства. Рівний доступ населення до медичних послуг та запровадження моніторингу ефективності медичної реформи через запропоновані показники.

7. Таким чином, у результаті магістерського навчання розроблено науково-методичний підхід до впровадження інноваційних напрямів у сферу управління та розвитку закладів охорони здоров'я, які поєднують у собі формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також бухгалтерського обліку та аналітичне, нормативне, методичне та інформаційне забезпечення, що дозволяє підвищити якість і доступність медичної допомоги та підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006 – 2010 рр.: постанова Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 № 761. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-2006-%D0%BF> (дата звернення 15.11.2022).
2. Конституція України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
3. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 30.1 1.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 22.11.2022).
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення 15.11.2022).
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998 р. № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей". URL: https://ips.ligazakon.net/document/moz209?ed=1998_07_27 (дата звернення 22.11.2022).
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.1 1.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 12. 11.2022).
7. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення 22.11.2022).

8. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 22.11.2022).

9. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17> (дата звернення 22.11.2022).

10. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>

11. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF> (дата звернення 22.11.2022).

12. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF> (дата звернення 22.11.2022).

13. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.

14. Про лікарські засоби: Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.

15. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19> (дата звернення 22.11.2022).

16. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005> (дата звернення 15.11.2022).

17. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України

від 07.07.2011 № 3612-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звернення 22.11.2022).

18. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>.

19. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>.

20. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

21. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [монографія] / Н.В. Авраменко. Запоріжжя : КПУ, 2017. 196 с.

22. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентові України, 2017. 134 с.

23. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. В. Баєва // Навчальні матеріали онлайн (2010-2015). – URL: <https://textbook.com.ua/medicina/1473451399>

24. Баклушина О. Інформатизація галузі охорони здоров'я: переваги для медичних працівників / О. Баклушина // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 5. – С. 44-51.

25. Бедрик І.О., Буравльов Л.О. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади // Економіка та держава. – 2018. – № 6. – С. 94 – 96.

26. Білінська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2016. 56 с.

27. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану розвитку [Електронний ресурс] / В. І. Борщ // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2020. – Т. 19, вип. 1. – С. 140-159. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rectpu_2020_19_1_10

28. Борщ В.І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2020. Т. 19. Вип. 1(44). С. 140-159.

29. Борщ В.І., Рудінська О.В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2019. Т. 18. Вип. 2(42). С. 96 – 105.

30. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні : програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. Програмний документ щодо охорони здоров'я № 20/01. 2020. 27 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf (дата звернення: 29.11.2022).

31. Витрати і ресурси домогосподарств України у 2016 р. / Держстат України. URL: www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb/07/zb_vrdu2016pdf.zip (дата звернення: 02.11.2022)

32. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24–26.

33. Громовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2018. 752 с.

34. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. Ч. 1/заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2018. 396 с.

35. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. 2016. – № 2. С. 83–89.

36. Дмитренко Л.А., Завадська Н.П., Косяченко Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навч. посіб. Київ: Медицина, 2018. 144 с.

37. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. – 2014. – № 1. – С. 8-13. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2014_1_4_x1

38. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Звіт Комісії проекту TacisBISTRO [Електронний ресурс]. – Режим

доступу:https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf

39. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризина // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 108–112.

40. Зінченко О.А., Пономаренко Л.Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2018. № 18. С. 123-126.

41. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. Приватний лікар. 2017. С. 12-15. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/ukrajinskij-rinokprivatnoji-meditsini-realiji-ta-perspektivi>

42. Сергійчук С.І., Іртищева І.О., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83.

43. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>

44. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2018. – С. 5 – 7.

45. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад, здоров'я. – 2018. – № 3 (3). – С. 23 – 37.

46. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагарна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний// Укр. мед. вісті. – 2017. – № 1 (56). – С. 28 – 29.

47. Кризина Н. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених / Н. Кризина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>.

48. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 224 с.

49. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. Вісник НТУ «ХПІ». 2016. № 2(1174). С. 101-112.

50. Лехан В. М., Лакіза-Сачук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2017. – 174 с.

51. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко.К. : Четверта хвиля, 2019. 353 с.

52. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2020. № 1. С. 5 – 23.

53. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С. 198-206.

54. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL: <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronoyu-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/> (дата звернення: 26.11.2022).

55. Мачуга Н.З. Маркетинг медичних послуг крізь призму якості. Вісник Хмельницького національного університету. № 5/3. 2012. С. 69-72.

56. Медяник Д. І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. № 19. 2016. С. 23-29.

57. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / М-во охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf> (дата звернення: 10.09.2020).

58. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

59. МОЗ України : Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 09.01.2022).

60. Москаленко В.Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: нова книга, 2018. 288 с.

61. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення 22.11.2022).

62. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Держстат України. URL: www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/02/bl_nroz15.zip (дата звернення: 02.11.2022)

63. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навчальний посібник. Єрошкіна Т.В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С. Донецьк: РВВ ДНУ, 2012. 64 с. URL: <http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/684dfManagement-KLD.PDF>

64. Оцінка медичної сфери. Соціологічна група «Рейтинг». URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery.html?fbclid=IwAR0m4bNIVvOWDHuHbeURYhi2PE3zO6nr2jpUIKtp-CacxdhzLH5xETi46M0 (дата звернення: 08.10.2022).

65. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – № 2. – С. 64-82. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2016_2_6

66. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. Сучасні світові тенденції розвитку

національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4. – С. 85–89.

67. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2016. – 396 с.

68. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

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

70. Петрух О.А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 11. С. 107-111.

71. Резніченко О. Г. Маркетинг та менеджмент в системі охорони здоров'я на сучасному етапі та їх перспективи [Електронний ресурс] / О. Г. Резніченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – Т. 17, Вип. 4(1). – С. 245-248. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4\(1\)_59](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4(1)_59)

72. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – К. : НВП «Інтерсервіс», 2018. – 52 с.

73. Рожкова І.В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. Зб. наук. пр. НАДУ. Київ: НАДУ, 2018. Вип. 2. С. 224–233.

74. Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1 (25). С. 79–84.

75. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

76. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Мос – каленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. – 680 с.

77. Удовиченко Н.М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / Д.В. Карамишев, Н.М. Удовиченко // Теорія та практика державного управління. – Х.: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2018. – Вип.. 1 (20). – С. 236 – 245.

78. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. – Кіровоград: ТОВ «Імекс_ЛТД», 2019. – 404 с.

79. Устинов А. В. Основні компоненти розбудови національної системи охорони здоров'я / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2018. – № 2 (2). – С. 124.

80. Хвисюк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я: підручник. – 2-ге вид., доп. / за заг. ред. проф. М. І. Хвисюка і І. І. Парфьоновой. – Х.: Оберіг, 2014. – 780 с.

81. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні: термінологічний аналіз / О. Худоба II Ефективність державного управління : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / за заг. ред. В. Загорського, А. Ліпінцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2019. – Вип. 21. – С. 145-150.

82. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. P. 28-31.

83. Шутурмінський В. Г. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навч. посібник / Шутурмінський В. Г., Кусик, Н. Л., Рудинська О. В. – Одеса: Вид. Гельветика, 2020. – 176 с.

84. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України / З. В. Юринець, О. А. Петрух // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 22. – С. 116 – 121.

85. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkouiryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html> (дата звернення 11.11.2022).

86. Charter of Fundamental Rights of the European Union 2012/C 326/02 URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT> (дата звернення 11.11.2022).

87. Euro Health Consumer Index 2018. URL: <https://healthpowerhouse.com/publications/> (дата звернення 12.11.2022).

88. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 12.11.2022).

89. Johnsen J., Roth J. Health System in Transition: Norway. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on health of the European Observatory on Health system and Policies. – Vol. 8. – 2016. – № 1. – 187 p.

90. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. – Режим доступу : <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.

91. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detailconstitution&page=22> (дата звернення 08.11.2022).

92. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: <https://ruc.overheid.nl/nza/doc/PUC 289640 22/1/> (дата звернення 11.11.2022).

93. Nobel Prize in Physiology or Medicine Winners 2021-1901, The Nobel Prize Internet Archive. – <http://almaz.com/nobel/medicine/medicine.html>.

94. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> (дата звернення 10.11.2022).

95. Organization for Economic Cooperation and Development, «OECD Health Data 2017: Statistics and Indicators for 30 Countries» (Paris: OECD, 2017).

96. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/> (дата звернення 11.11.2022).

97. The legatum prosperity index 2019. URL: <https://www.prosperity.com/rankings> (дата звернення 12.11.2022).

98. The World Health Report 2000. Geneva : WHO, 2000.

99. Total health expenditure as proportion of GDP (WHO estimates) // Health for all. European Health Information Gateway / World Health Organization. URL: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#9cym2WKC80> (дата звернення: 02.11.2022)