

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Дослідження системи організації охорони здоров'я України в умовах
світової глобалізації

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Белякова В. Г.

(прізвище та ініціали)

Керівник Дубінська І.І.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Матійко Н.О.

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртишева І.О.

«___» _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я

Белякова Віра Геннадіївна

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я по батькові)

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Дослідження системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Державної служби статистики України за 2014–2019 р.

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні основи формування системи охорони здоров'я; провести аналіз системи охорони здоров'я України в контексті зарубіжного досвіду; розробити шляхи удосконалення системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації

5. Перелік графічного матеріалу: моделі організації та фінансування системи охорони здоров'я; переваги та недоліки різних моделей охорони здоров'я; рейтинг країн за витратами на охорону здоров'я, згідно з даними світової статистики охорони здоров'я; порівняльна таблиця параметрів української та британської систем охорони здоров'я; середня очікувана тривалість життя при народженні за статтю; очікувана тривалість життя при народженні за статтю; шляхи реформи системи охорони здоров'я України; організаційно-інформаційна модель інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я.

6. Консультанти спеціальних розділів:

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

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	
7	Розробка теоретичного розділу	
8	Розробка аналітичного розділу	
9	Розробка проектного розділу	
10	Розробка четвертого розділу	
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	
13	Розробка проекту автореферату роботи	
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	
18	Захист роботи перед ДЕК	

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Бєлякова В. Г. "Дослідження системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації. У роботі запропоновано науково-методичний підхід щодо реформування та розвитку системи охорони здоров'я України шляхом впровадження нових фінансових механізмів, інституційно закріпленої «маршрутизації пацієнта», гарантованих пакетів медичних послуг, повного електронного документообігу, реформи закупівель лікарських засобів та медичних виробів, розбудови системи громадського здоров'я, забезпечити розвиток лікарського самоврядування, запровадження європейського підходу до проведення епідеміологічного нагляду, реалізації програми розвитку сільської медицини, реформи екстреної медичної допомоги, патентної системи та систему до- та післядипломної медичної освіти. Розроблено організаційно-інформаційну модель інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України, яка націлена на рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичні послуги, модель управління у сфері охорони здоров'я, медичне страхування.

АННОТАЦИЯ

Белякова В. Г. "Исследование системы организации здравоохранения Украины в условиях мировой глобализации"

Дипломная работа на получение квалификации магистра по менеджменту. Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2020.

В работе исследованы теоретические основы формирования системы здравоохранения, принципы формирования системы здравоохранения, модели организации и финансирования системы здравоохранения. Выявлены проблемы финансирования системы здравоохранения в Украине. Проведен анализ системы здравоохранения Украины в контексте зарубежный опыт. Проведена оценка современных тенденциях развития систем здравоохранения в мире. Проанализирован процесс реформирования здравоохранения Украины в условиях европейской ориентации.

В работе предложен научно-методический подход по реформированию и развитию системы здравоохранения Украины путем внедрения новых финансовых механизмов, институционально закреплённой «маршрутизации пациента», гарантированных пакетов медицинских услуг, полного электронного документооборота, реформы закупок лекарственных средств и медицинских изделий, развития системы общественного здоровья, обеспечить развитие врачебного самоуправления, введение европейского подхода к проведению эпидемиологического надзора, реализации программы развития сельской медицины, реформы экстренной медицинской помощи, патентной системы и систему до- и последипломного медицинского образования. Разработаны организационно-информационную модель инновационного развития сферы здравоохранения Украины, которая нацелена на равный доступ населения к качественной медицинской помощи и финансовую защиту в случае заболевания.

Ключевые слова: система здравоохранения, медицинские услуги, модель управления в сфере здравоохранения, медицинское страхование.

ANNOTATION

Belyakova V.G. "Research of the system of organization of health care of Ukraine in the conditions of world globalization"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving the health care system of Ukraine in the context of globalization. The paper proposes a scientific and methodological approach to reforming and developing the health care system of Ukraine through the introduction of new financial mechanisms, institutionalized "patient routing", guaranteed medical packages, full electronic document management, reform of procurement of medicines and medical devices, building a public system health, to ensure the development of medical self-government, the introduction of a European approach to epidemiological surveillance, the implementation of the rural medicine development program, the reform of emergency medical care, the patent system and the system of undergraduate and postgraduate medical education. An organizational and information model of innovative development of the health care sector of Ukraine has been developed, which is aimed at equal access of the population to quality medical care and financial protection in case of illness.

Keywords: health care system, medical services, management model in the field of health care, health insurance.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	14
1.1. Принципи формування системи охорони здоров'я	14
1.2. Моделі організації та фінансування системи охорони здоров'я	20
1.3. Проблеми фінансування системи охорони здоров'я в Україні.....	29
Висновок до першого розділу	35
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ	37
2.1. Оцінка сучасних тенденції розвитку систем охорони здоров'я в світі.....	37
2.2. Аналіз процесу реформування охорони здоров'я України в умовах європейської орієнтації	49
Висновки до другого розділу.....	59
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ СВІТОВОЇ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ	61
3.1. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я України	61
3.2. Шляхи інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.....	65
Висновок до третього розділу	67
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	68
4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні	68
4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером	76
4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення у медичному приміщенні	83
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток національної економіки має значний вплив на форми та методи регулювання та управління галуззю охорони здоров'я. З іншого боку, внесок охорони здоров'я в економічний розвиток будь-якої країни є також очевидним. Обсяг медичних послуг, що надаються населенню та виражені у вартісній формі, має позитивний вплив на ВВП країни. Працівники галузі є виробниками медичних послуг і, отже, запобігаючи хворобам та лікуючи хворих, вони тим самим поліпшують соціально-демографічний стан та підвищують трудовий потенціал країни.

Сучасне українське суспільство характеризується трансформаційними процесами в економіці, активізацією політичних процесів, а також реформуванням соціальної сфери, важливим елементом якої є національна система охорони здоров'я. Сьогодні актуальним є реформування, а фактично створення нової системи охорони здоров'я, яка має посісти провідне місце серед основних пріоритетних напрямів державної політики, оскільки стан здоров'я людини та нації є одним із найважливіших та визначних критеріїв формування та розвитку людського капіталу країни.

Сьогодні держава задекларувала дві концепції розвитку системи охорони здоров'я. Перша концепція полягає у реформуванні фінансової моделі системи охорони здоров'я в Україні та передбачає поступовий перехід на нову модель фінансування галузі з остаточним її запровадженням у 2020 р. Друга концепція засновується на розвитку системи громадського здоров'я в Україні та формує засади переорієнтації пріоритетів національної системи охорони здоров'я від процесів лікування до превентивної, профілактичної медицини, що має на меті розроблення політики зміцнення та збереження здоров'я людини та нації.

Дослідженню сучасних тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні та світі присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Авраменко Н.В., Горохов С. В., Дишловий І., Заглада О.О., Іртищева І.О., Кризина Н.П., Лехан В.М., Литвиненко М. В., Лободіна З., Рябець Д.М., Сергійчук С.І., Степанова О. В., Устинов А. В., Фірсова О.Д., Шелест О. Л.,

Юринець З. В., та ін. Але безпосередньо проблемам управління закладами охорони здоров'я та організаційно-адміністративні процеси в галузі охорони здоров'я приділено недостатньо уваги. В наукових публікаціях за цією тематикою дослідження не розглядається проблема формування та розвитку управлінського капіталу закладів охорони здоров'я зокрема та національної системи охорони загалом. Отже, постає необхідність акцентувати увагу на цьому питанні в рамках подальших досліджень за цим напрямом.

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 в умовах світової глобалізації.

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

- досліджено принципи формування системи охорони здоров'я;
- досліджено моделі організації та фінансування системи охорони здоров'я;
- розглянуто проблеми фінансування системи охорони здоров'я в Україні;
- проведено оцінку сучасних тенденції розвитку систем охорони здоров'я в світі;
- проведено аналіз процесу реформування охорони здоров'я України в умовах європейської орієнтації;
- розроблено рекомендації щодо реформування та розвитку системи охорони здоров'я України;
- запропоновано шляхи інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;

Об'єктом дослідження є процес організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації.

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. дане дослідження спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних та зарубіжних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації: діалектичний метод пізнання – при визначенні принципів формування системи охорони здоров'я; метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі оцінки сучасних тенденції розвитку систем охорони здоров'я в світі; метод факторного аналізу – під час аналізу процесу реформування охорони здоров'я України в умовах європейської орієнтації; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення моделей організації та фінансування 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, статистичні дані Державної служба статистики України за 2014-2019 р., тощо.

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

удосконалено:

– науково-методичний підхід щодо реформування та розвитку системи охорони здоров'я України шляхом впровадження нових фінансових механізмів, інституційно закріпленої «маршрутизації пацієнта», гарантованих пакетів медичних послуг, повного електронного документообігу, реформи закупівель лікарських засобів та медичних виробів, розбудови системи громадського здоров'я, забезпечити розвиток лікарського самоврядування, запровадження європейського підходу до проведення епідеміологічного нагляду, реалізації програми розвитку сільської медицини, реформи екстреної медичної допомоги, патентної системи та систему до- та післядипломної медичної освіти;

набули подальшого розвитку:

– організаційно-інформаційна модель проведення інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України, яка націлена на рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при організації системи охорони здоров'я України. Найбільшу практичну цінність мають розроблені шляхи реформи системи охорони здоров'я України та організаційно-інформаційна модель проведення інноваційного розвитку сфери 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 в умовах світової глобалізації. 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 90 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (33 найменування), 8 таблиць, 2 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Принципи формування системи охорони здоров'я

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Країни, члени Організації економічної співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:

- забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;
- висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;
- макроекономічна ефективність: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено у 2 міжнародних правових актах:

- Конвенції МОП "Про мінімальні норми соціального забезпечення" за № 130 від 1952 р., (стаття 10);
- Конвенції МОП "Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням" за № 130 від 1969 р., (стаття 13).

Конвенція МОП визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають забезпечуватись населенню:

- загальна лікарняна допомога, зокрема допомога на дому;
- допомога, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим;

- допомога спеціалістів, яка може надаватись за межами лікарні;
- відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;
- госпіталізація за показаннями;
- стоматологічна допомога, якщо вона передбачена національним законодавством;
- медична реабілітація, в тому числі надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

У кожній країні існують конкретні проблеми в галузі охорони здоров'я, які вирішуються державними програмами. Наприклад, суспільні програми допомоги матерям і дітям, у яких медична допомога доповнюється грошовою допомогою при народженні дитини.

Додаткова медична допомога, на відміну від соціального страхування, передбачає конкретний достатній розмір медичної допомоги. Достатність такої допомоги визначається відповідним законодавством кожної країни.

Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Всі існуючі моделі відрізняються хоча по одному з нижчезазначених показників, що є критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я:

- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики:

- відношення власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг).

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- платна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- державна медицина, що фінансується з державного бюджету;
- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Саме тому практично в кожній країні система

фінансування галузі не існує в "чистому" вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється.

У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами:

- замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;
- темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак;
- загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах;
- обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 1.1.

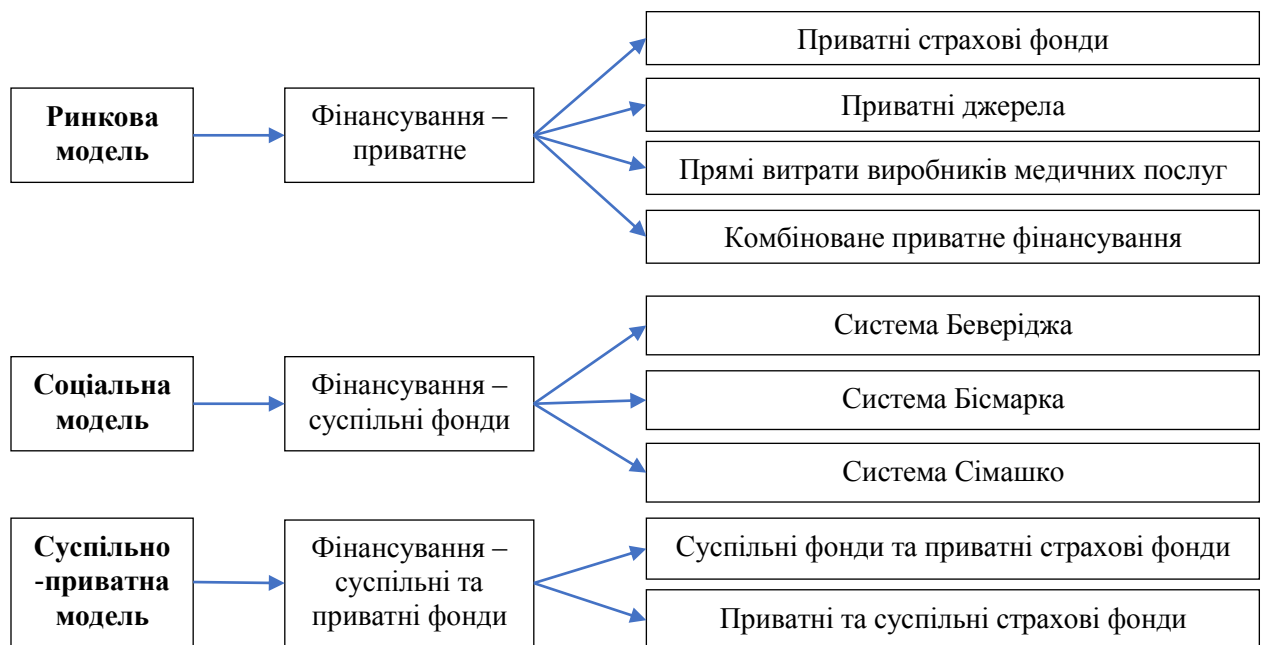


Рис. 1.1. Моделі організації та фінансування системи охорони здоров'я

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.
2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.
3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.
4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямках:

- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;
- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

Усі перелічені на рис. 1.1 моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або лібертарній. Останніми роками характерні пошуком золоті середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої привілеї.

В основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується

принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий – за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

Еволюційний розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в напрямі послаблення державних функцій забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг.

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції:

- уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я;
- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання витрат на медичне обслуговування населення.

Для сучасної охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. В країнах, у яких роль держави в організації охорони здоров'я була провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я,

нераціонального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення. Сучасні системи медичного страхування в Європі переважно децентралізовані.

Для розвитку сучасних систем організації охорони здоров'я характерні тенденції до оптимізації медичного обслуговування. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я використовується принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування. В ефективній системі охорони здоров'я має бути впроваджено лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості або тяжких та хронічних. Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я приводить до ситуації, коли 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта – вузькоспеціалізованими медичними працівниками. При цьому спостерігається висока частка медичної допомоги, що надається середнім медичним персоналом.

Тенденції розвитку систем охорони здоров'я в ХХІ ст. вказують на особливу роль конкуренції в галузі. Оптимальна конкуренція приводить до ситуації, коли страховики додають максимум зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальну ціну.

1.2. Моделі організації та фінансування системи охорони здоров'я

При великій різноманітності національних та історичних особливостей, що мають місце в різних країнах світу, існує три основних, стійких моделей охорони здоров'я, принципово відрізняються один від одного ступенем втручання держави, формою власності виробників медичних послуг, ступенем

охоплення населення програмами державної підтримки, джерелами фінансування.

Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я:

- ринкова модель;
- соціальна модель;
- суспільно-приватна модель.

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробників медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни поряд з ринковою моделлю використовують і інші. Або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування. В табл. 1.1 наведено аналіз джерел фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу.

Таблиця 1.1

Джерела фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу

Країна	Приватне фінансування, %	Суспільне фінансування, %
США	56	44
Австрія	34	66
Німеччина	27,5	72,5
Японія	26,2	73,8
Франція	26	74

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медичних закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти – їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Ринкова модель організації охорони здоров'я, з одного боку, одна з найякісніших, з іншого – одна з найбільш високо затратних. Наприклад, в СІП витрати на обслуговування галузі охорони здоров'я становлять 14 % ВВП. В умовах ринкової моделі організації охорони здоров'я пацієнт постійно змушений приймати рішення: в який ринок (фінансовий чи страховий) вкласти свої збереження.

Таким чином, з економічної точки зору ринкова модель неефективна, що потребує перевитрат коштів. Система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не надає соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги, тобто не має такої властивості, як доступність для всіх проверст населення.

Особливістю *соціальної моделі* є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:

- 1) податки у суспільні фонди;
- 2) внески в суспільні фонди медичного страхування;
- 3) змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів.

Система фінансування із суспільних фондів може бути змішаною, що реалізується за рахунок податків та страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії.

На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах.

Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватися на базі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;
- системі податків місцевого значення;
- комбінації трьох названих систем оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

- Система Бісмарка (модель соціального страхування);
- Система Беверіджа;
- Система Семашко.

Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців.

Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів, які становлять майже % сукупних видатків на охорону здоров'я.

Система Беверіджа (універсалістська) – система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей.

На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Бевері-джа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а

виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування.

Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Система Семашко характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР – республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні – обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи

управління охороною здоров'я. Така система характерна для країн з плановою економікою. Переваги та недоліки різних моделей охорони здоров'я представлені в табл. 1.2

Таблиця 1.2

Переваги та недоліки різних моделей охорони здоров'я

Модель	Переваги	Недоліки
Ринкова	стимуляція розвитку нових медичних технологій; забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників; постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією; жорстка вибірка економічно неефективних технологій та стратегій; мобільність ресурсів.	нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг; високі громадські витрати на охорону здоров'я; неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг; посилення впливу реклами та "моди"; нединамічність на національному рівні.
Соціальна (система Бісмарка, модель соціального страхування)	принцип солідарної оплати медичної допомоги; доступність медичної допомоги для всього населення країни.	великий адміністративний апарат; складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; високі витрати на утримання страхової інфраструктури.
Соціальна (система Беверіджа, універсалістська)	доступність медичної допомоги для всього населення країни; відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів; відносно проста система оплати праці в галузі.	відсутність ринкових стимулів економічної ефективності; слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг; необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.
Соціальна (система Семашко)	ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги; високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.	низькі показники розвитку медичної допомоги; відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги; низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Суспільно-приватна	В різній пропорції поєднує в собі ринкову та соціальну моделі, має відповідні переваги та недоліки
--------------------	--

Моделі Беверіджа та Семашко відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансування галузі. До основних привілеїв таких систем відносяться:

1. Макроефективність. Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективне використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.

2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.

3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.

4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.

5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована. Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікаря.

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами:

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів.

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги

бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів – на рахунок приватного страхування.

1.3. Проблеми фінансування системи охорони здоров'я в Україні

Аналіз проблем чинної системи фінансування галузі охорони здоров'я доцільно проводити, виходячи з тих завдань, які перед собою ставить держава в даній галузі.

Трьома фундаментальними цілями, які переслідує уряд в сфері охорони здоров'я, прийнято вважати:

1. Забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг: громадяни повинні мати доступ до певного гарантованого мінімального рівня послуг, в межах якого медична допомога повинна надаватись в залежності від потреби хворого в ній, а не в залежності від здатності хворого за неї платити. Крім того, громадянам повинен бути забезпечений певний ступінь захисту від фінансових наслідків хвороби, і плата за цей захист повинна залежати від доходу особи, а не від індивідуального ризику.

2. Забезпечення мікроекономічної ефективності: якість допомоги і ступінь задоволення пацієнтів повинні бути максимально можливими при мінімально можливих затратах ресурсів.

3. Макроекономічний контроль за видатками в сфері охорони здоров'я: сектор охорони здоров'я повинен поглинати «розумну» частку ВВП. Хоча сам по собі факт високого рівня видатків на охорону здоров'я або їх швидкого зростання ще не може бути виправданням для їх обмеження, воно може стати необхідним, коли державна політика або недосконалість ринку в сфері охорони здоров'я приводитимуть до надмірного постачання послуг.

Оскільки основним фокусом громадських дискусій навколо стану системи охорони здоров'я в Україні останнім часом була тема гострого браку коштів, розпочати аналіз варто буде саме з неї.

Як уже зазначалось, згідно з офіційною статистикою на потреби охорони здоров'я в Україні протягом останніх років спрямовувалось біля 3% ВВП.

З одного боку, всяке судження щодо того, чи являється ця частка достатньою, є нормативним, тобто таким, що не передбачає відповіді типу вірно або невірно. Достатність в даному контексті залежить від історії, рівня економічного розвитку країни, ступеня сформованості в ній різних груп інтересів. Навіть у державах, які прийнято називати розвинутими, і які витрачають на охорону здоров'я понад 10% ВВП (наприклад, у США і Німеччині), цих коштів не вистачає на задоволення усіх існуючих потреб.

Звідси слідує висновок – коштів бракуватиме завжди. Цим також пояснюється абсурдність терміну науково обґрунтована величина видатків на охорону здоров'я. Значно коректнішим був би термін соціально прийнятний для даної країни рівень видатків на охорону здоров'я. Аналізуючи величину асигнувань на охорону здоров'я, можна говорити лише про їх порівнювальну достатність, тобто про те, як ситуація в даній країні порівнюється з іншими. І за цим показником Україна перебуває в групі далеко не самих розвинутих держав.

З іншого боку, вже сам факт існування так-званих «добровільних внесків», які є нічим іншим, як завуальованою платою «з кишені» хворого, а також надзвичайно поширеної, хоча і не передбаченої законодавством, практики виплати гонорарів медичним працівникам в громадських закладах охорони здоров'я є свідченням того, що суспільство не забезпечує достатнього рівня покриття ризику захворюваності. Іншими словами, рівень фінансування системи охорони здоров'я є недостатнім. Саме нездатність системи забезпечити за рахунок громадських коштів належний рівень надання допомоги змушує людей до пошуку альтернативних шляхів задоволення своїх потреб в охороні здоров'я.

Доступ до послуг отримують в першу чергу ті пацієнти, які можуть за них заплатити. А відсутність на сьогодні в Україні чітко визначеного переліку послуг, на безоплатне надання яких можуть розраховувати всі громадяни, в принципі сприяє субсидуванню багатих бідними – ті, хто платить, отримують послуги не тільки завдяки власним внескам, але й через перерозподіл ресурсів на їх користь за рахунок тих, хто не здатен заплатити.

Сьогодні законодавство обіцяє громадянам безоплатність послуг в громадських і комунальних медичних закладах, але сором'язливо не згадує про те, що ж є безоплатним, і цим самим компрометує саму ідею безоплатності і солідарності. Невизнання на законодавчому рівні обмеженості ресурсів має своїм наслідком правову незахищеність громадян перед реаліями української системи охорони здоров'я.

Оскільки на всі можливі види послуг коштів не вистачає, процес їх нормування насправді відбувається в будь-якому разі, навіть якщо політики і управлінці це заперечують. Проблема полягає в тому, що не маючи визначення на законодавчому і нормативно-правовому рівні, цей процес протікає поза рамками закону і тому призводить до згаданих зловживань.

Без розробки переліку гарантованого державою (або фондом соціального медичного страхування в разі його запровадження) набору лікувально – профілактичних послуг, який би вказував, які послуги надаються за рахунок громадських коштів, а які не надаються, відновлення соціальної справедливості в секторі охорони здоров'я бачиться недосяжною перспективою.

Наступною важливою проблемою громадської системи охорони здоров'я в Україні є відсутність зв'язку між фінансуванням лікувальних закладів і кінцевими результатами їх роботи.

Бюджетні лікувальні установи в Україні мають «врожене» право фінансуватись з бюджету. Підставою для виділення коштів цим установам є сам факт їх існування, а не те, наскільки успішно вони підтримують або поліпшують стан здоров'я громадян.

Український парадокс полягає в тому, що з двох лікарень, якими пролікована однакова кількість хворих і досягнуті однакові клінічні результати, більше головного болю буде у керівника того закладу, де хворі лікувались швидше – адже головним показником роботи є ступінь зайнятості ліжка.

Аналогічним чином, поліклініки не зацікавлені в тому, щоб громадяни були здоровіші а хворі лікувались швидше – навпаки, чим частіше вони відвідуватимуть поліклініку, тим кращою визнаватиметься її робота, яка оцінюється по кількості відвідувань.

Закономірним наслідком такої системи стимулів є невиправдане затягування строків лікування, госпіталізація хворих без істотної в цьому потреби, а також приписки в поліклініках (реєстрація фіктивних відвідувань).

В той час, як менеджери системи охорони здоров'я в переважній своїй більшості ставлять брак фінансування на перше місце серед причин незадовільного стану галузі, мало хто з них переймається думкою про те, що гроші повинні слідувати за створеною вартістю, а сама вартість створюється якісними послугами. Вони стверджують, що будь-яке покращення в секторі охорони здоров'я стане можливим тільки тоді, коли в нього вливатиметься достатньо грошей, і не завжди спрямовують свої зусилля на більш ефективне використання вже наявних коштів.

Справедливості ради слід відмітити, що така поведінка управлінців є наслідком існуючої системи фінансування закладів і без зміни цієї системи будь-які ініціативи менеджерів приречені на поразку.

Оцінка ефективності використання ресурсів вимагає порівняння витрат і кінцевого результату для кількох варіантів їх використання. В існуючій на сьогодні системі фінансування галузі охорони здоров'я така оцінка не проводиться. Сам принцип фінансування за статтями бюджетної класифікації виключає необхідність проведення такої оцінки. Величини статей визначаються за нормативами, які регулюють ключові показники ресурсозабезпеченості галузі

– кількість ліжок, медперсоналу, витрати на харчування і на медикаментозне забезпечення одного госпіталізованого пацієнта.

В принципі, при розробці згаданих нормативів приймаються до уваги потреби громадян в медичній допомозі. Ними враховуються показники захворюваності, терміни лікування і витрати ресурсів на лікування різних нозологій. Проблема, однак, полягає в тому, що статистичні дані, які використовуються для розробки і перегляду нормативів, є недостовірними, оскільки формуються на основі недостовірних звітів про ліжко-дні, тривалість перебування на ліжку і кількість відвідувань.

Аргументом на користь застосування нормативів є їх ефективність в контролі за загальною величиною державних видатків в галузі охорони здоров'я. Але ж існують і інші інструменти контролю за загальною величиною видатків. Крім того, стверджується, що нормативи запобігають нецільовому використанню коштів. Але цільове використання коштів, як його розуміють контролюючі фінансові органи, може бути позбавленим сенсу в розумінні ефективності їх використання.

Не враховано в нормативах і швидкого темпу розвитку медичної науки і технологій. Охорона здоров'я є галуззю економіки, яка в наш час значною мірою залежить від наукових і технологічних інновацій. Якщо технологічний розвиток призводить до змін у загальноприйнятій медичній практиці, це мало б знаходити своє відображення і у відповідних змінах напрямків потоків ресурсів. Існуючі нормативи по суті не враховують таких змін і не забезпечують потрібного перерозподілу (якщо, звичайно, не проводити перегляду нормативів при запровадженні кожної наступної інновації, що з практичної точки зору є неможливим)

Наприклад, методи ендоскопічної хірургії дали змогу проводити значно менш травматичні хірургічні втручання і відповідно скоротили період післяопераційної реабілітації. Але це ніяк не відобразилось на нормативах, що пов'язують між собою кількість ліжок хірургічних, гінекологічних та інших оперативних відділень з кількістю працюючого в них штату.

Існують не тільки науково-технологічні, а й соціально-політичні фактори впливу на систему охорони здоров'я, які не можуть бути адекватно відображені нормативами. Наприклад, в багатьох країнах лікування венеричних захворювань проводиться в амбулаторних умовах. В Радянському Союзі ці хвороби лікувались в умовах стаціонару з огляду на існуюче в той час бачення способу поширення цих хвороб і способу запобігання їм. Змінилися часи, змінилось розуміння середовища, в якому відбувається поширення цих хвороб, але не змінилися нормативи, згідно з якими визначається потреба в шкірно – венерологічних ліжках і в кількості медичного персоналу.

Подібних прикладів можна привести багато. Всі вони вказуватимуть на нездатність нормативів вчасно реагувати на зміни середовища, а отже і на їх неспроможність забезпечувати відповідний перерозподіл ресурсних потоків згідно з поточними потребами суспільства.

Отже, існуюча система постатейного фінансування не дозволяє прив'язати фінансові потоки до якості і кількості наданих послуг, а така прив'язка є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управління системою надання послуг з охорони здоров'я.

Без формального документування в угоді кількості послуг і спроби визначення їх якості у тих, хто надає ці послуги, по-перше, немає достатніх стимулів для покращення результатів лікування, а по-друге, з'являється більше можливостей для використання громадських ресурсів у власних інтересах.

В арсеналі менеджерів охорони здоров'я немає свободи вибору тих постачальників послуг, які пропонують і демонструють краще співвідношення вартості і якості. Існуюча система фінансування в принципі заперечує можливість такого вибору.

З цієї ж причини, на жаль, нормативи в тому вигляді, в якому вони існують на сьогодні, не сприяють і забезпеченню рівного і справедливого доступу до визначеного переліку послуг.

Ще одним чинником, який негативно впливає на ефективність використання ресурсів в системі охорони здоров'я в Україні є розподіл між

різними бюджетами (державним, обласними, районними та бюджетами міста) відповідальності за фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня. Основним наслідком цього є те, що надання первинної і спеціалізованої допомоги є слабо координованим. Будучи підпорядкованими органам влади різного рівня, медичні заклади мають мало стимулів для узгодження своєї діяльності в інтересах пацієнтів.

Таким чином, проблеми (недоліки) діючої на сьогодні в Україні системи фінансування сфери охорони здоров'я полягають в наступному:

1. Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, яке проявляється, крім усього іншого, ще й значними особистими видатками громадян на медичні послуги.
2. Відсутність визначеного законодавством та нормативно-правовими актами переліку послуг, які повинні надаватись громадськими закладами охорони здоров'я безоплатно при кожному даному рівні фінансування цих закладів.
3. Відсутність зв'язку між фінансуванням громадських закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їх роботи.
4. Неможливість ефективного управління обмеженими ресурсами в умовах існуючої системи постатейного фінансування громадських лікувально – профілактичних закладів.
5. Фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що є додатково ускладнює координацію надання допомоги.

Висновок до першого розділу

Система охорони здоров'я в Україні гостро потребує реформи системи фінансування. Істотний дефіцит бюджету галузі, що спостерігається протягом останнього десятиліття, призвів до значного погіршення якості медичної допомоги. В цілях поліпшення доступності і якості медичного обслуговування у громадському секторі українські законодавці готують нові законодавчо-

правові акти, шукаючи можливостей для переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі.

Світова практика надання медичних послуг є нічим іншим, як втіленням гуманітарної, людино-центристської парадигми глобального економічного розвитку та суспільного прогресу, яка відбиває реалізацію фундаментального права людини на життя і здоров'я, а отже – отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває проблематика комплексного аналізу і бенчмаркінгу національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувалися у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступеня державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування. На нашу думку, подібний критеріальний діапазон класифікації національних систем медичних послуг є доволі звуженим і має бути суттєво доповнений такими критеріями, як: характер розподілу медичних послуг, рівень розвитку медичної індустрії та медичної інфраструктури, співвідношення державного і приватного фінансування сфери охорони здоров'я, ступінь розвитку інституту корпоративної соціальної відповідальності, доступність медичного обслуговування для широких верств населення, ступінь реалізації прав пацієнтів, рівень розвитку фармацевтичного ринку, а також співвідношення платних і безоплатних їх видів. Саме така система критеріїв здатна, на нашу думку, повною мірою відобразити існуючі міжкраїнові відмінності у ключових параметральних індикаторах розвитку систем медичних послуг та організації сфери охорони громадського здоров'я, а також розкрити ключові їх конкурентні переваги і недоліки.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

2.1. Оцінка сучасних тенденції розвитку систем охорони здоров'я в світі

Національна система охорони здоров'я є невід'ємною частиною людського розвитку, що визначається суспільством як пріоритетна цінність. Це непродуктивна послуга охорони здоров'я для населення і є центральною для розвитку суспільства, оскільки здоров'я, яке безпосередньо впливає на економічне та соціальне благополуччя, є важливим фактором національної безпеки країни. Формуючи здоров'я населення, здоров'я впливає на формування та розвиток людського капіталу країни та надає послуги суспільству в цілому, значною мірою компенсуючи негативні наслідки своєї діяльності. Тому держава повинна зосередитись на розробці соціальної політики, що підтримується своєчасним та адекватним фінансуванням охорони здоров'я [27, с. 9–10].

Кінцевим результатом у системі охорони здоров'я має бути результат чи результат певної політики чи діяльності в галузі охорони здоров'я та пов'язані із цим зміни у стані здоров'я та здоров'я населення [23, с. 9].

Основним завданням та викликом, що стоїть перед сучасним суспільством та керівництвом України, є розробка власної системи охорони здоров'я з урахуванням історичних передумов розвитку охорони здоров'я в країні та світового досвіду. Це вимагає аналізу складових елементів та характеристик закордонних моделей охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я в кожній країні розвивалася по-різному, беручи до уваги історичні припущення: існують відмінності в методах та організації управління, підходах до фінансування, доступності медичних послуг, незважаючи на подібність та подібність завдань, які система охорони здоров'я повинна вирішувати.

М.М. Шутов [1] виділяє три основні моделі управління здоров'ям: командно-адміністративна модель; демократична модель; та ринкова модель.

Перша модель передбачає втручання держави у функціонування та модифікацію системи охорони здоров'я для забезпечення швидкої зміни цілей політики. Демократична модель передбачає, що кожен громадянин має право впливати і несе відповідальність за соціальні та політичні рішення в житті суспільства; ця модель сприяє участі населення у процесі прийняття рішень щодо потреб, пріоритетів та проблем в управлінні охороною здоров'я. Ринкова модель встановлює правила саморегулювання на основі конкурентоспроможності ринків охорони здоров'я відповідно до ринкового законодавства для визнання умов певних обмежень. Цей підхід базується на доктрині автономного розвитку ринку, а отже, передбачає мінімальне втручання держави у питання економічного здоров'я [1, с. 243-244].

[6] Виділено такі типи моделей системи охорони здоров'я: модель соціального медичного страхування (система Бісмарка) модель центрального фінансування охорони здоров'я (моделі Семашка, Бевериджа) приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Модель соціального медичного страхування базується на принципах соціального страхування та багатоканальної системи фінансування. Центральними моделями фінансування є система державного бюджетного фінансування. Приватна модель базується на власних коштах громадян, а саме добровільному медичному страхуванні, прямій оплаті медичних послуг та медичних депозитних рахунках.

Вони також класифікують моделі фінансування охорони здоров'я таким чином: державні фонди споживання; змішані фонди; приватні фонди. Кошти державного споживання збираються за рахунок податків або внесків на соціальне страхування. Ці два методи в основному засновані на доходах громадян. Змішані системи поєднують податки та внески. І в моделі, що фінансується з приватних фондів, основним джерелом є особисті внески громадян. Таким чином, дві останні класифікації перекриваються: моделі

фінансування охорони здоров'я з державних фондів споживання та змішаних фондів відповідають трьом системам організації охорони здоров'я Бісмарка, Семашко та Беверія, засновані на принципі солідарності, мають спільні риси: універсальна система захист незалежно від ризику; рівний та всебічний доступ до медичної допомоги; обов'язкова участь населення у вартості медичного обслуговування; Відсутність прямого зв'язку між сумою виплат (податків, внесків) та сумою медичної допомоги; Державний моніторинг ціноутворення. Однак у цих моделях є суттєві відмінності.

Модель соціального медичного страхування (система Бісмарка, або модель страхування) характерна для таких країн, як Австрія, Швейцарія, Ізраїль, Франція, Нідерланди, країни Східної Європи та Балтії, Японія та інші. Ця система базується на принципі соціального страхування, тобто захисту від соціальних факторів ризику (хвороби, нещасні випадки, непрацездатність), материнства, безробіття та смерті родичів. Внески на соціальне страхування покривають витрати на охорону здоров'я.

Фінансування за цією моделлю є багатоканальним і включає обов'язкові фіксовані внески до фонду заробітної плати робітників та роботодавців, державні субсидії, добровільні внески на медичне страхування, прямі виплати та доплати громадянам. Внески нараховуються на основі платоспроможності та не залежать від індивідуального ризику, що призводить до безперервності покриття витрат на охорону здоров'я та не впливає на рівень медичного обслуговування. Стабільність надходження коштів заохочує їх інвестувати в сучасні інноваційні медичні технології та обладнання, заохочує медичний персонал вдосконалюватися та забезпечує збільшення їх доходів.

Державні субсидії покривають витрати на соціальне страхування, охорону здоров'я (протиепідемічні заходи), медичну підготовку та наукові дослідження.

Добровільне медичне страхування за цією моделлю не є суттєвим, на відміну від США, Австралії та Швейцарії: воно становить від 1,6% (Люксембург) до 14,3% (Нідерланди). Він існує як:

а) Замінний (є альтернативою державному медичному страхуванню для працівників та службовців з доходами, що перевищують ліміти, затверджені урядом)

б) додаткові (надання громадянам змоги насолоджуватися комфортними умовами у разі госпіталізації або отримання допомоги в приватних закладах охорони здоров'я);

в) добавки (повністю або частково покриває витрати на послуги охорони здоров'я, які залишились без схеми державного фінансування або гарантують пришвидшений доступ до медичної допомоги).

Держава не бере безпосередньої участі в процесі охорони здоров'я, але виконує законодавчу регулюючу та наглядову роль (регулює ставки внесків, ціни на медичні послуги, договірні відносини між застрахованим та закладом охорони здоров'я, розмір гарантованого пакету охорони здоров'я догляд, система контролю якості медичного обслуговування). Тому цю модель називають регульованою.

Обов'язкове медичне страхування може діяти у двох організаційних (прямих та непрямих) та економічних (комерційних та грошових) формах. Пряма форма характеризується тим, що органи медичного страхування мають власні заклади охорони здоров'я (Японія, Швеція). Побічно страхова організація контактує із закладами охорони здоров'я. Грошовими коштами страхувальник вільно обирає постачальника медичних послуг (терапевт або сімейний лікар), оплачує вартість цих послуг, потім страхова компанія відшкодовує певний відсоток вартості амбулаторної допомоги, частина витрат ділиться (Бельгія, Франція, Люксембург). Форма характеризується тим, що страхувальник отримує медичну допомогу безкоштовно, а економічні питання вирішує посередник між страхувальником та постачальником медичної послуги (Німеччина, Австрія, Нідерланди, Швеція).

Державно-приватна модель фінансування охорони здоров'я (змішана форма) поширена в Нідерландах та Японії і характеризується покриттям витрат

на охорону здоров'я шляхом поєднання соціального та приватного медичного страхування.

Переваги системи соціального медичного страхування: високі гарантії безкоштовної медичної допомоги; цільові внески; ліквідація внутрішньої монополії системи охорони здоров'я; відкритість до додаткових джерел фінансування; Інвестування в інноваційні галузеві інновації, ультрасучасні медичні технології та обладнання, фармацевтичні та технологічні розробки; розвинений ринок інновацій у галузі охорони здоров'я та інтелектуальної власності; Гарантування державами якісного медичного обслуговування; вільний вибір страхових фондів та постачальників медичних послуг.

Недоліками цієї системи є: високі адміністративні витрати та збільшені витрати для страхових компаній та закладів охорони здоров'я, що призводить до скорочення працівників.

Моделі системи охорони здоров'я (система Семашка та Беверіджа) мають такі особливості: основним джерелом фінансування є загальний податковий дохід; оплата медичного обслуговування здійснюється з державного та місцевих бюджетів; податки прогресивні; Держава є власником більшості закладів охорони здоров'я, виконуючи функції управління, фінансування та організації медичної допомоги населенню; Загальна стратегія розвитку галузі та основні аспекти економічної діяльності закладів охорони здоров'я регулюються державним управлінням.

Модель Семашка характерна для радянських країн і характеризується переліченими вище принципами. Ця модель характеризується жорсткою державною формою управління та контролю; фінансування охорони здоров'я здійснювалось за залишковим принципом та було організовано відповідно до визначених централізованими стандартами (штати, ресурси, зарплата). Більшість медичних послуг були безкоштовними, але це призвело до значного розвитку галузі, відсутності економічної мотивації медичного персоналу до раціонального використання ресурсів та поліпшення якості медичної допомоги, поганої орієнтації на клієнтів та відсутності конкуренції в галузі охорони

здоров'я постачальників послуг. Ці фактори, разом з розпадом Радянського Союзу, призвели до краху цієї моделі.

Модель Бевериджа характерна для таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Канада, Італія, Іспанія, Португалія, Греція, Нова Зеландія заснована на принципах універсального доступу та безкоштовної медичної допомоги на основних етапах лікування.

Окрім бюджетних асигнувань, додаткове та додаткове добровільне медичне страхування та доплата за обрані медичні послуги використовуються як основне джерело доходу для медичного обслуговування (стоматологічне, офтальмологічне, фармацевтичне, за яке встановлюється фіксована плата). Ця модель характеризується чіткою централізованою системою контрактів відповідно до державних стандартів. Медичний персонал отримує зарплату на душу населення; кількість та структура медичного персоналу регулюються відповідно до потреб споживачів. Характерними є первинна медична допомога та конкурентне середовище.

Система охорони здоров'я представлена сімейною медициною, лікарняною допомогою та охороною здоров'я. Наприклад, у Великобританії та більшості західноєвропейських країн первинна медична допомога фінансово та оперативно відокремлена від вторинної.

Внутрішній ринок функціонує через територіальні відділи охорони здоров'я та лікарів загальної практики, які укладають договори із закладами охорони здоров'я всіх форм власності та узгоджують обсяг медичної допомоги між собою. Лікарі загальної практики отримують щорічний бюджет, який включає кошти на лікувальні, профілактичні та реабілітаційні заходи, а також на всі види спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, їм надаються цільові виплати за надання медичних послуг людям певного віку (вакцинація, контрацепція тощо). Це сприяє ефективному використанню ресурсів, адекватному розподілу витрат на охорону здоров'я та заохоченню лікарів до надання якісної допомоги та активної профілактичної роботи.

Система оплати праці лікаря загальної практики поєднує на душу населення та гонорари: рівень заробітної плати на душу населення визначається

кількістю та віком населення, яке постійно проживає. Лікарні фінансуються за рахунок річного бюджету на певному рівні діяльності (глобальний бюджет). Широко застосовуються денні лікарні хірургічного профілю (хірургія «один день»), що пов'язано зі зниженням вартості лікування (на 30% нижче) порівняно з традиційними лікарнями. Переваги системи охорони здоров'я: високий ступінь державного управління системою; доступність; безкоштовне медичне обслуговування; прозорість фінансових потоків; підзвітність суспільству; якісне медичне обслуговування за помірною вартістю; контроль коштів.

Недоліки: відсутність бюджетного фінансування для матеріально-технічного оновлення системи охорони здоров'я; відсутність вільного вибору лікаря та часу його відвідування, наявності черг; відсутність цільових внесків; бюрократизація відносин; Відсутність економічної зацікавленості медичного персоналу в якості медичних послуг та раціональному використанні ресурсів; обмежені права закладів охорони здоров'я; погана орієнтація на споживчий попит; плинність кадрів.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я базується на лібертаріанській концепції (внесок громадянина в соціальне благополуччя визначає його доступ до соціально важливих благ) та ризиках для здоров'я та має такі характеристики: основне джерело фінансування особистих коштів громадян; премії добровільного медичного страхування встановлюються відповідно до індивідуального ризику (індивідуальна оцінка можливості захворювання), соціального та групового ризику (середня оцінка ризику для певної групи населення); існує тісний взаємозв'язок між індивідуальним ризиком та преміями та обсягом медичних послуг; доступ до медичної допомоги за національними програмами обмежений віком, стажем роботи, соціальним статусом та місцем роботи; відбір претендентів на медичне страхування (перевага віддається здоровим, молодим та забезпеченим) для спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги; Ціни регулюються законами вільного ринку; різноманітність медичних послуг та їх постачальників.

Представником цієї моделі є США. Медична допомога надається відповідно до фінансових можливостей та потреб населення та відповідно до законів вільного ринку. За даними світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2019) [29], витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП становили 17% і є найвищими серед інших країн як у відсотках від ВВП, так і на душу населення (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Рейтинг країн за витратами на охорону здоров'я, згідно з даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2019)

Країна	Обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, %	Витрати на одного громадянина на рік, дол. США	Покриття населення необхідною медичною допомогою, %
США	17	98701	≥80
Бразилія	12	1016	77
Франція	12	4263	≥80
Швейцарія	12	98362	≥80
Канада	11	4458	≥80
Японія	11	4233	≥80
Швеція	11	57115	≥80
Німеччина	11	4714	79
Норвегія	11	74783	≥80
Великобританія	10	3958	≥80
Австрія	10	4688	≥80
Данія	10	5566	≥80
Нідерланди	10	4742	≥80
Австралія	9	5002	≥80
Фінляндія	9	4117	79
Італія	9	2739	≥80
Республіка Молдова	9	171	65
Болгарія	8	612	64
Греція	8	1511	70
Іран	8	415	65
Ізраїль	7	2837	≥80
Чеська республіка	7	1322	73
Польща	7	809	75
Естонія	7	1185	76
Україна	7	141	63
Люксембург	6	62714	≥80
Білорусь	6	318	74
Китай	5	398	76
Румунія	5	476	72
Російська федерація	5	469	63
Казахстан	4	262	71
Кувейт	4	1068	77
Пакистан	3	40	40
Катар	3	1827	77
Венесуела	3	1578	73
Монако	2	2940	-

Фінансування охорони здоров'я - це поєднання приватного страхування (премії, особисті виплати) та державних фондів (федеральні та регіональні податки) для груп високого ризику (пенсіонерів, інвалідів, громадян з низьким рівнем доходу). Система фінансування не передбачає солідарних субсидій між групами доходів. Приватні страхові компанії обслуговують 73% громадян Сполучених Штатів, з яких 64% населення покриваються колективним медичним страхуванням через роботодавців, незалежних, фізичних осіб 9%; 16% населення взагалі не мають медичного страхування.

Компенсація за медичну допомогу здійснюється за допомогою таких програм: Організація охорони здоров'я (ООЗ) Індивідуальне добровільне медичне страхування або членство в організаціях охорони здоров'я, обраних організацією, що надає перевагу пацієнтам (ОПП) програм «пункт допомоги», що поєднує аспекти ООЗ та ОПП; Безкоштовна екстрена допомога населенню країни, незалежно від платоспроможності (мінімальна сума, затверджена федеральним урядом) програм Medicare та Medicaid, які опікуються людьми віком від 65 років та бідними.

Витрати на охорону здоров'я за колективним страхуванням можна покрити двома способами: плата за послуги, тобто роботодавець сплачує страховій компанії за премію кожного працівника за страховим полісом, а страхова компанія сплачує рахунок (80 відсотків) за медичне обслуговування - заклади та лікарі; плата за керовані послуги використовується в медичних організаціях, що характеризуються: послугами для певної групи населення; регулярна сплата фіксованих внесків; кількість яких не залежить від стану здоров'я та віку; обсяг та спектр медичних послуг визначаються договором; існування єдиних вимог до різних методів обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у вигляді керівних принципів та протоколів відповідності результатів лікування певним стандартам; прийняття фінансового ризику з боку організації при наданні медичної допомоги. Організація охорони здоров'я - це продавець або колективний договір із групою лікарів, які надають медичну допомогу

членам організацій в медичних центрах та лікарнях, що знаходяться під управлінням медичних організацій. Заклади охорони здоров'я отримують фіксовану суму, яку виплачують заздалегідь за кожну застраховану особу, незалежно від обсягу медичних послуг.

Medicare (13%), Medicaid (10%) та Фонд ветеранів армії (4%) є членами Державних програм страхування. Програма Medicare надає послуги особам віком від 65 років, які працювали від 5 до 10 років, певним категоріям інвалідів; він фінансується за рахунок цільових податків із фонду заробітної плати та державних доходів. Програма медичної допомоги охоплює бідні сім'ї з доходами за межею бідності; інваліди з низьким рівнем доходу, громадяни похилого віку, вагітні жінки та діти; фінансується федеральним урядом та урядами штатів.

Загалом, лікарняний сектор США представлений:

а) збиткові, якими керують органи державної влади, релігійні чи незалежні громадські організації (86 відсотків, з яких 27 відсотків належать органам місцевого самоврядування);

б) Комерційні компанії, якими керують великі приватні корпорації (14 відсотків).

Переваги цієї моделі: концентрація фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я; значні інвестиції сприяють інноваційному розвитку галузі та підвищенню ефективності діяльності; висока зарплата медичних працівників; Багатостороння система контролю якості охорони здоров'я.

Недоліки: відсутність соціальної рівності у фінансуванні та доступі до медичних послуг; висока вартість медичних та фармацевтичних послуг; значні адміністративні витрати [6, с. 62–90].

Як ми бачимо з табл. 2.1. Трійку лідерів очолюють США (17% ВВП на душу населення 9 870 доларів США на рік), Швейцарія (12% ВВП, 9836 доларів США на рік) та Норвегія (11% ВВП, 7 478 доларів США на рік). Покриття становить понад 80 відсотків. Тільки за цими показниками важко судити про результати діяльності сектору охорони здоров'я в цих країнах в цілому, але

вони підтверджують, що ці країни надають медичну допомогу високого рівня і відповідають цілям та завданням свого існування.

Незважаючи на всі відмінності, ми визначили різні моделі охорони здоров'я, і ми можемо бачити, що покращення здоров'я у всіх вищезазначених моделях має подібні ключові питання та проблеми:

- роль держави, взаємодія органів влади та закладів охорони здоров'я; розвиток медичного страхування;
- визначення та впровадження нових джерел фінансування та форм перерозподілу;
- організація лікарняної, догоспітальної та невідкладної допомоги;
- форми оплати праці та мотиваційний процес медичного персоналу;
- роль та місце медсестер у процесі профілактики та лікування;
- розвиток конкурентоспроможності системи охорони здоров'я та внутрішньогалузевої конкуренції;
- зміна ставлення людей до власного здоров'я (впровадження профілактичної медицини).

Охорона здоров'я, яке є однією з найважливіших складових суспільного виробництва та національної економіки і впливає на формування та розвиток людського капіталу країни, не може не розвиватися в ринкових умовах, що склалися в національній економіці. Таким чином, завдання сучасного етапу розвитку сектору охорони здоров'я в Україні полягає у формулюванні такої стратегії розвитку та її коригуванні таким чином, щоб цей сектор міг підтримувати баланс між інтересами населення, держави та закладів охорони здоров'я. Тому необхідно зосередити увагу на створенні та розвитку управлінського капіталу галузі.

На сьогоднішній день поліпшення управління національним сектором охорони здоров'я було досягнуто завдяки економічним експериментам, які дали соціально-економічні вигоди завдяки використанню фінансових та економічних інструментів. Економічні компоненти старої системи охорони здоров'я із сукупною державною власністю не враховують підходи управління.

Національна стратегія охорони здоров'я повинна бути невід'ємною частиною загального плану сталого розвитку України. Це повинно забезпечити бачення розвитку національної системи охорони здоров'я, яка має бути спрямована на досягнення таких цілей: збереження та поліпшення здоров'я населення; продовження періоду активного довголіття та тривалості життя населення; встановлення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичне обслуговування та медичне страхування; Гарантування рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; створення регульованого ринку платних медичних послуг та сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності; Створення умов для забезпечення попиту населення на медичні послуги; ефективне використання наявних людських, фінансових та матеріальних ресурсів; спільна участь держави; роботодавці, територіальні громади та окремі юридичні та фізичні особи у фінансуванні системи охорони здоров'я [1, с. 278–279].

Такі зміни повинні бути здійснені відповідно до низки вимог: адаптація та уніфікація нормативно-правової бази країни в правову базу провідних країн світу; та надання свободи у виборі форм власності та в організації лікувально-профілактичної роботи, економічної, фінансової та управлінської діяльності закладів охорони здоров'я; Держава зберігає переважну роль у фінансуванні системи охорони здоров'я завдяки вдосконаленню грошово-кредитного механізму, податкової політики та соціального страхування [20]. Впровадження цих принципів має забезпечити вирішення можливих внутрішніх суперечностей у новій системі охорони здоров'я.

2.2. Аналіз процесу реформування охорони здоров'я України в умовах європейської орієнтації

Здоров'я - одна із глобальних проблем, що сприяють подальшому розвитку нашої держави. Вчені, лікарі, філософи, економісти, соціологи та інші намагались проникнути в таємниці явища здоров'я, розпізнати його суть,

навчитися керувати ним, використовувати здоров'я економічно ефективно протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

У соціально-економічній, філософській та медичній літературі здоров'я частіше розуміють з різних методологічних та теоретичних точок зору. Преамбула до Конституції ВООЗ визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. З економічної точки зору здоров'я, ми розглядаємо як певний потенціал якості людської особистості, що характеризується її фізичними, психічними, духовними силами виробляти матеріальні та духовні цінності в процесі роботи протягом робочого дня і всього літній робочий період для надання всіх видів трудових послуг, необхідних для виробництва або повсякденного життя [4]. Кожен робочий день людини - це процес погіршення її людського капіталу, а потім поповнення поза робочим часом фізичної, нервової енергії, витраченої за допомогою поживної їжі, відпочинку, сну.

Кошти витрачаються на всіх етапах формування здоров'я, тому інвестиції в охорону здоров'я накопичуються як частка людського капіталу як сума витрат на створення фізично і психічно здорового працівника. Джерелом інвестицій у людський капітал на охорону здоров'я є щоденні витрати, в першу чергу, сімей, фірм та держави. Усі бідні та багаті країни намагаються збільшити ресурси, доступні для фінансування медичних послуг, необхідних і затребуваних населенням. Однак жодна країна, якою б багатою вона не була, не може забезпечити все населення доступними технологіями та заходами, які можуть покращити стан здоров'я та продовжити життя. Це пов'язано насамперед із збільшенням частки населення похилого віку та скороченням робочої сили, а також розробкою нових ліків, процедур та технологій.

У країнах із високим рівнем доходу фінансові вливання в охорону здоров'я залишаються відносно високими. США та Норвегія витрачають на охорону здоров'я понад 7000 доларів на рік. Норвегія та США витрачають на охорону здоров'я понад 7000 доларів. . Країни ОЕСР витрачають в середньому 3600 доларів на душу населення. Швейцарія витрачає більше 6000 доларів на

душу населення. Швейцарія витрачає більше 6000 доларів на людину. Країни ОЕСР витрачають в середньому 3600 доларів на людину. І 31 бідна країна витрачає менше 35 доларів на душу населення на рік. [31]. Щороку Верховна Рада України затверджує державний бюджет та окрему його частину, яка надходить на охорону здоров'я. Існує частка податків кожного українця. Українська медицина отримає у 2017 р. 88 млрд 673 млн грн. На 18% більше, ніж у 2016 році. Однак це лише близько 80 доларів на одного українця. Доларів США [11].

Країни - члени Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2005 р. Взяли на себе зобов'язання розробити національні системи фінансування охорони здоров'я, щоб усі люди мали доступ до медичних послуг без фінансових проблем із їх оплатою [19]. Тобто, рівноправне загальне охоплення здоров'ям санітарних послуг, що включає здоровий спосіб життя, профілактику, лікування та реабілітацію.

У світі існує багато класифікацій моделей організацій охорони здоров'я, але експерти, як правило, посилаються на чотири класичні (які в першу чергу відрізняються джерелами фінансування):

- 1) Приватна модель фінансування охорони здоров'я (американська)
- 2) Модель Бісмарка - медичне страхування (німецька)
- 3) Беверідж - Бюджетне фінансування (англійською мовою)
- 4) Модель Семашко (колишня радянська).

Кожна модель має свої переваги та недоліки. Одним із них є загальнообов'язкове соціальне медичне страхування: все населення вносить певний відсоток своїх доходів у медицину, платячи тим самим за лікування тих, хто цього потребує. Згідно з іншою моделлю, яка працює у таких країнах, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Португалія, держава повністю задовольняє потреби громадян у охороні здоров'я.

За нинішніх обставин у ряді європейських країн, таких як Італія, Греція, Іспанія та Великобританія, система охорони здоров'я успішно поєднується із системою страхування, добровільні фонди медичного страхування також

використовуються для фінансування охорони здоров'я. У країнах, які ВООЗ визнали більш ефективними та доступними, майже 80 відсотків населення покриваються обов'язковим соціальним медичним страхуванням.

Переваги фінансування державного медичного страхування полягають у тому, що премії призначаються і захищаються від політичних маніпуляцій. Розмір цих внесків не залежить від ризику захворювання, обсяг медичного обслуговування є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від внеску і визначається лише потребами людини. Внески здійснюються з бюджету, а також від працівників та роботодавців. Роботодавці не тільки сподіваються зберегти важливих, здорових та ефективних працівників, але також завдяки комплексу соціальних послуг утримують найцінніших працівників. Страхові внески - це звільнені витрати.

Приватне фінансування охорони здоров'я фінансується за рахунок коштів фізичних осіб або групи акціонерів та регулюється відповідним законодавством. У багатьох країнах прямі виплати пацієнтів запобігають або суворо обмежують. На тлі приватного медичного страхування в США медичні витрати становлять 2,26 трлн доларів, тобто 7 439 доларів на людину (16 відсотків ВВП) [31].

Прихильники громадської медицини апелюють до аргументу Всесвітньої організації охорони здоров'я про те, що доступ до медичної допомоги є невід'ємним правом людини, незалежно від її здатності платити за послуги лікарів та ліки. Противники цієї системи використовують інші аргументи. Перш за все, системи охорони здоров'я націоналізовані, бюрократично скалічені, неефективне використання коштів та погане управління ними, і пацієнти не мають вибору.

В даний час системи охорони здоров'я економічно розвинених країн не повністю вписуються в жодну з цих моделей. Реформи розвиваються, спираючись на ідеї та елементи один одного. Сучасні системи охорони здоров'я стали по суті настільки гібридними, що часом важко сказати, на якій моделі базується. Якщо в США протягом останніх десятиліть домінувала тенденція до

«європеїзації» системи охорони здоров'я, Старий Світ, навпаки, рухається в «американському» напрямку. Національні системи охорони здоров'я в різних країнах не дотримуються єдиної моделі. Міждержавні розбіжності в цій сфері настільки великі, що самі поняття «державне медичне обслуговування» та «універсальне медичне страхування» важко вписати в якусь стандартну колективну модель. Система охорони здоров'я в кожній країні є продуктом її унікальних обставин, історії, політичного життя та національного характеру.

«Задоволення потреб більшості людей залежить від функціонування економічної системи, політичного правління і взаємодії між ними, причому й економічна система, і політичне правління визначаються моральними цінностями суспільства» [2].

Важливо також зазначити, що жодна країна, навіть коли вона вважається найкращою, не має ідеальної системи охорони здоров'я. Існує широке невдоволення системою охорони здоров'я країни. Наприклад, американцям не подобається поточний стан їхньої медицини: згідно з недавнім опитуванням Фонду Співдружності, 82% громадян США вважають, що ця система вимагає або фундаментальної реформи, або повної реконструкції. У Нідерландах 58 відсотків, а в Німеччині - 78 відсотків, виступають за фундаментальні реформи або повний перегляд їхніх систем охорони здоров'я.

Як приклад, президент США Дональд Трамп підписав свій перший указ незабаром після інавгурації, в якому доручив федеральним відомствам послабити обмеження, пов'язані з масовою реформою охорони здоров'я, ініційованою колишнім президентом Бараком Обамою. Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів Обамакаре вважається найбільшим досягненням президента Обами і одним із найбільших проектів в історії США з середини 60-х років. Основною метою реформи було зробити саму систему охорони здоров'я та медичного страхування більш доступною для широкого загалу, менш дискримінаційною, ніж існуюча система, та зменшити кількість людей, які не можуть дозволити собі придбати медичну страховку. Реформа також

передбачає субсидії бідним на медичне страхування. У той же час усі американці зобов'язані купувати медичну страховку.

Великобританія є лідером за показниками якості послуг, включаючи ефективність, безпеку, координацію, управління допомогою, доступність, загальну ефективність та рівність доступу до послуг. Індустрія охорони здоров'я змогла працювати без посередників (страхових компаній) і вважається найпродуктивнішою у світі. Переваги британської системи, такі як доступність медичної допомоги, простота доступу до неї та спроби найбільш ефективно використовувати наявні ресурси, можуть бути використані для реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Ми вводимо щось на зразок британської системи (NHS), коли кожен громадянин Великобританії має національний страховий поліс. Вони не повинні реєструватися, шукаючи якусь страховку. Це просто працює автоматично при кожному візиті до лікаря або виклику швидкої допомоги », - заявляють чиновники МОЗ. Що це за британська модель, яку обрали прообразом української реформи, і чому вона?

Система охорони здоров'я, відома як система Бевериджа, народилася в Англії в 1911 р. Вона збереглася в класичному вигляді (хоча за останні десятиліття зазнала значних реформ). Національна система охорони здоров'я (NHS) функціонує у Великобританії з 1948 р. Після закінчення Другої світової війни міністр охорони здоров'я в уряді Лейбористської партії на чолі з К. Еттлі, який з великою перевагою виграв парламентські вибори, було доручено впровадити нову систему охорони здоров'я в життя. Ця система фінансується платниками податків і надає більшість медичних послуг безкоштовно всім, хто легально проживає в країні. Фінансовою основою NHS є податкові надходження, на які припадає 90% бюджету на охорону здоров'я. Кожен британець платить за ліки відповідно до свого доходу. NHS надає безкоштовну медичну допомогу, виходячи з потреб пацієнта, а не з оплати. Слід зазначити, що не всі послуги Національної системи охорони здоров'я є безкоштовними. За допомогою прямих платежів пацієнти оплачують приватне лікування в

зкладах NHS, ліки, що відпускаються за рецептом, офтальмологічну та стоматологічну допомогу. Стоматологічні послуги та ліки, що відпускаються за рецептом, що надаються відповідно до NHS, підлягають сплаті, що звільняється для громадян віком до 16 років і старше 60 років, а також для бідних. Згідно з рецептом, будь-який з них має стандартну ціну, незалежно від вартості. Загальне податкове фінансування покриває 82% витрат на послуги NHS та 100% заробітної плати лікарів, медсестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS.

Медичні служби у Сполученому Королівстві поділяються на первинну медичну допомогу, кабінети загальної практики, амбулаторні хірургічні відділення, стоматологічні та офтальмологічні кабінети та вторинну медичну допомогу в лікарнях, медичних центрах, психологах та психіатрах. Більшість (95%) амбулаторної допомоги в країні забезпечують незалежні лікарі загальної практики, які найчастіше працюють у групах. Основний принцип оплати «гроші йдуть за пацієнтом» - надає пацієнтам право вільно вибирати лікаря, гонорар якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Лікар загальної практики (який при необхідності направляє «вузьких» спеціалістів) для пацієнта безкоштовно. Якщо пацієнт вирішить звернутися до «вівторка» за власною ініціативою, йому доведеться заплатити за такий візит із власної кишені (крім випадків екстреної допомоги).

Функціонування Національної системи охорони здоров'я у Великобританії не виключає приватного медичного обслуговування, яке фінансується за рахунок приватного страхування, яке охоплює близько 8 відсотків населення. В останні роки національна система охорони здоров'я все частіше залучає приватний сектор для збільшення своїх можливостей.

Порівнюючи параметри української та британської систем охорони здоров'я, можна оцінити переваги та недоліки кожної з них (табл. 2.2), що дасть змогу визначити шляхи реформування вітчизняної медицини.

Реформувати охорону здоров'я в Україні неможливо без встановлення пріоритетів. На основі досвіду Британської системи охорони здоров'я, беручи до уваги досвід інших розвинених країн, а також власний, можна визначити наступні пріоритети: впровадження механізму оплати медичної допомоги за принципом «гроші слідкує за пацієнтом» Доступ до ліків та уваги громадського здоров'я.

Таблиця 2.2

Параметри української та британської систем охорони здоров'я

Параметр	Великобританія	Україна
Фінансування платників податків та більшість медичних послуг надаються безкоштовно	+	+
Бюджет інфраструктури охорони здоров'я, орієнтуючись на вартість медичних закладів та комунальних послуг, а не на надання медичних послуг	—	+
Основний принцип оплати медичних послуг «Гроші йдуть за пацієнтом»	+	—
Діяльність приватної медицини, що фінансується з приватного страхування	+	—
Будь-які ліки, що відпускаються за рецептом, мають стандартну ціну, незалежно від його вартості.	+	—
95% амбулаторної допомоги в країні забезпечується незалежними лікарями загальної практики	+	—
35% амбулаторної допомоги в країні забезпечується незалежними лікарями загальної практики	—	+
Спеціалізована допомога (нейрохірургія, шунтування серця, трансплантація органів) надається в декількох оздоровчих центрах країни	+	+
Недостатня кількість лікарів, недостатня кількість ліжок	+	+
Суворе розподіл витрат на охорону здоров'я між різними рівнями бюджетів	—	+
Довгі (місяці) списки очікування на операції, планова госпіталізація та консультація фахівця	+	—
Право пацієнта на вільний вибір лікаря та медичного закладу	+	—
Гонорар лікаря залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку	+	—
Відсутність доступу громадськості до лікарів загальної практики протягом вечорів та вихідних	+	+
Широка участь громадськості у прийнятті рішень з різних питань охорони здоров'я.	+	—

Держава змінює спосіб фінансування охорони здоров'я - від оплати медичних закладів та комунальних послуг до надання медичних послуг, які потрібні пацієнтам. Зазвичай це основні медичні послуги (первинна та надзвичайна), які повинні стати локомотивом для змін на вторинному та третинному рівнях. Ще в 1978 році. В Декларації Алма-Ати ВООЗ ініціювала реформи охорони здоров'я з пріоритетом первинної медичної допомоги у багатьох країнах світу, включаючи Україну. Зараз провідні європейські експерти стверджують, що первинна медична допомога повинна бути в основі добре організованої системи охорони здоров'я. Досвід переважної більшості європейських країн бачив сімейну медицину як таку, яка забезпечує тривалу турботу про здоров'я людини та всіх членів його сім'ї, незалежно від природи захворювання, стану органів та системи організму в усі часи його життя. Процес впровадження сімейної медицини в нашій країні тривалий і складний, і розпочався він з експерименту у Дрогобичі Львівської області, коли тут у 1987 році була відкрита перша клініка загальної практики - сімейна медицина. Перша була відкрита. Лише в 1995 році сімейних лікарів почали готувати за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України.

Успіх охорони здоров'я в цілому та здоров'я кожного пацієнта зокрема залежить від якості та доступності ліків. В даний час понад 90% лікарських засобів на ринку купуються за державні кошти. Однак пацієнти споживають препарати, які не відповідають поширеності хвороб і надають пріоритет вторинним препаратам, тому препарати повинні бути доступними, їх повинно бути достатньо, лікарі призначатимуть саме ті, відповідно до змін у національному списку. Крім того, ліки будуть доступними, оскільки ціни будуть посилатися на п'ять країн-членів ЄС. В рамках реформи медичного сектору буде введена система для повторного введення ліків (встановлення максимальних оптових та відпускних цін) за трьома напрямками захворювань: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальна астма.

Важливим завданням медичних працівників є приділення більшої уваги охороні здоров'я населення шляхом продовження тривалості життя громадян.

Це має забезпечити якість вакцинації наших дітей, профілактичну медицину та заходи щодо запобігання епідеміям. За даними Всесвітньої статистики охорони здоров'я, тривалість життя у всьому світі зросла. Виходячи із загальносвітових середніх показників, тривалість життя дівчинки, яка народилася у 2014 р. Близько 73 років та хлопчика 68 років. Це на шість років більше, ніж 1990 рік. Тривалість життя хлопчика, який народився в 2014 році. У країні з високим рівнем доходу приблизно 76 років на 16 років більше, ніж у хлопчика, який народився в країні з низькими доходами. Різниця ще більша у дівчат: країнам із високим рівнем доходу 82 роки, а країнам з низьким рівнем доходу 63 роки - 19 років [16]. Ситуацію в Україні можна простежити за таблицею. 2.3, який показує, що тривалість життя на три роки перевищує середньосвітовий показник і, на жаль, на два роки нижча для чоловіків.

Таблиця 2.3

Середня тривалість життя при народженні за статтю в Україні 2014-2019 роки

Роки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
2014	70,44	65,28	75,50
2015	71,02	65,98	75,88
2016	71,15	66,11	76,02
2017	71,37	66,34	76,22
2018	71,37	66,25	76,37
2019	71,38	66,37	76,25

Українські показники ще більше відстають у порівнянні з 10 країнами (табл. 2.4). Японія має найвищу тривалість життя у світі (87 років), за нею слідують Іспанія та Швейцарія. У дев'яти країнах середня тривалість життя чоловіків становить 80 і більше років, серед них Ісландія, Швейцарія та Австралія.

Таблиця 2.4

Тривалість життя при народженні за статтю в 10 країнах (2018)

Чоловіки			Жінки		
Місце	Країна	Тривалість життя	Місце	Країна	Тривалість життя
1	Ісландія	81,2	1	Японія	87
2	Швейцарія	80,7	2	Іспанія	85,1

3	Австралія	80,5	3	Швейцарія	85,1
4	Ізраїль	80,2	4	Сінгапур	85,1
5	Сінгапур	80,2	5	Італія	85
6	Нова Зеландія	80,2	6	Франція	84,9
7	Італія	80,2	7	Австралія	84,6
8	Японія	80	8	Республіка Корея	84,6
9	Швеція	80	9	Люксембург	84,1
10	Люксембург	79,7	10	Португалія	84

Медична реформа в Україні повинна забезпечити, щоб кожен пацієнт отримував первинну та невідкладну медичну допомогу, яку держава оплачуватиме на 100 відсотків. Система була запущена в 2017 році. Потім медичне страхування буде поступово запроваджуватись з бюджетними асигнуваннями на медичне страхування. Таким чином, оплачуватимуться послуги вторинної та вищої медичної допомоги. Починаючи з 2021 року, система фінансування охорони здоров'я зміниться, покращиться якість послуг, а також ліцензування лікарів, внесуться зміни у підготовку медичного персоналу.

Висновки до другого розділу

Національні політичні лідери та керівники охорони здоров'я в даний час докладають спільних зусиль для створення збалансованої системи охорони здоров'я. Реструктуризація галузі повинна дати стимул для зміни ставлення суспільства до охорони здоров'я з пасивного на активний, націлений на активну роль члена суспільства у збереженні власного здоров'я та охорони здоров'я. Важливо враховувати досвід розвинутих країн світу, які вже досягли етапу побудови сучасної системи охорони здоров'я, але не забуваючи про історичні передумови розвитку охорони здоров'я в країні та національних ідентичність української нації.

Кінцевою метою реформування національної системи охорони здоров'я є збільшення тривалості життя в Україні. В рамках реформування національної системи охорони здоров'я доцільно запровадити моделі, засновані на фундаментальних принципах відповідальності держави, доступності та якості медичних послуг та зручності їх отримання, забезпечення рівності у доступі до

послуг та спроб максимально ефективно використовувати наявні ресурси. Британська система є найпродуктивнішою у світі.

Концепція реформування медичної галузі на найближчі три роки передбачає механізм оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність ліків та увага до громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у пошуку та обґрунтуванні шляхів залучення додаткових коштів із власних джерел держави для кращого функціонування системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ СВІТОВОЇ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ

3.1. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я України

Держава поставила перед собою амбіційну мету фундаментальної реформи охорони здоров'я, спрямованої на створення орієнтованої на пацієнта системи, здатної надавати медичну допомогу всім громадянам України на рівні розвинених європейських держав.

Відповідно до реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на 2014 - 2018 роки: Змінено механізми фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», а Національна служба охорони здоров'я України - єдиний національний замовник медичних послуг; Процес автономізації медичних закладів розпочато і триває. Ці зміни відчули як пересічні українці, які можуть вільно обирати лікаря в медичних закладах усіх форм власності, так і лікарі первинної медико-санітарної допомоги, зарплата яких зросла майже в чотири рази.

Змінилися принципи закупівель ліків: з 2015 року державні закупівлі здійснюються із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це призвело до економії майже 39 відсотків.

Зараз Україна повністю забезпечена вакцинами, які необхідні відповідно до календаря щеплень. Впроваджено програму «Доступні ліки»: понад 6,6 млн українських ліків отримали понад 28 мільйонів рецептів на суму 1,3 млрд гривень. Почала розвиватися система охорони здоров'я, що закладає основи для переорієнтації охорони здоров'я з політики лікування на політику зміцнення та збереження здоров'я. У шести регіонах України розпочато пілотний проект з розвитку екстреної медичної допомоги, на який виділено додатково 1 млрд грн.

З часу запровадження реформи охорони здоров'я деякі політичні сили неодноразово намагались дискредитувати порядок денний реформ та

заблокувати низку фундаментальних нововведень. В результаті їхнього тиску робота Міністерства охорони здоров'я була тимчасово заблокована, що поставило під загрозу всю трансформацію охорони здоров'я та якісні зміни, які вже відбулись. Багаторазова критика деяких видатних представників медичної та політичної професій сприяла появі недовіри та неприйняття реформ у населення та медичної спільноти, що серйозно загрожує запровадженню реформи.

Основними загрозами є: зміна політичного напрямку розвитку держави; неспроможність завершити реструктуризацію сектору; відсутність належного фінансування програм реформ у державному та місцевих бюджетах.

Соціологічні дослідження домогосподарств за останні роки показують, що тривала депресія в медичному секторі створила стійку модель зневіри у можливостях реформування системи охорони здоров'я в Україні. Однак слід зазначити, що кількість тих, хто взагалі не вірить в успіх реформ, значно зменшилась порівняно з минулими роками. Існує більша обізнаність щодо реформи як серед громадськості, так і серед медичних працівників у сферах, де затверджені програми реформ. Це насамперед первинна медична допомога.

Охорона здоров'я реформується відповідно до міжнародних зобов'язань України та за підтримки авторитетних міжнародних організацій (Світовий банк, ЮНІСЕФ, USAID та інші). Наприклад, зміцнення системи охорони здоров'я України та її спроможності, зокрема шляхом реформ, є частиною зобов'язань за Угодою про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їх членами, з іншого боку. Також з 2015 року Міністерство охорони здоров'я розпочало закупівлю ліків та медичних товарів через міжнародні організації Програми розвитку ООН, Дитячий фонд «ЮНІСЕФ» та через британське агентство закупівель Crown Agents. Це дозволило уникнути корупції та забезпечити українські ліки якісними та якісними для життя.

Реформа вітчизняної системи охорони здоров'я є фундаментальною зміною організаційно-економічних принципів управління відповідно до

ринкових умов та європейських стандартів. Сучасний етап перехідний. Хоча було зроблено багато, «точка незворотності» ще не досягнута. Наступні кроки реформи для забезпечення її продовження та незворотності представлені на рис. 3.1.

Реформа успішно впроваджується, Національну службу охорони здоров'я визнано найважливішим фактором змін у системі охорони здоров'я, і відчутні результати починають з'являтися на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Однак на горизонті також є серйозні проблеми. Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як результат, підвищення ефективності, в тому числі шляхом реструктуризації лікарень, є ключовим для демонстрації результатів реформи. Загальна стабільність бюджету на охорону здоров'я та визнання пріоритетних сфер громадського здоров'я (зміцнення здоров'я та профілактика захворювань) та первинної медико-санітарної допомоги будуть ключовими для покращення.

Місцева влада повинна відігравати важливу роль як власники установ та фінансуючих органів, проте необхідний подальший політичний діалог для узгодження децентралізованих функцій з пріоритетами політики державного охорони здоров'я. Для забезпечення стійкості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності між ключовими зацікавленими сторонами, включаючи місцеві органи влади, постачальників послуг та громадськість. Якщо послідовно проводити реформу та продовжувати політичний діалог, ці виклики можна буде вирішити, і можна очікувати, що реформа дасть відчутні результати в найближчі роки з точки зору покращення результатів охорони здоров'я та зменшення фінансового тягаря для населення.

Основним очікуваним результатом реформи охорони здоров'я є рівний доступ до якісної медичної допомоги та фінансового захисту на випадок хвороби.



Рис. 3.1. Шляхи реформи системи охорони здоров'я України

3.2. Шляхи інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Потрібно реформувати систему охорони здоров'я в Україні, запровадити інновації та запровадити ефективну модель фінансування охорони здоров'я. Запровадження сучасної стратегії реформування охорони здоров'я може бути досягнуто зусиллями державних та наукових установ. Це передбачає розробку та впровадження нових результатів досліджень.

Системи охорони здоров'я в Європі стикаються із сукупною проблемою збільшення попиту на медичні послуги через збільшення хронічних захворювань та обмеженість ресурсів. Це створює нагальну потребу в корінному переосмисленні організації та фінансування медичних послуг та систем. Досвід європейських країн показує, що послуги можна вдосконалити за допомогою інновацій на місцевому рівні, але потрібно зробити більше, щоб принести користь широкому населенню.

Формування стратегічної політики переходу охорони здоров'я до інноваційного типу розвитку, впровадження стратегічного управління інноваційним розвитком охорони здоров'я, дасть змогу забезпечити високий рівень інвестицій у сферу за активної участі держави. Реалізація інноваційного сценарію зумовлена насамперед інтенсивним збільшенням ролі, важливості та діяльності державних установ, розробкою та послідовною реалізацією стратегії інноваційного розвитку сектору охорони здоров'я, заснованої на співпраці держави, громадськості, економіки організації, що створюють інновації, заклади охорони здоров'я та взаємозв'язок між інноваційними інвестиціями та соціальною політикою.

Тривалість інноваційного процесу, який відбувається у сегменті охорони здоров'я у формі циклу, визначається розумінням сутності та специфіки інновацій, ступенем інформаційного забезпечення та розвитку інноваційних систем, інноваційним потенціалом економічних агентів, Технологічний рівень їхньої діяльності, підготовка до інновацій у закладах охорони здоров'я, стан інновацій та адаптація до інновацій, поглинання технологій охорони здоров'я (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Організаційно-інформаційна модель інноваційного
розвитку сфери охорони здоров'я України**

Етап	Елементи	Суб'єкти, що забезпечують виконання
1	<i>Дослідження та виявлення бар'єрів на шляху інновацій в галузі охорони здоров'я, визначення стратегічних цілей та завдань для інноваційного розвитку охорони здоров'я. Організація та планування досліджень та розробок. Дизайн інтелектуальної власності: патент, авторське право тощо. Виробництво соціальних інновацій, впровадження нових медичних технологій</i>	Дослідницькі організації, академічні установи та центри
2	<i>Аналіз та моніторинг навчального процесу. Розвиток, підготовка медичних працівників, менеджерів для ефективного управління закладами охорони здоров'я різних рівнів. Процес інформування закладів охорони здоров'я про нововведення через діяльність інноваційних центрів, дослідницьких центрів, центрів трансферу медичних технологій, консультаційних центрів, дослідницьких організацій</i>	Постачальники медичних послуг на макро- та мезоекономічному рівнях, медичні навчальні заклади, науково-дослідні організації, консультаційні та інноваційні центри, дослідницькі центри, центри передачі медичних технологій
3	<i>Співкування з виробниками ліків, ліків, медичних інструментів, технологій та обладнання. Формування та розвиток механізму співпраці між розробниками інновацій, виробниками, постачальниками, покупцями. Залучення інвестицій в інноваційні інновації в галузі охорони здоров'я. Підтримка новаторів, розвиток інноваційних систем</i>	Виробники інновацій у галузі охорони здоров'я (ліки, ліки, медичні технології, обладнання, інструменти тощо), наукові центри; навчальні заклади охорони здоров'я; центри послуг та інновацій, центри передачі медичних технологій
4	<i>Оцінка ефективності впроваджених інновацій у секторі охорони здоров'я (витрати на створення та впровадження інновації щодо результату та процесу лікування, прибутку та соціального впливу інновацій). Виявлення прогалин в інноваціях у галузі охорони здоров'я</i>	Діючі особи в галузі інновацій у галузі охорони здоров'я

Тривалість інноваційного циклу охорони здоров'я зумовлена різними факторами. Це, перш за все, внутрішні фактори призводять до виявлення можливостей, потенціалу економічних суб'єктів (спрямованих на інновації) для пришвидшення перетворення нових ідей у готовий інноваційний продукт, придатний для комерціалізації, дифузії на інноваційному ринку. Окрім зовнішніх факторів, які залежать від балансу попиту та пропозиції на

інноваційному ринку, мають значний вплив на тривалість процесу купівлі-продажу інновацій.

Висновок до третього розділу

В даний час реформа реалізується в наступних пріоритетних сферах: медична реформа, охорона здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні ліки.

У кожній із цих сфер завданнями є фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників та створення ефективної системи моніторингу якості медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток приватного партнерства в галузі охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування податком на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, електронного здоров'я, розвиток високотехнологічної медицини та системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, психічні захворювання, орфанські захворювання, Впровадження та впровадження Національної стратегії боротьби з раком та визначення основні принципи та механізми функціонування системи охорони здоров'я в Україні; Враховуючи виклики та загрози, пов'язані з розповсюдженням гострого респіраторного захворювання COVID-19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2 у світі та на території України, вдосконалення законодавства у сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечити прозорість фармацевтичного ринку, забезпечити розвиток медичної освіти та науки.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні

Законодавчі акти та інші заходи, які включені до поняття охорони праці, спрямовані на створення таких умов, за котрими виключається вплив на робочих небезпечних та шкідливих виробничих факторів.

Небезпечні фактори – це такі фактори, які здійснюють негативний вплив на працівників та в окремих умовах можуть призвести до травм або іншого різкого погіршення здоров'я.

Шкідливі фактори призводять до захворювань або зниження працездатності. В залежності від рівня та тривалості впливу шкідливі фактори можуть перетворитися на небезпечні.

Адміністрація підприємства повинна правильно організувати труд працівників та створити всі умови для покращення умов праці: дотримуватися законодавства про працю та правил охорони праці.

Гігієнічна класифікація праці потрібна для оцінки конкретних умов та характеру праці на робочих місцях. На основі такої оцінки приймаються рішення щодо запобігання або максимального обмеження впливу несприятливих виробничих факторів.

Виходячи з принципів Гігієнічної класифікації, умови праці розподіляються на 4 класи:

1 клас – оптимальні умови праці – це такі умови, при яких зберігається не лише здоров'я працюючих, але й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності;

2 клас – допустимі умови праці – характеризуються такими рівнями факторів виробничого середовища і трудового процесу, які не перевищують встановлених гігієнічних нормативів для робочих місць, а можливі зміни функціонального складу організму відновляються за час регламентованого відпочинку або до початку наступної зміни та не чинять несприятливого впливу на стан здоров'я працівника;

3 клас – шкідливі умови праці – характеризуються наявністю шкідливих виробничих факторів, що перевищують гігієнічні нормативи і здатні причинити несприятливий вплив на організм працюючого та (або) його потомство;

4 клас – небезпечні (екстремальні) умови праці – умови праці, що характеризуються високими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища, вплив яких протягом робочої зміни (або ж її частини) створює високий ризик виникнення важких форм гострих професійних захворювань, отруєнь, каліцтв, загрозу для життя.

Визначення загальної оцінки умов праці базується на диференційованому аналізі умов праці для окремих факторів виробничого середовища і трудового процесу. До факторів виробничого середовища належать: показники мікроклімату; вміст шкідливих речовин в повітрі робочої зони; рівень шуму, вібрації, інфра – та ультразвуку, освітленості.

Адекватна оцінка конкретних умов та характеру праці сприятиме обґрунтованій розробці та впровадженню комплексу заходів та технічних засобів з профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань, зокрема за рахунок покращення параметрів виробничого середовища, зменшення важкості та напруженості трудового процесу.

В медичному приміщенні негативний вплив на працівників можуть здійснювати наступні фактори:

1) Мікроклімат приміщення.

Суттєвий вплив на стан організму працівника та його працездатність здійснюють метеорологічні умови в приміщенні (мікроклімат), які визначаються показниками температури, вологості, руху повітря та тепловим випромінюванням нагрітих поверхонь.

Мікроклімат виробничих приміщень, в основному, впливає на тепловий стан організму людини та її теплообмін з навколишнім середовищем. Значне відхилення мікроклімату робочої зони від оптимального може бути причиною ряду порушень в організмі робітників і призвести до різкого зниження

працездатності. Нормативні значення даних метеорологічних факторів приводяться в ДОСТ 12.3.005-8

Таблиця 4.1.

Оптимальні параметри метеорологічних факторів
в робочій зоні економічного відділу

Сезон	Температура повітря, °C	Відносна вологість повітря, %	Швидкість руху повітря, м/с
Холодний	20...23	40...60	0,2
Теплий	22...25	40...60	0,2

2) Вентиляція.

Під вентиляцією розуміють сукупність заходів та засобів, призначених для забезпечення на постійних робочих місцях метеорологічних умов та чистоти повітряного середовища, що відповідають гігієнічним та технічним вимогам. Основне завдання вентиляції – вилучити із приміщення забруднене, вологе або нагріте повітря і подати свіже.

Вентиляція класифікується за такими ознаками:

- за способом переміщення повітря – природна, штучна (механічна) та суміщена (природна і штучна одночасно);
- за напрямом потоку повітря – припливна, витяжна, припливно-витяжна;
- за місцем дії – загально-обмінна, місцева, комбінована;
- за призначенням – робоча і аварійна.

Природна вентиляція може бути неорганізованою та організованою. При неорганізованій вентиляції невідомі об'єми повітря, що надходять та вилучаються із приміщення, а сам повітрообмін залежить від випадкових чинників (напрямку та сили вітру, температури зовнішнього та внутрішнього повітря). Неорганізована природна вентиляція включає інфільтрацію – просочування повітря через нещільності у вікнах, дверях, перекриттях тощо та провітрювання, що здійснюється при відкриванні вікон та квартирнок.

Організована природна вентиляція називається аерацією. Для аерації в стінах будівлі роблять отвори для надходження зовнішнього повітря.

У виробничих приміщеннях внаслідок надходження тепла від устаткування, нагрітих матеріалів та речовин як у теплий, так і в холодний періоди року, зазвичай, вище температури зовнішнього повітря. Середній тиск повітря в приміщенні практично дорівнює тиску зовнішнього повітря, одна рівність тисків в певній горизонтальній площині, що знаходиться приблизно в середині висоти приміщення і називається площиною рівних тисків.

Перевагою природної вентиляції є її дешевизна та простота експлуатації. Основний її недолік у тому, що повітря надходить у приміщення без попереднього очищення. Також не очищується й видалене відпрацьоване повітря, що може призвести до забруднення довкілля.

Штучна (механічна) вентиляція на відміну від природної дає можливість очищувати повітря перед його викидом в атмосферу, виловлювати шкідливі речовини безпосередньо біля місць їх утворення, обробляти припливне повітря (очищувати, зволожувати тощо), більш цілеспрямовано подавати повітря в робочу зону.

При штучній вентиляції повітрообмін здійснюється внаслідок різниці тисків, що створюється при допомозі вентилятора. Вона застосовується у тих випадках, коли тепловиділення у виробничому приміщенні недостатні для постійного (протягом року) використання аерації, або коли кількість або токсичність шкідливих речовин, які виділяються у повітря приміщення є такою, що виникає необхідність постійного повітрообміну незалежно від метеорологічних умов навколишнього середовища.

Природна та штучна вентиляція повинні відповідати наступним санітарно-гігієнічним вимогам:

- створювати в приміщенні нормовані метеорологічні умови праці (температура, вологість та швидкість руху повітря);
- повністю усувати з приміщень шкідливі гази, пари, пил та аерозолі або розчиняти їх до гранично допустимих концентрацій;

- не створювати на робочих місцях протягів чи різкого охолодження;
- бути доступною для управління і ремонту;
- не створювати під час експлуатації додаткових незручностей (наприклад, шуму, вібрацій, попадання дощу, снігу тощо).

Найбільш повно перерахованим вимогам відповідає система кондиціонування повітря. За допомогою кондиціонерів створюються і автоматично підтримуються задані параметри повітряного середовища в робочому приміщенні. Але при вирішенні питання щодо доцільності кондиціонування повітря, слід також враховувати економічні чинники.

3) Система опалення.

Системи опалення являють собою комплекс елементів, необхідних для нагрівання приміщення в холодний період року. До основних елементів систем опалення належать джерела тепла, теплопроводи, нагрівальні прилади. Теплоносіями можуть бути: нагріта вода, пар чи повітря.

До місцевого відноситься пічне та повітряне опалення, а також опалення місцевими газовими та електричними пристроями. Місцеве опалення застосовується, як правило, в житлових та побутових приміщеннях, а також в невеликих виробничих приміщеннях малих підприємств.

До систем центрального опалення відносяться: водяне, парове, панельне, повітряне та комбіноване.

Водяне опалення низького тиску відповідає основним санітарно-гігієнічним вимогам і тому широко використовується на багатьох підприємствах різних галузей промисловості. Основні переваги цієї системи: рівномірне нагрівання приміщення; можливість централізованого регулювання температури теплоносія (води); відсутність запаху гару; підтримання відносної вологості повітря на відповідному рівні (повітря не пересушується); виключення опіків від нагрівальних приладів; пожежна безпека.

Основний недолік системи парового опалення – можливість її замикання при вимиканні в зимовий період, а також повільне нагрівання великих приміщень після тривалої перерви в опаленні.

Парове опалення має низку санітарно-гігієнічних недоліків. Зокрема: внаслідок перегрівання повітря знижується його відносна вологість, а органічний пил, що осідає на нагрівальних приладах, підгоряє і створює запах гару. Окрім того, існує небезпека пожеж і опіків. Враховуючи вищевказані недоліки не допускається застосування парового опалення в пожежонебезпечних приміщеннях та приміщеннях зі значним виділенням органічного пилу.

З економічної точки зору систему парового опалення ефективно влаштовувати на великих підприємствах, де одна котельня забезпечує необхідний нагрів приміщень усіх корпусів і будівель.

Панельне опалення доцільно застосовувати в адміністративно-побутових приміщеннях. Воно діє завдяки віддачі тепла від будівельних конструкцій, в які вмонтовані спеціальні нагрівальні прилади. До переваг цієї системи опалення належать: рівномірний нагрів та постійність температури і вологості повітря в приміщенні; можливість використання в літній період для охолодження приміщення, пропускаючи холодну воду через систему. Основні недоліки – відносно високі початкові витрати при встановленні та важкість ремонту при експлуатації.

Повітряне опалення може бути центральним (з подачею нагрітого повітря від єдиного джерела тепла) ті місцевим (з подачею теплого повітря від місцевих нагрівальних приладів). Основні переваги цієї системи опалення: швидкий тепловий ефект в приміщенні при вмиканні системи; відсутність в приміщенні нагрівальних приладів; можливість використання в літній період для охолодження та вентиляції приміщень; економічність.

При виборі системи опалення підприємств, що проектуються чи реконструюються необхідно враховувати санітарно-гігієнічні, виробничі, експлуатаційні та економічні чинники. Слід зазначити, що досить ефективною є комбінована система опалення.

4) Пожежна небезпека. Можливість виникнення та розвитку пожежі в будь-якому процесі. Потрібно відмітити, що небезпечних пожеж не буває.

Якщо вони й не створюють прямої загрози життю та здоров'ю людини, то приносять матеріальний збиток.

Токсичні продукти горіння представляють найбільшу загрозу для життя людини, особливо при пожежі в приміщенні.

Вогонь – надзвичайно шкідливий фактор пожежі, проте випадки його прямого впливу на людей досить рідкі. Під час пожежі температура полум'я може досягати 1200-1400 °С і у людей, що знаходяться в зоні пожежі можуть виникати опіки і відчуття болю.

Дим представляє собою велику кількість маленьких частинок продуктів горіння, що не згоріли, які знаходяться в повітрі. Дим викликає інтенсивне подразнення органів дихання та слизової оболонки. Крім того, в задимлених приміщеннях внаслідок погіршення видимості уповільнюється евакуація людей, а інколи провести її стає зовсім неможливо.

Руйнування будівельних конструкцій відбувається внаслідок втрати ними несучої здатності під впливом високих температур та вибухів. При цьому люди можуть отримати значні механічні травми та опинитися під завалами будівлі.

В залежності від характеру пожежної небезпеки технологічних процесів всі виробництва ділять на п'ять категорій:

- категорія А – горючі та легкозаймисті рідини; продукти, які можуть вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем, повітрям та один з одним;
- категорія Б – пил, волокна; горюча рідина, яка утворює з пилом та паром вибухонебезпечні суміші;
- категорія В – горючі та важкогорючі речовини; тверді горючі речовини та матеріали;
- категорія Г – негорючі речовини та матеріали в розплавленому стані;
- категорія Д – негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

Способи ліквідації пожежі:

- охолодження зони горіння чи реагуючих речовин;
- ізоляція речовини із зони горіння;
- розбавлення повітря чи горючих речовин негорючими;

– придушення горіння за допомогою вибуху.

До вогнегасник речовин відносяться: вода, піна, інертні та негорючі гази, вогнегасні порошки, пісок.

5) Освітлення.

Природне освітлення – це освітлення приміщень світлом неба, що проникає скрізь світлові прорізи в зовнішніх огорожувальних конструкціях.

Штучне освітлення – освітлення приміщень штучним світлом за допомогою електричних ламп (газорозрядні лампи і лампи розжарювання).

Лампи розжарювання належать до джерел світла теплового випромінювання. Газорозрядні лампи – це лампи, в яких оптичне випромінювання виникає в результаті електричного розряду в газах, парах чи інших сумішах.

За конструктивним виконанням штучне освітлення може бути:

– загальним – освітлення, при якому світильники розміщуються у верхній зоні приміщення рівномірно (загальне рівномірне освітлення) або до розташування устаткування (загальне локалізоване освітлення);

– місцевим – освітлення, додаткове до загального, створюване світильниками, що концентрують світловий потік на робочих місцях;

– комбінованим – освітлення, при якому до загального освітлення додається місцеве.

За функціональним призначенням штучне освітлення поділяють на:

– робоче – освітлення приміщень будинків, а також ділянок відкритих просторів, призначених для роботи, приходу людей і руху транспорту;

– чергове – освітлення в неробочий час;

– аварійне – освітлення для продовження роботи при аварійному відключенні робочого освітлення;

– евакуаційне – освітлення для евакуації із приміщення при аварійному відключенні робочого освітлення;

– охоронне – освітлення уздовж границь територій, які охороняються у нічний час.

4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером

Науково-технічний прогрес вніс серйозні зміни в умови виробничої діяльності працівників розумової праці. Їх праця стала інтенсивнішою, напруженим, що вимагає значних витрат розумової, емоційної і фізичної енергії. Це зажадало комплексного рішення проблем ергономіки, гігієни і організації праці, регламентації режимів праці і відпочинку.

В даний час комп'ютерна техніка широко застосовується у всіх областях діяльності людини. При роботі з комп'ютером чоловік піддається дії ряду небезпечних і шкідливих виробничих чинників: електромагнітних полів (діапазон радіочастот: ВЧ, УВЧ і СВЧ), інфрачервоного і іонізуючого випромінювань, шуму і вібрації, статичної електрики і ін.

Робота з комп'ютером характеризується значною розумовою напругою і нервово-емоційним навантаженням операторів, високою напруженістю зорової роботи і достатньо великим навантаженням на м'язи рук при роботі з клавіатурою ЕОМ. Велике значення має раціональна конструкція і розташування елементів робочого місця, що важливе для підтримки оптимальної робочої пози людини-оператора.

В процесі роботи з комп'ютером необхідно дотримувати правильний режим праці і відпочинку. Інакше у персоналу визначається значна напруга зорового апарату з появою скарг на незадоволеність роботою, головні болі, дратівливість, порушення сну, втому і хворобливі відчуття в очах, в поясниці, у області шиї і руках.

Негативна дія комп'ютера на людину є комплексною, тому і вивчення впливу комп'ютерних технологій повинне бути комплексним, що враховує взаємозв'язаний вплив безлічі чинників. Тільки комплексний підхід дозволяє достовірно оцінити дію комп'ютера на здоров'ї користувача.

1) Комп'ютерне випромінювання.

Коли всі пристрої ПК включені, в районі робочого місця оператора формується складне по структурі електромагнітне поле, яке створює реальну

загрозу для користувача комп'ютера. Як показали результати численних наукових робіт, монітор ПК є джерелом:

- електростатичного поля;
- слабких електромагнітних випромінювань в низькочастотному і високочастотному діапазонах (2 Гц – 400 кГц);
- рентгенівського випромінювання;
- ультрафіолетового випромінювання;
- інфрачервоного випромінювання;
- випромінювання видимого діапазону.

Вплив їх на організм людини вивчено недостатньо, проте ясно, що він не обходиться без наслідків. Дослідження функціонального стану користувачів ПК показали, що в організмі людини під впливом електромагнітного випромінювання монітора відбуваються значні зміни гормонального стану, специфічні зміни біострумів головного мозку, зміна обміну речовин. Низькочастотні електромагнітні поля при взаємодії з іншими негативними чинниками можуть ініціювати ракові захворювання і лейкемію. Пил, що притягається електростатичним полем монітора іноді стає причиною дерматитів особи, загострення астматичних симптомів, роздратування слизових оболонок.

2) Комп'ютерний зоровий синдром.

Людський зір абсолютно не адаптований до комп'ютерного екрану, ми звикли бачити кольори і предмети у відбитому світлі, що виробилося в процесі еволюції. Зображення на дисплеї принципово відрізняється від звичних оку об'єктів спостереження – воно світиться; складається з дискретних крапок; воно мерехтить, тобто ці крапки з певною частотою запалюються і гаснуть; кольорове комп'ютерне зображення не відповідає природним квітам (спектри випромінювання люмінофорів відрізняються від спектрів поглинання зорових пігментів в колбах сітківки ока, які відповідають за наш колірний зір). Але не тільки особливості зображення на екрані викликають зорове стомлення. При тривалій роботі на комп'ютері у очей не буває необхідних фаз розслаблення, очі

напружуються, їх працездатність знижується. Велике навантаження орган зору отримує при введенні інформації, оскільки користувач вимушений часто переводити погляд з екрану на текст і клавіатуру, що знаходяться на різній відстані і по-різному освітлені.

Вітчизняні і зарубіжні дослідження показують, що більше 90% користувачів комп'ютерів скаржаться на паління або болі у області очей, відчуття піску під віками, затуманення зору тощо. Комплекс цих і інших характерних нездужань з недавнього часу одержав назву «Комп'ютерний зоровий синдром». Вплив роботи з монітором на зорову систему в значній мірі залежить від віку користувача, від стану зору, а також від інтенсивності роботи з дисплеєм і організації робочого місця. За даними італійських учених, які обстежували понад 5 тисяч користувачів, були відмічені наступні симптоми: почервоніння очей – 48%, свербіння – 41%, біль – 9%, потемніння в очах – 2,5%, двоїння – 0,2%. При цьому наголошувалися об'єктивні зміни: зниження гостроти зору – 34%, біокулярного зору – 49%. В той же час в результаті тривалої роботи дуже великий ризик появи, або прогресивності що вже є, короткозорості.

Як профілактичний засіб абсолютно не зайвим є використання окулярів, спеціально призначених для роботи за ПК. Комп'ютерні окуляри захищають очі від негативної дії монітора. Вони підвищують виразність сприйняття, оптимізують перенесення кольорів, знижують зорове стомлення, підвищують комфортність і працездатність.

3) Проблеми, пов'язані з м'язами і суглобами.

У людей, що заробляють на життя роботою на комп'ютерах, найбільше число скарг на здоров'я пов'язано із захворюваннями м'язів і суглобів.

Нерухома напружена поза оператора, протягом тривалого часу прикованого до екрану монітора, приводить до втоми і виникнення болю в хребті, шиї, плечових суглобах, також розвивається м'язова слабкість і відбувається зміна форми хребта. Інтенсивна робота з клавіатурою викликає

больові відчуття в ліктьових суглобах, передпліччях, зап'ястях, в кистях і пальцях рук.

Часто присутні скарги на оніміння шиї, біль в плечах і поясниці або в ногах. Але бувають, проте, і серйозніші захворювання. Найбільш поширений кистьовий тунельний синдром, при якому нерви руки ушкоджуються унаслідок частоті і тривалості роботи на комп'ютері. У найбільш важкій формі цей синдром виявляється у вигляді болісних болів, що позбавляють людину працездатності.

4) Синдром комп'ютерного стресу.

Є дані, що постійні користувачі ПК частіше і більшою мірою піддаються психологічним стресам, функціональним порушенням центральної нервової системи, хворобам серцево-судинної системи. За наслідками досліджень можна зробити висновки про вірогідність гормональних зрушень і порушень імунного статусу людини.

На фоні цього медичні круги виявили новий тип захворювання – синдром комп'ютерного стресу. Як правило, наявність єдиного симптому маловірогідне, оскільки всі функціональні органи людини взаємозв'язані. Симптоми захворювання різноманітні і численні:

- фізичні нездужання: сонливість; втома, що не проходить; головні болі після роботи; біль в нижній частині спини, ногах і руках; відчуття оніміння; напруженість м'язів верхньої частини тулуба.

- захворювання очей: відчуття гострого болю, паління, свербіння.

- порушення візуального сприйняття: неясність зору, яка збільшується протягом дня; виникнення подвійного зору.

- погіршення зосередженості і працездатності: зосередженість досягається насилу; дратівливість в час і після роботи; втрата робочої крапки на екрані; помилки при друкуванні.

Існує думка, що шляхом виключення негативних чинників дії ПК можна понизити вірогідність виникнення синдрому комп'ютерного стресу до мінімуму.

Фахівці різних напрямів і спеціалізацій після ретельних досліджень пришли до висновку, що причиною відхилень здоров'я користувачів є не стільки самі комп'ютери, скільки недостатньо строге дотримання принципів ергономіки. Вчені стурбовані тим, щоб поява і активне застосування комп'ютерних технологій не стала додатковим чинником погіршення здоров'я. Для цього необхідно, щоб робоче місце відповідало б гігієнічним вимогам безпеки.

Добре облаштування робочих місць працівників, використовуючи ПК, забезпечує зниження впливу шкідливих факторів на здоров'я людини. При проектуванні робочого місця треба врахувати наступне:

1) Освітлення. Фахівці рекомендують застосовувати переважно люмінесцентні лампи. Їх розташовують у вигляді суцільних або переривистих ліній, розташованих збоку від робочих місць, паралельно лінії моніторів. При розташуванні комп'ютерів по периметру приміщення світильники розташовують локалізовано над робочим місцем ближче до переднього краю, зверненого до користувача. Існують спеціальні люмінесцентні лампи, які випромінюють світло різної якості, імітуючи, таким чином, повний спектр природного сонячного світла.

2) Робочий стіл. Для комфортної роботи стіл повинен задовольняти наступні умови:

- висота столу повинна бути вибрана з урахуванням можливості сидіти вільно, в зручній позі, при необхідності спираючись на підлокітники;
- нижня частина столу повинна бути сконструйована так, щоб програміст міг зручно сидіти, не був вимушений підтискати ноги;
- поверхня столу повинна володіти властивостями, що виключають появу відблисків у полі зору програміста;
- конструкція столу повинна передбачати наявність висувних ящиків для зберігання документації, канцелярського приладдя тощо
- висота робочої поверхні рекомендується в межах 680-760мм.

3) Крісло. Велике значення надається характеристикам робочого крісла.

Крісло необхідно встановити на такій висоті, щоб не відчувався тиск на хребет (крісло розташоване дуже низько) чи на стегна (крісло розташоване дуже високо). Рекомендована висота сидіння над рівнем підлоги знаходиться в межах 420-550мм. Поверхня сидіння м'яка, передній край закруглений, а кут нахилу спинки – регульований. Форма стінки крісла повинна повторювати форму спини працюючого.

4) Клавіатура. Висота поверхні, на яку встановлюється клавіатура, повинна бути біля 650мм. Руки повинні розташовуватись так, щоб вони знаходились на відстані 8-12 см. від тіла. При зміні положення тіла (наприклад з вертикального в нахильне) обов'язково треба перемінити положення клавіатури. Може з'явитись корисною підставка для клавіатури, що регулюється.

5) Оригіналотримач. Якщо при праці приходить часто дивитися на документи треба встановити підставку з оригіналом документу в одній площині і на одному рівні з екраном. Якщо треба частіше дивитись на оригінал, аніж на екран, необхідно повернути крісло та екран таким чином, щоб оригінал було розташовано прямо перед очима, а комп'ютер – трохи збоку.

6) Монітор. Положення тіла звичайно відповідає направленню зору. Дисплей, розташований дуже низько чи під неправильним кутом, є основною причиною сутулості. Відстань від дисплею до очей може змінюватись в залежності від характеру роботи, що виконується в межах від 40 до 70 см. При роботі з текстом відстань від екрана до очей повинна не набагато перевищувати відстань між книгою и очима і становити 40-45 см. Рекомендується встановлювати на екран монітору спеціальні скляні поляризаційні фільтри із заземленням. Необхідно уникати того, щоб термінал був обернений екраном в бік вікна, оскільки інтенсивне освітлення поля зору може затопити струмами світла очі і розмити зображення на сітчатці. Якщо приходить сидіти коло вікна, треба розташувати монітор під прямим кутом до нього, при цьому екран дисплею повинен бути перпендикулярним віконному склу – цим виключаються бліки на екрані.

Технічний рівень сучасних моніторів не дозволяє повністю виключити існування шкідливих дій. Проте цю дію необхідно мінімізувати, регламентувавши ряд параметрів, для чого і були розроблені і випущені санітарні норми. Виділяють дві основні групи стандартів і рекомендацій – по безпеці і ергономіці. До першої групи відносяться стандарти UL, CE, FCC Class B. Представниками другої групи є TSO, MPR-II, ISO 9241-3.

Розглянемо найбільш поширені з них, наклейки з аббревіатурами яких можна зустріти на всіх сучасних моніторах:

Стандарт FCC Class B розроблений канадською Федеральною комісією по комунікаціях для забезпечення прийняттого захисту навколишнього середовища від впливу радіоперешкод а замкнутому просторі.

Стандарт TSO. Окрім розробки стандартів безпеки, TSO бере участь в створенні спеціальних інструментів для тестування моніторів і комп'ютерів. Стандарти TSO розроблені з метою гарантії користувачам комп'ютерів безпечної роботи. Цим стандартам повинен відповідати кожен монітор, що продається в Європі. До складу розроблених TSO рекомендацій сьогодні входять три стандарти: TCO'92, TCO'95 і TCO'99.

Стандарт TCO'92 був розроблений виключно для моніторів і визначає величину максимально допустимих електромагнітних випромінювань при роботі монітора, а також встановлює стандарт на функції енергозбереження моніторів. Крім того, монітор, сертифікований по TCO'92, повинен відповідати стандарту на енергоспоживання NUTEK стандартам на пожежну і електричну безпеку.

Стандарт TCO'95 розповсюджується на весь ПК і стосується ергономічних властивостей випромінювань, режимів енергозбереження і екології.

Стандарт TCO'99 пред'являє жорсткіші вимоги, чим TCO'95 в наступних областях: ергономіка (фізична, візуальна і зручність використання), енергія, випромінювання (електричних і магнітних полів), навколишнє середовище і екологія, а також пожежна і електрична безпека.

Екологічні вимоги включають обмеження на присутність важких металів, бромінатів і хлоринатів, фреонів (CFC) і хлорованих речовин усередині матеріалів.

Стандарт MPR-II – це ще один стандарт, розроблений в Швеції. Він визначає максимально допустимі величини і випромінювання магнітного і електричного полів, а також методи їх вимірювання. Основна мета всіх цих стандартів – полегшити адаптацію до незвичних для організму людини чинників, зберігши тим самим працездатність і здоров'я операторів ПК.

Для усунення впливу перерахованих вище негативних чинників необхідно прийняти наступні організаційні заходи:

- обмежити час роботи з ПК впродовж дня;
- ввести регулярні перерви (кожну годину роботи з ПК по 15 хвилин);
- використовувати захисний екран та складові, які мають антибліковий ефект, поліпшують контрастність, знімають заряд статичної електрики і захищають від шкідливого ультрафіолетового впливу (аналогічні екрани із оргстекла, сітчасті екрани менш надійні);
- використовувати монітори з високим дозволенням і антибліковим покриттям;
- при праці з ПК знаходитись від дисплею на відстані 700-900 мм;
- використовувати різні аксесуари та прилади, які полегшують працю – утримувачі паперу, підставки під ноги, подушки під попереки.

4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення у медичному приміщенні

Сприятливі умови праці досягаються при правильному виробничому освітленні. Недостатня освітленість робочої зони і значні світлові контрасти викликають напругу зору і швидку стомленість.

Зробимо розрахунок системи загального штучного освітлення приміщення економічного відділу підприємства.

Медичне приміщення являє собою приміщення з побіленою стелею і

стінами, вікна приміщення покриті білими занавісками, робоча поверхня темна. Довжина приміщення (А) – 12 м., ширина (В) – 6 м., висота (Н) – 3,5 м., висота робочої поверхні (h_p) – 1 м. Напруга в мережі 220 В. Мінімальна освітленість ($E_{\min}$) для офісних приміщень – 200 люкс.

Розрахунок проведено для світильників типу ЩОД для люмінесцентних ламп:

Знаходимо відстань від стелі до робочої поверхні:

$$H_0 = H - h_p = 3,5 - 1 = 2,5 \text{ (м.)}$$

Відстань від стелі до світильника дорівнює:

$$h_c = 0,2 \cdot H_0 = 0,2 \cdot 2,5 = 0,5 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над поверхнею, що освітлюється:

$$h = H_0 - h_c = 2,5 - 0,5 = 2 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над полом:

$$H_{\Pi} = h + h_p = 2 + 1 = 3 \text{ (м.)}$$

Для досягнення рівномірного освітлення в приміщенні приймаємо $\frac{L}{h} = 1,5$, де L – відстань між світильниками, яка в такому разі дорівнює:

$$L = 1,5 \cdot h = 1,5 \cdot 2 = 3 \text{ (м.)}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників:

$$N = \frac{A \cdot B}{L^2} = \frac{12 \cdot 6}{3^2} = 8$$

Обчислюємо відстань від стіни до центра світильника:

$$l = 0,5 \cdot 3 = 1,5 \text{ (м.)}$$

Знаходимо індекс приміщення:

$$i = \frac{A \cdot B}{h \cdot (A + B)} = \frac{12 \cdot 6}{2 \cdot (12 + 6)} = 2$$

За допомогою спеціальної таблиці знаходимо коефіцієнти віддзеркалення для стелі, стін і робочої поверхні:

- для стелі – $\rho = 70\%$;
- для стін – $\rho = 50\%$;
- для робочої поверхні – $\rho = 10\%$.

Знаходимо по таблиці коефіцієнт використання світлового потоку:

$$\eta = 55\%$$

Знаходимо світловий потік однієї лампи:

$$\Phi_p = \frac{E_{\min} \cdot A \cdot B \cdot K_z \cdot z}{N \cdot \eta \cdot n}, \text{ де}$$

K_z – коефіцієнт запасу, який враховує експлуатаційне зниження освітленості в наслідок забруднення стелі, стін, світильників і ламп, а також зниження світлового потоку в процесі їх експлуатації ($K_z = 1,5$);

z – коефіцієнт мінімальної освітленості, який враховує нерівномірність освітлення ($z = 1,1$);

n – кількість ламп у світильнику ($n = 2$)

Отже світловий потік однієї лампи дорівнює:

$$\Phi_p = \frac{200 \cdot 6 \cdot 12 \cdot 1,5 \cdot 1,1}{8 \cdot 0,55 \cdot 2} = 2700(\text{лм})$$

Із довідникової таблиці вибираємо тип лампи, яка має світловий потік, найбільш наближений до розрахункового. Це люмінесцентна лампа міцністю (Р) 40 Вт.

Знаходимо фактичну освітленість:

$$E_f = E_{\min} \cdot \frac{\Phi_l}{\Phi_p}, \text{ де } \Phi_l - \text{табличний світловий потік для лампи; } \Phi_p -$$

розрахунковий світловий потік.

$$E_f = 200 \cdot \frac{3200}{2700} = 237(\text{лк})$$

Загальна міцність освітлювальної установки:

$$P_{\text{заг}} = P_{\text{л}} \cdot N \cdot n = 40 \cdot 8 \cdot 2 = 640 (\text{Вт})$$

Отже, для того, щоб створити систему штучного освітлення в медичному приміщенні необхідно розмістити 8 світильників типу ЩОД з двома люмінесцентними лампами міцністю 40 Вт кожна. В такому разі загальна міцність системи штучного освітлення становитиме 640 Вт.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено дослідження системи організації охорони здоров'я України в умовах світової глобалізації. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. На основі міжнародного досвіду в галузі охорони здоров'я можна виділити три основні економічні моделі охорони здоров'я: платна медицина, що базується на ринкових принципах та використовує приватне медичне страхування; та державна медицина, яка фінансується з державного бюджету; система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування та регулювання багатоканального ринку.

2. Дослідження принципів формування системи охорони здоров'я призвели до думки автора, що розвиток сучасних систем організації охорони здоров'я характеризується тенденціями до оптимізації охорони здоров'я. У країнах з розвиненими системами охорони здоров'я проводиться переорієнтація лікувальних служб на ранню діагностику та профілактику. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість захворювання, рівень інвалідності і, як наслідок, вартість лікування. Ефективна система охорони здоров'я повинна запровадити лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування середніх та важких та хронічних захворювань.

3. Дослідження організації та фінансування системи охорони здоров'я показує, що при великому різноманітті національних та історичних особливостей, що існують у різних країнах світу, існує три основні, стійкі моделі охорони здоров'я, ступінь державного втручання, форма власність постачальників медичних послуг, ступінь охоплення населення державними програмами підтримки та джерела фінансування принципово різняться між собою.

4. Оцінка сучасних тенденцій розвитку глобальних систем охорони здоров'я показала, що система охорони здоров'я в Україні гостро потребує

реформування системи фінансування. Протягом останнього десятиліття бюджет сектору був дефіцитним, а якість медичного обслуговування значно погіршилась. З метою покращення доступності та якості медичної допомоги у державному секторі українські законодавці готують нові законодавчі акти, шукаючи можливості для переорієнтації підходів до управління та фінансування сектору.

5. Аналіз процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні в контексті європейської орієнтації показав, що національна стратегія охорони здоров'я повинна стати невід'ємною частиною єдиного плану сталого розвитку України. Це має забезпечити бачення розвитку національної системи охорони здоров'я, яка має бути спрямована на досягнення таких цілей: збереження та поліпшення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття та тривалості життя населення; Встановлення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичне обслуговування та медичне страхування; гарантування рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; створення регульованого ринку платних медичних послуг та сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності; Створення умов для забезпечення попиту населення на медичні послуги; ефективне використання наявних людських, фінансових та матеріальних ресурсів; спільна участь держави; роботодавці, територіальні громади та окремі юридичні та фізичні особи у фінансуванні системи охорони здоров'я.

6. Введення етапів реформування та розвитку української системи охорони здоров'я забезпечить, щоб кожен пацієнт отримував первинну та невідкладну медичну допомогу, яка буде на 100 відсотків оплачена державою. Система була запущена в 2017 році. Потім поступово впроваджується страхова медицина, з асигнуваннями на медичне страхування. Таким чином, оплачуватимуться послуги вторинної та вищої медичної допомоги. З 2021 року система фінансування охорони здоров'я зміниться, покращиться якість послуг,

дозволить лікарям, зміниться у підготовці медичного персоналу в університетах.

7. Впровадження реформи триває успішно, Національна служба охорони здоров'я України створена як найважливіший фактор змін у системі охорони здоров'я, і відчутні результати починають з'являтися на рівні первинної медичної допомоги. Основним очікуваним результатом реформи охорони здоров'я є рівний доступ до якісної медичної допомоги та фінансового захисту на випадок хвороби.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.
2. Гаврилишин Б. До ефективних суспільств: Дороговкази в майбутнє : доп. Римському клубові / Б. Гаврилишин ; упоряд. В. Рубцов ; вид. 3-є, доп. К. : ПУЛЬСАРИ, 2019. 248 с.
3. Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С. В. Горохов, С. Д. Старинчук // Актуальні проблеми філософії та соціології. – 2016. – Вип. 9. – С. 24-28.
4. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. 2016. – № 2. С. 83–89.
5. 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
6. 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.
7. 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.
8. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).
9. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник

Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)

10. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., 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. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).

11. 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.

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

13. 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.

14. Лободіна З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З. Лободіна // Фінанси України. 2020. – № 4. С. 88–97.

15. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2014. – № 5 (41). – С. 67–78.

16. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/>

17. 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.

18. 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.

19. Резолюция WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. В кн.: Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16–25 May, 2015. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2020.

20. Система здравоохранения: улучшение деятельности. доклад о состоянии здравоохранения в 2019 г. Женева: ВОЗ, 2019. 207 с.

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

22. Степанова О. В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О. В. Степанова, І. В. Іголкін // Фінанси України. – 2018. – № 3. – С. 70 (с. 69-82).

23. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. навчально-довідкове видання / В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, С.Д. Пономаренко та ін.; за заг. ред. В.М. Пономаренко. кийв; Львів: Ліга-прес, 2013. 100 с.

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

25. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України / О.Д. Фірсова // Економіка та держава. 2017. № 1. С. 100–104.

26. Шелест О. Л. Венчурне інвестування в системі фінансування інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я / О. Л. Шелест // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка». – 2016. – Вип. 6 (3). – С. 65 – 69.

27. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения; НАН Украины. Ин-т экономико-правовых исследований. Донецк: вик, 2016. 294 с.

28. 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.

29. Global health expenditure database. World Health Organization: official website. URL: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (дата звернення: 23.11.2020).

30. Gokhale J. Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes. – Cato Institute Policy Analysis. – 2017. – No. 597, July 19.

31. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2020

32. National Health Expenditure Projections 2015-2025 Forecast Summary. – [Electronic Resource]. – Available from: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2015.pdf>

33. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 2018. 86 p.