

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ

На правах рукопису

ПЕФТІЄВА ЮЛІЯ ЄВГЕНІВНА

УДК 338.246.025.2:613/614

МАКРОЕКОНОМІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО
РЕГУЛЮВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 08.00.03 – економіка та управління національним
господарством

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Науковий керівник:
Марова Світлана Феліксівна,
доктор наук з державного управління, професор

Маріуполь – 2017

ЗМІСТ:

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	12
1.1. Сутність та інструментарій планування як основи прийняття регуляторних рішень	12
1.2. Теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я.....	31
1.3. Концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування.....	49
Висновок до розділу 1.	70
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВА МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ.....	73
2.1. Зарубіжний та вітчизняний досвід макроекономічного планування економіки галузі охорони здоров'я.....	73
2.2. Стан та проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я	91
2.3. Методичне забезпечення макроекономічного планування за умов реформування галузі охорони здоров'я.....	111
Висновок до розділу 2.	133
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕКОНОМІКИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	136
3.1. Організаційно-методичне забезпечення реформування галузі охорони здоров'я в системі державного регулювання економіки	136
3.2. Інструментарій макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я	152

3.3. Організаційно-інформаційне забезпечення управління системою охорони здоров'я.....	174
Висновок до розділу 3.	188
ВИСНОВКИ.....	192
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	196
ДОДАТКИ.....	217

ВСТУП

Актуальність теми. З початку 2017 р. реформа галузі охорони здоров'я розпочала новий етап, для якого характерними стали: розвиток сімейної медицини, введення референтних цін на ліки та механізму часткової компенсації вартості ліків для окремих видів хвороб, підвищення якості медичних послуг, профілактика раку та серцево-судинних хвороб. Але найбільш запеклі дискусії в Уряді, Верховній Раді і Міністерстві охорони здоров'я (МОЗ) України розгортаються з питань моделі страхової медицини в Україні та правової забезпеченості цієї платформи. Крім того, на порядку денному залишається проблема забезпечення та підвищення ефективності державного регулювання галузі охорони здоров'я.

Треба підкреслити, що економічні відносини в галузі охорони здоров'я створюють непрямий вплив не тільки на життя і здоров'я конкретної людини, а й на стан і відтворення потенціалу всього суспільства, що сприяє розвитку і процвітанню нації та країни. Однією з умов відтворення є реалізація узгодженої державної політики, здійснюваної одночасно різними галузями народного господарства і галузями економіки з метою забезпечення економічного зростання та соціального благополуччя, де охорона здоров'я відіграє одну з ключових ролей. Тому від якості економічних відносин як всередині системи охорони здоров'я, так і за її межами, від їх орієнтації на поліпшення здоров'я населення, залежить національний добробут. У зв'язку з цим повинна бути особливо посилена роль держави в процесі регулювання економічних відносин галузі охорони здоров'я з іншими галузями і сферами національної економіки, взаємодії галузевих органів управління з органами регіонального управління, з міжнародними, громадськими, приватними організаціями. Найважливішого значення при цьому набуває удосконалення макроекономічного планування як методу державного регулювання розвитку національної економіки, її галузей і сфер господарювання на основі більш

повного і точного урахування процесу і результатів стратегічного планування в галузі охорони здоров'я.

Серед основних робіт в області планування та прогнозування можна назвати праці таких зарубіжних авторів, як І. Ансофф [*Igor Ansoff*], Ч. Бернард [*Chester Irving Barnard*], М. Вебер [*Max Weber*], Г. Гант [*Henry Laurence Gantt*], Ф. Тейлор [*Frederick Winslow Taylor*], А.Д. Чандлер [*Alfred Dupont Chandler*], А. Файоль [*Henri Fayol*], К. Ендрюс [*Kenneth Andrews*], Х. Емерсон [*Harrington Emerson*] й ін. Значний внесок в розвиток теорії та практики державного регулювання й макроекономічного планування різних галузей економіки зробили такі вітчизняні та зарубіжні науковці: О. Амоша, В. Геєць, Г. Губерна, М. Мельникова, М. Мескон [*Michael H. Mescon*], О. Поважний, О. Поживілова, Г. Саймон [*Herbert A. Simon*], З.С. Шершньова, І. Шкрабак, В. Уайт [*William R. White*]. Істотний внесок у вирішення науково-практичних питань, пов'язаних з окремими проблемами у галузі охорони здоров'я, внесли такі вчені, як: Н. Авраменко, Р. Богачев, В. Воробйов, А. Данилів, Т. Камінська, В. Лехан, С. Марова, В. Москаленко, О. Саєнко, О. Федько й ін. Проте, низка наукових і прикладних питань щодо теоретичних та методичних аспектів розвитку макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я, а також обґрунтування методичних рекомендацій щодо організаційно-економічних засад його забезпечення, потребують подальших досліджень, що і зумовлює актуальність теми дослідження, визначення його мети і завдань, об'єкта і предмета, а також структуру дисертації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертацію виконано відповідно до плану науково-дослідних робіт Донецького державного університету управління МОН України за темами: «Стратегічний розвиток національної економіки, регіонів та підприємств» (номер державної реєстрації 0113U005211, 2013–2014 рр.), в рамках якої автором розвинуто напрями вдосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я України в період реформування галузі та «Теоретико-

методологічні засади розроблення та функціонування механізмів державного управління на центральному, регіональному, галузевому рівнях в різних сферах суспільного життя» (0110U002889, 2015 – 2016 рр.) в межах якої автором обґрунтовано стратегію реформування національної та регіональної політики в галузі охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертації є обґрунтування теоретичних та науково-методичних засад і розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я. Для досягнення мети дослідження в дисертації поставлено та вирішено такі завдання:

узагальнити і розвинути теоретико-методичний підхід до макроекономічного планування в системі державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я;

удосконалити концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування;

систематизувати і узагальнити вітчизняний і зарубіжний досвід забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я шляхом макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки;

удосконалити методичне забезпечення макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки за умов реформування галузі охорони здоров'я;

удосконалити організаційно-методичне забезпечення реформування галузі охорони здоров'я в системі державного регулювання економіки;

розширити інструментарій макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я;

розвинути організаційно-інформаційне забезпечення формування і реалізації програм розвитку галузі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес макроекономічного планування.

Предметом дослідження є теоретичні засади та організаційно-методичні підходи до макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я.

Методи дослідження. Теоретичною та методичною основою дослідження є фундаментальні положення сучасної економічної теорії, концепцій і шкіл державного регулювання економіки, макроекономічного планування, галузевого і стратегічного управління в сфері охорони здоров'я.

У процесі вирішення завдань дисертації використано низку загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, а саме: *узагальнення, класифікація* – для уточнення категоріально-термінологічної бази дослідження і узагальнення теоретико-методичних підходів до макроекономічного планування; *системний підхід, конкретизація, структурний синтез* – для розробки концептуальних положень з удосконалення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як елементу макроекономічного планування; *економічний аналіз, статистичний аналіз, порівняння* – для оцінки стану галузі охорони здоров'я в Україні і дослідженні зарубіжного досвіду регулювання галузі; *методи аналізу: витрати – вигоди, витрати – ефективність, витрати – корисність, мінімізації витрат* – для вдосконалення організаційно-методичного забезпечення реформування галузі й інструментарію макроекономічного планування; *узагальнення, абстрагування* – при формулюванні висновків дослідження.

Інформаційну базу наукового аналізу складають законодавчі та нормативно-правові акти України, статистичні дані Державної служби статистики України та міжнародних баз статистичної інформації, результати власних досліджень автора.

Наукова новизна виконаного дослідження полягає в розвитку теоретичних засад, методичних підходів, організаційних положень щодо удосконалення макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я.

Результати та основні положення дисертації, які характеризують її наукову новизну й відображають внесок автора в розвиток економічної науки, полягають в такому:

удосконалено:

концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування, що базуються на теоретико-методичному підході до підвищення адаптивності макроекономічного планування і передбачають системне поєднання методичних і організаційних засобів розвитку кластерних відносин; циклічність макроекономічного і галузевого прогнозування; підвищення економічної складової галузевого розвитку, що сприятиме підвищенню ефективності і результативності формування і реалізації стратегії галузевого розвитку;

методичне забезпечення макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки, яке передбачає використання методів аналізу: витрати – вигоди, витрати – ефективність, витрати – корисність, мінімізації витрат в галузі охорони здоров'я, що дозволить підвищити обґрунтованість макроекономічного планування в період реформування галузі охорони здоров'я, активізації державної політики посилення міжгалузевої взаємодії і кластерного підходу до її реалізації;

організаційно-методичне забезпечення стратегічного планування галузі охорони здоров'я в період її реформування в системі державного регулювання економіки за рахунок створення гнучкої моделі функціонування макроекономічного кластера, який об'єднуватиме різнопрофільні виробництва галузей і секторів економіки, що прямо або опосередковано обслуговують організації охорони здоров'я, діяльність яких регулюється державою і сприяє формуванню стратегічних альянсів як основи фінансово-економічного і технологічного розвитку процесу створення нових благ медичного призначення, що в кінцевому результаті дозволить поліпшити стан здоров'я населення;

інструментарій макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки шляхом створення стратегії реформування державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я, що базується на принципі соціальної солідарності, міжгалузевому підході, системно-мережевому принципі і передбачає посилення взаємодії суб'єктів господарювання державного і приватного секторів економіки різних галузей, громадських організацій, органів влади і управління усіх рівнів, що надає змогу підвищити цілісність і обґрунтованість елементів макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки;

набули подальшого розвитку:

теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я за рахунок узгодження макроекономічного, галузевого і регіонального стратегічного планування, шляхів і засобів їх досягнення, розвитку інструментарію формування і коригування макроекономічної і галузевої стратегій, що дозволить підвищити обґрунтованість і якість макроекономічного планування на основі урахування впливу стану галузі охорони здоров'я на макроекономічний розвиток країни;

напрями підвищення якості стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як елементу макроекономічного планування, до яких віднесені: забезпечення дотримання загального соціально-економічного інтересу суспільства – поліпшення здоров'я населення і реалізації принципу соціальної справедливості; систематизація та взаємоузгодженість нормативно-правових актів в період реформування галузі, ефективний фінансовий контроль; забезпечення доступності медичної допомоги всім категоріям громадян; оптимізація співвідношення платної і безкоштовної для населення медичної допомоги; забезпечення ефективності сертифікації, ліцензування ліків і медичної діяльності, що дозволить підвищити якість макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки;

організаційно-інформаційне забезпечення формування і реалізації програм розвитку галузі охорони здоров'я за рахунок запровадження фінансового механізму взаємодії суб'єктів обов'язкового медичного страхування шляхом створення інвестиційного фонду розвитку медичних установ (організаційна складова) і методичних положень економічної оцінки ефективності різних медико-профілактичних програм і медичних технологій (інформаційна складова) з метою вдосконалення фінансової складової національної і регіональних програм у сфері охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні та організаційно-методичні положення, викладені в дисертації, доведено до рівня практичних рекомендацій щодо формування і організації макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки і галузевого управління в сфері охорони здоров'я. Зокрема, рекомендації щодо використання методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання і напрями реалізації концепції розвитку економічних відносин галузі охорони здоров'я використано в діяльності Департаменту економіки та фінансової політики Міністерства охорони здоров'я України (довідка від 28.11.2016 р. № 1/16-348) та Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації (довідка від 09.11.2016 р. № 012/02-75). Результати дисертаційного дослідження використано в навчальному процесі Донецького державного університету управління МОН України (м. Маріуполь) (довідка від 27.09.2016 № 02-21/23) при викладанні дисциплін «Національна економіка», «Державне регулювання економіки» та Донецького національного медичного університету імені М. Горького МОЗ України при викладанні дисципліни «Економіка та організація охорони здоров'я» (довідка від 10.10.2016 р. № 154 а).

Особистий внесок здобувача. Основні положення, висновки та пропозиції дисертації сформульовано та обґрунтовано автором особисто. Матеріали наукових статей, підготовлених у співавторстві, використані у

дисертації лише у частині, яка належить особисто здобувачу. Внесок автора в колективні праці конкретизовано у списку публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення та одержані результати дослідження обговорювались і були схвалені на міжнародних науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми та перспективи розвитку економіки в умовах глобальної нестабільності» (Кременчук, 2016 р.); «The development of International Competitiveness: State, Region, Enterprise» (Португалія, Лісабон, 2016 р.); «Соціальна відповідальність: сучасні виклики» (Краматорськ, 2016 р.); «Актуальні проблеми та перспективи розвитку економіки в умовах глобальної нестабільності» (Кременчук, 2015 р.); «Регіональний розвиток – основа розбудови української держави» (Донецьк, 2014 р.).

Публікації. Основні положення та результати дисертації опубліковано в одинадцяти наукових працях, з яких шість статей у наукових фахових виданнях, із них: дві статті – у виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз; п'ять – публікації у матеріалах конференцій. Загальний обсяг публікацій становить 4,39 ум.-друк. арк., з них особисто автору належить 3,76 ум.-друк. арк.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та інструментарій планування як основи прийняття регуляторних рішень

Планування і прогнозування як найбільш ефективні інструменти менеджменту зараз активно використовуються на всіх рівнях управління: країни, регіонів, галузей, підприємств і організацій. Аналіз світового досвіду дозволяє зробити висновок про необхідність ефективного поєднання ринкових методів і методів централізованого державного регулювання. На сучасному етапі в світовій практиці виділяють кілька моделей державного регулювання економіки: європейська (Франція, Німеччина, Швеція та ін.); азіатська (Японія, Південна Корея) і американська модель (США, Канада).

Все це говорить про актуальність питань планування та прогнозування. Однак в більшості видань, присвячених цій темі, питання прогнозування та планування розглядаються окремо. Для підвищення системності та ефективності планування і прогнозування в сучасних умовах потрібно розвиток існуючих класифікацій видів планування, прогнозів і методів прогнозування. На сьогодні ряд організаційно-економічних проблем в області планування і прогнозування недостатньо досліджених. Найбільш актуальним з них є механізм спільного використання планування і прогнозування.

Сформовані ще на початку ХХ століття наукова школа в області менеджменту (Ф. Тейлор, Г. Гант, Х. Емерсон і класична школа управління (М. Вебер, А. Файоль, Ч. Бернард) виділяли *планування* як одну з основних

функцій управління. При цьому планування передбачало короткостроковий характер і зазвичай уявлялося у вигляді загальних річних бюджетів або бюджетів за різними виробничо-господарських функцій: НДДКР, виробництво, капітальне будівництво, маркетинг. На підприємство дивилися як на закриту систему, і тому характерною особливістю планування цього періоду є невеликий набір розглянутих показників, пріоритетними з яких були прибуток і структура витрат.

У 50-х роках ХХ століття можна говорити про формування теорії і практики довгострокового планування на рівні підприємств. У довгостроковому плануванні використовувалися методи екстраполяції, тобто перенесення на майбутнє тенденцій розвитку підприємства в минулому. Основний плановий показник – обсяг продажів, визначався на основі екстраполяції. Головне завдання менеджерів полягало в забезпеченні підприємства необхідними ресурсами для досягнення запланованих показників зростання. При визначенні ефективності використання ресурсів на підприємствах широко використовували розрахунки окупності капітальних вкладень. Довгострокове планування широко застосовувалося і в радянській економіці з тією лише різницею, що нормативи для підприємства з випуску продукції задавалися «зверху» централізовано. Такі методи були результативними при досить стабільною ринковому середовищі.

У 60-і роки ХХ століття зросла конкуренція і економічні кризи змусили переглянути методи планування, внаслідок чого планування стало цільовим, тобто план став представляти набір альтернатив, вибір котрих залежав від зовнішнього оточення, а ресурси розглядалися як засіб досягнення цілей. Так з'явилося *стратегічне планування*, яке враховувало як внутрішні можливості організації, так і зовнішню конкуренцію [4, с. 52; 14, с. 102; 23, с. 108; 136, с. 98]. Загальновизнаними основоположниками стратегічного планування вважаються І. Ансофф, А.Д. Чандлер, К. Ендрюс.

Науково обґрунтована класифікація дозволяє чітко визначити місце кожного елемента в загальній системі. При складанні класифікації велику

роль відіграє критерій класифікації елементів. Класифікація створює можливості для ефективного застосування відповідних методів, прийомів і способів обробки інформації. Під класифікацією видів планування, як і під будь-який інший класифікацією, слід розуміти розподіл елементів класифікації на конкретні групи за певними критеріями (підставами, ознаками). В роботі запропонована класифікація планування по 3-ма критеріями: за характеристикою зовнішнього середовища; за характеристикою об'єкта планування; за характеристикою показників і специфікою планування. Класифікація видів планування представлена у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Зведені дані щодо класифікації видів планування*

<i>Критерії класифікації</i>	<i>Елементи класифікації</i>	<i>Деталізація елементів</i>
за характеристикою зовнішнього середовища	Планування в різні епохи	Епоха масового виробництва Епоха масового збуту Постіндустріальна епоха Епоха інформаційних і комп'ютерних технологій
	Планування при різних типах економіки	Планова економіка (директивне централізоване планування) Ринкова економіка Економіка перехідного періоду Змішана економіка
	Планування при різних типах ринку	Монополія Монопсонія Олігополія Монополістична конкуренція Чиста конкуренція
за характеристикою об'єкта планування	Ієрархія, масштаб планування	Країна, регіон, галузь (планування по галузям економіки: промисловість, сільське господарство, будівництво і т.д.; планування по галузях промисловості: електроенергетика, паливна промисловість, машинобудування і металообробка та ін.)
	Планування по окремим підприємствам і організаціям	планування на підприємствах і організаціях різних організаційно-правових форм: державні, комерційні, громадські та ін.; планування на підприємствах в залежності від їх розміру;

Продовж. табл. 1.1

		планування по службам, відділам та підрозділам на підприємствах і в організаціях: планово-економічний відділ, виробничий, фінансова служба, відділ маркетингу та т.д .; планування функцій і діяльності за рівнями та видами персоналу: керівники, робітники, фахівці, інші службовці; планування для груп зацікавлених осіб: партнерів, кредиторів, акціонерів, менеджерів, інвесторів, адміністрації, податкових органів; планування по окремим напрямам: бізнес-планування, планування фінансів, планування кредитної політики, планування маркетингу та інше; планування за напрямками модернізації: новий продукт, нова технологія, новий ринок; планування за масштабами модернізації: модернізація, реконструкція, нове будівництво, реструктуризація (реорганізація), нове підприємство
за характеристикою показників і специфіці планування	планування за характеристикою показників	кількісні, якісні, зовнішні, внутрішні
	по виду планування	поточне, оперативне, стратегічне
	типи планування	реактивне, інактивні, преактивне інтерактивне
	планування на етапах життєвого циклу	виникнення, розвиток, старіння занепад
	по тривалості планування	довгострокове середньострокове короткострокове
	за ступенем достовірності (точності)	детерміноване, ймовірнісне, в умовах повної невизначеності
	по основним підходам стратегічного планування	аналіз господарського і продуктового портфелів ситуаційний аналіз (SPACE, SWOT-аналіз) аналіз впливу обраної стратегії на рівень прибутковості і можливості генерувати готівку (PIMS – the Profit Impact of Market Strategy)
	по моделям портфельного аналізу стратегічного планування	модель BCG (Boston Consulting Group); концепція General Electric / McKinsey & Co концепція конкуренції Shell / DPM концепція ADL / LC та ін.

* Джерело: складено автором за [17, 26, 58, 63, 75, 76, 88, 115, 177]

Прогнозування використовується на різних рівнях управління: на макро-, мезо- і мікрорівнях. Формування прогнозів соціально-економічного розвитку територій, галузей, підприємств служить основою для аналізу і прийняття ефективних регуляторних рішень. Прогнозування застосовується в процесі визначення цілей і завдань, особливо довгострокових, дозволяє визначити реальність і сприятливість досягнення поставлених цілей.

Прогнозування можна визначити як елемент стратегічного планування або як його попередній етап. Якщо прогнозування використовується як інформаційне поле для аналізу і складання можливих сценаріїв зміни зовнішнього середовища в майбутньому, то прогнозування можна виділити в окремий необхідний етап, який передує формування стратегії господарюючого суб'єкта. Адже споживачами прогнозу можуть бути різні господарюючі суб'єкти і результати одного і того ж прогнозу будуть використовуватися кожним з них по-різному. Якщо прогнозування розглядати в розрізі складання можливих сценаріїв зміни станів самого господарюючого суб'єкта в майбутньому при певних припущеннях (гіпотезах), то прогнозування стає необхідним елементом формування стратегії (плану).

Існують різні *визначення прогнозування*: спеціальні наукові дослідження конкретних перспектив розвитку будь-якого явища; у вузькому значенні – розробка прогнозу [115, с. 109; 182, с. 69].

В економічному словнику *прогнозування* представлено як елемент (метод) планування – метод планування, в передбаченні майбутнього спирається на накопичений досвід і поточні припущення щодо майбутнього [46, с. 268].

Прогнозування (forecasting) – процес розробки прогнозів по приводу майбутніх загальноекономічних і ринкових умов як основа для прийняття рішень державою і фірмами [20, с. 306].

Набір об'єктів прогнозування може становити десятки, сотні позицій і залежить від суб'єкта прогнозування, від його цілей і завдань.

Як об'єкти прогнозування можуть виступати [25, с. 403; 182, с. 58]:

як комплексні об'єкти: діяльність конкурентів; розвиток технологій; розвиток ринку; витрати і доходи компанії; життєвий цикл технології, попиту, галузі; бізнес-план компанії;

так і приватні: попит на продукцію; зміна цін на акції компанії; зміна цін на різні види сировини, продукції; життєвий цикл продукції; зміна курсу валюти і т.д.

Об'єкти прогнозування можуть поділятися на: соціальні; економічні; технічні; екологічні; природні і т.д. За ступенем керованості об'єкти прогнозування поділяються на: керовані; некеровані.

Чим нижчий ступінь керованості об'єктом тим, вище потреба в складанні прогнозу, чим вище ступінь керованості об'єктом, тим в більшій мірі використовуються вже елементи планування, а не прогнозування. Прогнозування і планування є двома взаємопов'язаними елементами. Планування передбачає, що процес управління піддається регулюванню і завжди є важелі управління (керовані фактори), а також необхідні ресурси для виконання плану.

Планування – це стадія процесу управління, на якій визначаються цілі діяльності, необхідні для цього кошти, а також розробляються методи, найбільш ефективні в конкретних умовах [120, с. 399].

Органічною складовою частиною планування є складання прогнозів, які показують, які можливі напрямки майбутнього розвитку організації, що розглядаються в тісній взаємодії з навколишнім її середовищем.

Основні відмінності і схожість планування і прогнозування представлені в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Порівняння планування і прогнозування*

<i>Ознака порівняння</i>	<i>Планування</i>	<i>Прогнозування</i>
Послідовність	Планування зазвичай будується на результатах прогнозу	Прогнозування передуює складання плану або є його елементом

Продовж. табл. 1.2

Зв'язок з процесом управління	Результат прийнятого управлінського рішення	База для прийняття управлінського рішення
Адресність	Завжди є відповідальний за виконання того чи іншого етапу (елемента) плану. Директивний характер, тобто затверджується «на верху» для реалізації структурними підрозділами	Відсутність адресності, тобто результати прогнозу можуть бути використані різними суб'єктами для своїх цілей. Суб'єктивно-об'єктивний характер, тобто результати прогнозу можуть бути враховані або ігноровані при прийнятті регуляторних рішень
Характеристика процесу	Високий ступінь детермінованості і керованості процесу	Високий ступінь невизначеності і некерованості процесу, імовірнісний характер
Характеристика факторів процесу	Керовані або частково керовані фактори. В основному внутрішні параметри і змінні фактори системи	Некеровані або частково керовані фактори. В основному зовнішні фактори системи

* Джерело: складено автором за [7, 16, 83, 93, 191]

Взаємозв'язок прогнозованих і планованих показників, а також перехід від прогнозних до планових показників є необхідною елементів в процесі управління. Воно може стати елементом плану, якщо мова йде про використання методів прогнозування при розрахунку планових показників.

Прогнозування стає самостійним і незалежним етапом, якщо його результати служать основою для прийняття регуляторних рішень, які реалізуються і виконуються у вигляді планових директивних рішень. Необхідність в прогнозуванні виникає при збільшенні кількості некерованих чинників, а також при наявності безлічі факторів, вплив яких на процес невідомо.

Дамо кілька визначень поняття «прогнозування».

Прогнозування – це передбачення ситуації в майбутньому з урахуванням прийнятих припущень, на основі використання різних методів і наявної інформаційної бази про об'єкт прогнозування, його оточення і зв'язки [46, с. 295].

Прогнозування – це комплекс якісних та кількісних показників, що визначають можливий стан соціально-економічної системи в майбутньому. Майбутнє завжди містить елемент невизначеності, тому при реалізації стратегій компанії важливо правильно оцінити види і ступінь ризиків, з якими буде пов’язана реалізація прийнятих рішень. Прогнозування дозволяє моделювати майбутні ситуації, виявляти ризики, порівнювати і оцінювати ефективність стратегій [120, с. 409].

Прогнозування необхідно, тому що внаслідок невизначеності майбутнього невідомий ефект багатьох рішень, прийнятих сьогодні. Точне передбачення майбутнього підвищує ефективність процесу прийняття рішення.

Точність прогнозу визначається можливим ступенем відхилення тих чи інших прогнозних від фактичних значень. Причини відхилень: недостатня інформаційна база; невірно або неповністю виявлені зв’язки об’єкта прогнозування з зовнішнім і внутрішнім оточенням; застосовані не ті методи для складання прогнозу; фактори внутрішнього або зовнішнього оточення об’єкта прогнозування вийшли за межі припущень та накладаються на точність результатів прогнозу; застосування використаних методів прогнозування позбавила змоги отримати прогнозну модель з заданою ступенем точності; неможливість складання точного прогнозу через наявність безлічі факторів і високого ступеня невизначеності зовнішнього або / і внутрішнього оточення об’єкта прогнозування; змодельоване безліч різних прогнозних ситуацій при різних варіантах обмежень (припущень), що не дозволяє прийняти ефективне управлінське рішення в слідстві «розмитості» отриманого прогнозу.

Прогнозування є необхідним елементом діяльності будь-якої компанії. Результати прогнозу подій використовуються для складання планів, для оперативного управління і контролю, для оцінки результатів регуляторних рішень. Питаннями прогнозування в компаніях можуть займатися маркетингові та збутові відділи, відділи (фінансового, кадрового,

виробничого, ремонтного) планування, відділи стратегічного розвитку та прогнозування тощо. Серед співробітників відділу питаннями прогнозування можуть займатися розробники планів досліджень, статистики, соціологи, психологи, фахівці з математичного моделювання, плановики і проектувальники.

Результати прогнозу потрібні для прийняття ефективних регуляторних рішень на різних рівнях ієрархії. Тому виникає задача багаторівневого прогнозування. Горизонт прогнозування залежить від рівня прогнозування, чим вище рівень управління господарюючого суб'єкта, тим більше горизонт прогнозування, чим нижчий рівень управління, тим менше горизонт. У підсумку на середніх і низових рівнях управління велика частина рішень приймається на основі планових стратегій і оперативних рішень, а потреба в прогнозуванні зводиться до мінімуму.

Ефективність використання результатів прогнозування залежить від системності підходу до вирішення даного завдання. Необхідно визначитися з комплексом прогнозування. Наприклад, комплекс прогнозування може складатися з: об'єктів; суб'єктів; банку даних про об'єкти прогнозування; методів прогнозування; вимог до точності прогнозування; систематизації результатів прогнозування; побудови прогнозних моделей; формування набору стратегічних рішень; побудови моделей розвитку компанії на основі стратегічних рішень; прийняття стратегічних рішень.

Для чіткості інтерпретації результатів прогнозу визначають і оперують такими поняттями як: об'єкт і суб'єкт прогнозування; методи, методика і методологія прогнозування; прийоми і моделі прогнозування; варіанти і етапи прогнозування; фон прогнозування.

Щоб підвищити точність прогнозування необхідно чітко сформулювати мету і завдання прогнозу, а також виявити функції прогнозування. У загальному випадку в якості основної мети прогнозування можна назвати формування комплексу можливих альтернативних сценаріїв розвитку господарюючого суб'єкта та обґрунтування найбільш ймовірного

стану соціально-економічної системи в майбутньому з урахуванням термінів, зроблених припущень і обмежень, а також з урахуванням забезпечення необхідними внутрішніми ресурсами для досягнення результатів прогнозу.

Найбільш типові завдання, які необхідно вирішити в процесі прогнозування на рівні будь-якого господарюючого суб'єкта [6, с. 96]: 1) визначення значень показників соціально-економічної системи в майбутньому; 2) передбачення можливого варіанту розподілу ресурсів по різних напрямках; 3) виявлення нижніх і верхніх меж, а також найбільш ймовірних значень прогнозних показників; 4) виявлення важелів для зміни показників господарюючого суб'єкта в майбутньому з урахуванням тенденцій, що склалися і залежностей; 5) класифікація факторів, що визначають розвиток соціально-економічної системи; 6) вибір методів прогнозування і періоду попередження прогнозів; 7) моделювання різних ситуацій і сценаріїв розвитку об'єкта в майбутньому з урахуванням різних припущень і обмежень; 8) виявлення проблем майбутнього, формування системи розпізнавання «Слабких сигналів» кризи; 9) прогноз стану та розвитку зовнішнього середовища, визначення положення господарюючого суб'єкта в ній; 10) визначення кількості ресурсів необхідних для реалізації обраної стратегії розвитку господарюючого суб'єкта; 11) забезпечення необхідної бази для прийняття регуляторних рішень; 12) визначення здійсненності і доцільності обраних стратегій.

До функцій прогнозування можна віднести [92, с. 58; 161, с. 369]: 1) визначення залежності і зв'язку між факторами і показниками; 2) визначення тенденції зміни чинників і показників; 3) визначення точності прогнозної моделі та результатів прогнозування.

Результати прогнозування можуть використовуватися для аналізу та прийняття рішень, що мають різну спрямованість. Основу будь-якої системи прогнозування складає статистична інформаційна база про об'єкт прогнозування. При наявності повної та достовірної інформаційної бази

можна говорити про можливість формування прогнозних моделей досліджуваного об'єкта.

Інструменти планування забезпечують постановку і досягнення поставлених цілей. Розглянемо їх більш детально в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Стисла характеристика інструментів планування*

<i>Етапи планування</i>	<i>Інструменти та методи планування</i>	<i>Результат використання інструменту/методу</i>
1 етап: Аналіз середовища – основа розробки стратегії розвитку	SWOT-аналіз	Матриця-SWOT (матриця можливостей, матриця загроз)
	Конкурентний аналіз	Основні економічні показники галузі, характеристики основних конкурентів, ключові фактори успіху, перспективи розвитку галузі
	Порівняльний галузевий аналіз	Галузева система техніко-економічних мультиплікаторів
	Конкурентний аналіз за моделлю «5 сил» М. Портера	Розрахунок ринкової влади основних детермінант
	Функціонально-вартісний аналіз	Планована прибуток від виробництва та / або реалізації продукції / послуг
	Бенчмаркінг (benchmarking)	Порівняльний аналіз бізнес-процесів організацій однієї галузі для поліпшення діяльності галузі
2 етап: Визначення місії і цілей організацій галузі	Мозковий штурм	Проекти місії і цілей
	Дерево цілей	Ієрархія цілей
	Методи внутрішнього і зовнішнього PR	Поліпшення ділового іміджу організацій
3 етап: Вибір стратегії і базових сценаріїв	Метод Бостонської консалтингової групи (матричний)	Матриця «темپ зростання – частка ринку»
	Метод «Мак-Кінсі» (матричний)	Матриця «Мак-Кінсі»
	Метод кривих освоєння	Ефективність якості реалізації процесу освоєння
	Модель ADL/LC	Проекти стратегій
	PIMS-аналіз	Проекти стратегій
4 етап: Розробка базової стратегії	Модель І. Ансоффа	Проекти стратегій
	Модель Г. Стейнера	Проекти стратегій
	Модель Д. Абеля	Проекти стратегій
	Якісне розгортання планів	Проекти стратегій, проекти бюджетів, ієрархія цілей
5 етап: Реалізація стратегії	Методи мережевого планування	Мережева діаграма
	Структура розбиття робіт	Структурна схема організації

Продовж. табл. 1.3

6 етап: Оцінка і контроль виконання стратегії	Стратегічний аудит	Оцінка якості розроблених стратегій
	Внутрішній аудит	Звіт про внутрішній аудит

* Джерело: систематизовано автором за [5, 16, 19, 38, 63, 84, 85, 161, 182, 183]

SWOT-аналіз дозволяє визначити причини ефективної або неефективної діяльності організацій галузей економіки та галузі в цілому, це стислий аналіз маркетингової інформації на підставі якого робиться висновок про те, в якому напрямку організація або галузь повинна розвивати свою діяльність і в кінцевому підсумку визначається розподіл ресурсів по сегментах. Результатом аналізу є розробка стратегії або гіпотези для подальшої перевірки. Класичний SWOT-аналіз передбачає визначення сильних і слабких сторін у діяльності організації, потенційних зовнішніх загроз і сприятливих можливостей і їхню оцінку щодо стратегічно важливих конкурентів [183, с. 139; 188, с. 208].

Конкурентний аналіз – це глибоке всебічне дослідження конкурентного положення організації в галузі й доступних ринків з метою формування ефективної стратегії розвитку. Конкурентний аналіз галузі включає в себе кілька розділів: визначення основних економічних показників галузі; визначення рушійних сил розвитку галузі; оцінка сил конкуренції; оцінка конкурентних позицій конкуруючих підприємств в галузі; аналіз найближчих конкурентів, їх можливих дій; визначення ключових факторів успіху; оцінка перспектив розвитку галузі.

Аналіз рівня конкуренції в галузі за моделлю «5 сил конкуренції» Майкла Портера проводиться шляхом аналізу п'яти зовнішніх сил:

- ринкової влади постачальників;
- ринкової влади покупців;
- влади існуючих конкурентів;
- загрози появи нових конкурентів;

загрози появи товарів-субститутів [92, с. 62].

Аналіз складових елементів (детермінант) цих сил дозволяє визначити «вузькі місця» проекту, з тим щоб максимально ефективно докласти зусиль до зміцнення його стійкості і ослаблення позицій конкурентів. Аналіз проводиться в два етапи: 1. Привласнення кількісних показників детермінантам п'яти сил методом експертної оцінки; 2. Аналіз сильних і слабких сторін поточної конкурентної ситуації, а також можливих компенсаційних заходів.

Бенчмаркінг – аналітичний процес точного вимірювання і порівняння всіх операцій з розробки та виробництва продуктів (послуг) світового рівня як на власному підприємстві (організації), так і у конкурентів. У центрі аналізу найчастіше стоїть порівняння одних і тих же функцій, які виконуються різними підприємствами галузі для виявлення «кращого в своєму класі». Мета такого аналізу – виявлення недостатньої ефективності виконання тих чи інших функцій і причин цих явищ в порівнянні з «кращим у своєму класі» і вжиття відповідних заходів щодо їх усунення [28, с. 126; 84, с. 123].

Метод мозкового штурму (мозкова атака, мозковий штурм, англ. Brainstorming) – оперативний метод вирішення проблеми на основі стимулювання творчої активності, при якому учасникам обговорення пропонують висловлювати якомога більшу кількість варіантів рішення, в тому числі найфантастичніших. Потім із загального числа висловлених ідей відбирають найбільш вдалі, які можуть бути використані на практиці. Є методом експертного оцінювання [46, с. 80].

Дерево цілей – це побудована за ієрархічним принципом (розподілена по рівнях, ранжируваних), структурована сукупність цілей економічної системи, програми, плану, в якій виділені генеральна мета («вершина дерева»); підлегли їй підцілі першого, другого і подальшого рівнів («гілки дерева») [45, с. 132].

Метод Бостонської консалтингової групи: показниками, що формують оцінну матрицю, є темп зростання виробництва і контрольована певної організацією частка ринку.

Метод «Мак-Кінсі»: основними оціночними показниками є конкурентні позиції організацій галузі (слабка, середня, сильна) та привабливість ринку (аналогічні три оцінки).

PIMS-аналіз: аналіз заснований на використанні емпіричної моделі, що пов'язує широкий діапазон стратегічних змінних (таких, як ринкова частка, якість продукту, вертикальна інтеграція) і ситуаційних змінних (швидкість зростання ринку, стадія розвитку галузі, інтенсивність потоків капіталу) з величиною прибутковості і здатністю організації генерувати готівку [191, с. 187].

Модель розвитку товару / галузі І. Ансоффа (матриця Ансоффа) дозволяє використовувати одночасно кілька стратегій. Найбільш істотною відмінністю моделі стратегічного планування І. Ансоффа є облік зворотного зв'язку, який забезпечує інтерактивність процедури формування стратегічного плану та безперервність її реалізації [75, с. 95].

Модель Г. Стейнера є матрицею, що включає класифікацію ринків і класифікацію продуктів на існуючі; нові, але пов'язані з існуючими; і абсолютно нові. Матриця показує рівні ризику і відповідно ступінь ймовірності успіху при різних поєднаннях ринок-продукт [183, с. 201].

Допомогою матриці Д. Абея можливо визначити область бізнесу в трьох вимірах: 1) обслуговуються групи покупців; 2) потреби покупців; 3) технологія, яка використовується при розробці і виробництві продукту. Першим найважливішим критерієм оцінки по матриці Абея є відповідність даної галузі загального спрямування діяльності організації, з тим, щоб використовувати синергічний ефект в технології і маркетингу. Іншими критеріями вибору є привабливість галузі і «сила» бізнесу (конкурентоспроможність) [182, с. 100].

Методи мережевого планування – методи, основна мета яких полягає в тому, щоб скоротити до мінімуму тривалість проекту. Ґрунтуються на розроблених практично одночасно і незалежно методі критичного шляху і методі оцінки та перегляду планів PERT (Program Evaluation and Review Technique) [188, с. 214].

Стратегічний аудит – це перевірка і оцінка якості роботи тих підрозділів організації, в яких ведеться стратегічне управління. Такий аудит може бути або всеосяжним, тобто зачіпати етапи процесу планування, або спрямованим – зачіпати лише частина процесу. Крім того, аудит може бути формалізованим, тобто строго слідувати організаційним правилам і процедурам, або неформалізованим, що дає менеджеру широку свободу при прийнятті рішень про те, як проводити оцінку роботи організації і коли це робити [46, с. 401].

Внутрішній аудит – діяльність з надання незалежних та об'єктивних гарантій і консультацій, спрямованих на вдосконалення діяльності організації [76, с. 248]. Внутрішній аудит допомагає організації досягти поставлених цілей, використовуючи систематизований і послідовний підхід до оцінки і підвищення ефективності процесів управління ризиками, контролю та корпоративного управління.

Рішення життєво важливих проблем розвитку суспільства, регіонів, галузей економіки, інституціональних одиниць та обґрунтування способів реалізації визначених стратегічних і тактичних цілей здійснюється за допомогою макроекономічних планів. *Макроекономічне планування* як складова механізму державного регулювання національної економіки широко використовується в економічно розвинених країнах з метою соціально-економічної стабілізації, формування макропропорцій і забезпечення динамічності розвитку економіки [93].

Особливість макроекономічного планування полягає в тому, що його об'єктом є національна економіка, а суб'єктом держава. Крім того, слід враховувати тимчасові обмеження планів, обумовлені, по-перше, ротацією

державних органів відповідно до законодавства про вибори і, по-друге, календарним характером планування (плановий рік, як і бюджетний, починається 1 січня і закінчується 31 грудня). *Макроекономічне планування* – особливий вид діяльності держави щодо визначення стратегічних, тактичних і оперативних цілей планового періоду, а також способів досягнення цих цілей. *Суть макроекономічного планування* розкривається наступним чином [35, с. 291; 41, с. 100]:

по-перше, це свідома діяльність держави, спрямована на досягнення поставлених цілей;

по-друге, це розробка моделі досягнення бажаного і очікуваного рівня розвитку національної економіки за умови одночасного визначення шляхів, способів і термінів реалізації даної моделі.

Плани мають конкретні числові параметри, тобто планові показники, що відображають кінцеві цілі соціально-економічного розвитку, проміжні результати та витрати ресурсів для їх досягнення. Вони мають частково політичний характер, відповідають політиці уряду, тобто в основі вибору шляху розвитку економіки не завжди лежать тільки економічні критерії. Соціально-економічне планування здійснюється на всіх рівнях управління (державному, регіональному, місцевому, на рівні підприємства).

Стратегічною метою макроекономічного планування є забезпечення економічного зростання (причому як в абсолютних, так і відносних показниках), макроекономічної рівноваги та збалансованості.

Для цього необхідно виконати наступні дії [42, с. 225]:

оцінити сучасний рівень розвитку національної економіки: планові розрахунки повинні ґрунтуватися на вивченні статистичних та фактичних даних, аналізі практичного досвіду;

правильно визначити пріоритети, що обумовлено обмеженістю ресурсів і необхідністю концентрації зусиль на рішеннях найважливіших проблем;

збалансувати всі макроекономічні планові показники (витрати);

підтримати єдність різних видів планування: перспективного і поточного, галузевого та територіального;

забезпечити реальну можливість розробки конкретних механізмів реалізації планів (економічного, правового, організаційного);

орієнтуватися на світові стандарти, тобто дотримуватися світових економічних, екологічних, соціальних стандартів.

Планування повинно базуватися *на принципах* науковості, системності, адекватності, рентабельності, гласності, об'єктивності.

Основні функції макроекономічного планування [145, с. 402]:

визначення цілей і пріоритетів розвитку національної економіки, особливо в перехідний період трансформації;

забезпечення оптимального розвитку національної економіки (найкоротшого і найбільш ефективного способу досягнення поставленої мети);

координація економічної діяльності господарюючих суб'єктів (забезпечення інформацією, стимулювання та ін.);

гармонізація економічних інтересів суб'єктів господарювання.

З точки зору обов'язковості виконання суб'єктами господарювання планових завдань розрізняють директивне, індирективне і індикативне планування.

Директивний план має силу юридичного закону, є адресним і обов'язковим для виконання. Директивне планування – спосіб управління економікою за допомогою розробки обов'язкових для виконання завдань з виробництва і розподілу товарів і послуг. Основні риси директивного планування: базування на державній власності, впровадження державної стратегії і пріоритетів, охоплення всіх сторін життя суспільства, прагнення розв'язати не тільки макро -, але і мікропроблеми, обов'язковість виконання планів [155, с. 201; 191, с. 109].

Директивний план для держави – інструмент реалізації економічної політики, для суб'єктів економіки – мета виробництва, тому що виконання або невиконання плану тягне відповідно заохочення або стягнення.

Негативні наслідки застосування директивної політики на практиці [8]:
знищення конкуренції, створення умов для монополізму;
відсутність мотивації виробництва;
зниження ефективності виробництва, якості товарів;
виникнення постійного товарного дефіциту;
породження бюрократизму, волюнтаризму, корупції.

Індирективне планування має багато спільного з директивним, а різниця їх полягає в тому, що в індирективному плануванні використовуються не тільки адміністративні, а й економічні важелі, не передбачені як адміністративні покарання за невиконання плану, так і заохочення, пов'язані з перевиконанням плану (тобто матеріальні премії, першочергове виділення ресурсів та ін.) [35, с. 136].

Найбільшого поширення в системі макроекономічного планування отримало індикативне планування – це спосіб регулювання економіки за допомогою постановки певних цілей, визначення пріоритетів розвитку національної економіки і застосування державних фінансових і інших стимулів для реалізації запланованого.

Індикативні плани мають низку особливостей, які суттєво відрізняють їх від планів директивних [42, с. 201]: по-перше, індикативний план є набором рекомендацій; по-друге, рекомендації не є обов'язковими; по-третє, показники плану призначено для інформування суб'єктів господарювання про цілі, пріоритети і наміри уряду держави; по-четверте, мобільний характер плану передбачає можливість його коригування відповідно до зміненої на ринку; По-п'яте, реалізація цілей індикативного плану здійснюється через систему правових та економічних регуляторів. З цього можна зробити висновок, що індикативне планування притаманне економіці змішаного типу,

тобто воно зумовлює сутність трансформації в сфері макроекономічного планування та перехід від директивного планування до індикативного.

Функції індикативного планування: визначення цілей і пріоритетів розвитку національної економіки; координація економічної діяльності суб'єктів господарювання; прогнозування макроекономічного розвитку; визначення сфер ефективного вкладення капіталу; виявлення неперспективних в майбутньому областей і підприємств.

Рекомендаційний характер індикативних планів, однак, не означає, що суб'єкти господарювання можуть ігнорувати його цілі, пріоритети і систему заходів. Для впливу діяльність економічних суб'єктів слід враховувати ступінь зрілості ринкових відносин і вишукувати адекватні методи і засоби державного впливу з метою повної реалізації намічених планів. У зв'язку з цим макроекономічні плани в постсоціалістичних країнах передбачають можливість використання певних адміністративних методів, властивих директивному плануванню (норми і нормативи, державні замовлення, державні інвестиції, регульовані ціни і ін.) [100, с. 247].

Сучасний підхід до макроекономічного галузевого соціально-економічного планування повинен спиратися на наявні традиції стратегічного галузевого планування. Планування комплексного соціально-економічного розвитку галузі представляє вид управлінської діяльності, що складається в розробці таких цілей розвитку на довгострокову перспективу і визначення механізмів їх досягнення, реалізація яких покликана забезпечити її ефективне функціонування в умовах мінливого зовнішнього і внутрішнього середовища з метою досягнення збалансованості національних інтересів і інтересів місцевої громади. Рішення завдання інтеграції стратегічного соціально-економічного та фінансового планування – запорука успішної реалізації прийнятих макроекономічних рішень.

Хоча на сьогодні багато авторів дотримуються позиції, що прогнозування є елементом стратегічного планування, у роботі акцентовано увагу на спільному використанні планування і прогнозування, тобто

прогнозування використовується як інформаційна база для прийняття регуляторних рішень. При комплексному стратегічному плануванні і прогнозуванні необхідним є розгляд економічних аспектів процесу адаптації до змін в цілях, стратегіях, принципах управління, зовнішнього середовища тощо. Процес адаптації здійснюється поетапно з урахуванням багаторівневого планування і прогнозування, з урахуванням різного ступеня визначеності в області прогнозування і прийняття регуляторних рішень.

1.2. Теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я

В умовах нестабільної економіки особлива значимість надається макроекономічному плануванню. Макроекономічне планування передбачає визначення цілей розвитку економічної системи і окремих її елементів як єдиного цілого, виділення пріоритетів, підготовку рішень для центру і розробку заходів щодо досягнення цілей при взаємодії нижчих ланок системи управління як між собою, так і з центром.

Концепція витіснення держави зі сфери економіки та ослаблення його регулюючої ролі не відповідає глобальним, світовим тенденціям і реальній обстановці в Україні [24, с. 18]. Масштаби державного регулювання, його конкретні форми і методи істотно відрізняються в різних країнах. Сьогодні необхідне поєднання державного регулювання з ринковим саморегулюванням задля досягнення мети економічного розвитку.

Важливим важелем державного регулювання є макроекономічне планування соціально-економічного розвитку. Із яким можна пов'язати інтереси держави, окремих галузей, територій і господарських суб'єктів, які часто не збігаються або суперечать один одному. В сьогоднішніх умовах

господарювання макроекономічне планування треба розглядати в якості наукової категорії, що пов'язана із процесом інтеграції громадського виробництва.

Макроекономічне планування – це наукове передбачення рівня розвитку і результатів функціонування суспільного виробництва, засноване на встановленні закономірностей і тенденцій соціального і науково-технічного прогресу, накопиченого досвіду і господарської практики, об'єктивних залежностей і причинно-наслідкових зв'язків в народному господарстві [42, с. 109].

Макроекономічне планування є науково передбачуваним і обґрунтованим розвитком і результатом функціонування суспільного відтворення, засноване на виявленні його закономірностей, тенденцій, соціального і науково-технічного процесу, об'єктивних закономірностей причинно-наслідкових зв'язків в народному господарстві.

Наукова основа макроекономічного планування – теорія планування, що визначає його зміст в системі прийняття рішень про сучасний соціально-економічний розвиток, засоби реалізації технічної, економічної, соціальної політики, розміщення виробничих сил на території країни, її зовнішньоекономічних зв'язків. Необхідність державного планування обумовлена наступним [41, с. 58]:

тільки завдяки державному плану можливий цілеспрямований розвиток соціально-економічної системи країни шляхом налагодження стабільних і вертикальних зв'язків галузей, великих підприємств і їх об'єднань;

державний план дозволяє зв'язати структурну, інноваційну та інвестиційну політику держави з цілями регіональної, демографічної, соціальної, економічної, зовнішньоекономічної і військово-стратегічної політики.

Державний план необхідний, щоб всі заходи з державного регулювання соціально-економічної політики держави (стратегії розвитку) були спрямовані на виконання стратегії розвитку.

Макроекономічне планування – складний багатогранний процес. В основі планування лежить створення концепцій соціально-економічного розвитку держави; в якій сформульовані цілі і пріоритети, основні напрями соціальної, структурної, інвестиційної політики.

Загальнодержавне планування визначає основні напрямки розвитку соціально-економічних систем, одночасно встановлює конкретні завдання і заходи по досягненню довгострокових цілей.

Основні фактори, що сприяють процесу макроекономічного планування [56]:

збільшення ресурсів країни, якими розпоряджається держава;

інтеграція виробництва, зростання рівня організації людей і підприємств відповідно до соціальних і економічних інтересів;

прискорення розвитку глобальних інформаційних мереж, розширення кола спостереження і підвищення якості інформації;

посилення солідарності між групами населення, досягнення соціальної злагоди;

безпосередня зацікавленість у тісній співпраці з державою в процесах реалізації масштабних інвестиційних проектів.

Зміст соціально-економічного планування полягає в обґрунтуванні конкретних цілей і пріоритетів розвитку, виявлення матеріальних, трудових і фінансових можливостей реалізації програм. З формуванням ринкових відносин об'єктами державного планування стають найбільш загальнозначущі сфери, галузі, регіону.

Макроекономічне планування в умовах ринку направлено на створення господарського клімату для добровільного зосередження всіх господарських суб'єктів для досягнення спільної мети, необхідної для ефективного соціально-економічного розвитку.

Стратегічною метою макроекономічного планування стає забезпечення динамічного економічного зростання, узгодження з вимогами

макроекономічної конкурентоспроможності, збалансованості та сталого розвитку країни.

В процесі макроекономічного планування вирішуються основні завдання [100, с. 300]:

визначення суспільних потреб;

виявлення можливих для їх задоволення матеріальних, трудових і фінансових ресурсів;

обґрунтування найбільш раціональних напрямків використання ресурсів у відповідності з поточними та перспективними потребами;

забезпечення збалансованості між окремими сферами народного господарства (матеріальне виробництво і невиробнича сфера, галузями і видами виробництва, між економічними районами країни);

підвищення ефективності, використання всіх видів ресурсів для досягнення максимально можливих результатів економічної діяльності.

У ринковій економіці макроекономічне планування представлено [25, 52, 100, 191]: державними соціально-економічними програмами; бюджетним плануванням; цільовими комплексними програмами; державними замовленнями; плануванням розвитку державного сектора економіки.

При стратегічному плануванні та макроекономічному регулюванні завжди проводиться аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища господарюючого суб'єкта, галузі, територіальної одиниці. Зовнішнє середовище поділяється на макро- і мікрооточення. Резерви внутрішнього середовища визначають набір можливих стратегій. Для прийняття того чи іншого стратегічного рішення необхідно чітко знати стан зовнішнього середовища в майбутньому, можливі межі зміни його ключових факторів.

Практично всі фактори макрооточення є неконтрольованими, тобто у господарюючого суб'єкта відсутня можливість управління ними. Частина факторів мікрооточення є також неконтрольованою, інша частина частково керована або піддається впливу господарюючого суб'єкта, галузі або регіону.

Виникає запитання щодо моделювання зовнішнього середовища на короткострокову, середньострокову і довгострокову перспективи.

Розвиток процесу прийняття рішення на основі методів стратегічного планування спрощено можна представити в наступному вигляді:

перший етап: «прогнозування – планування», тобто прогнозування служить основою (інформаційною базою) для прийняття стратегії розвитку;

другий етап: «альтернативне планування – прогнозування – затвердження плану (стратегії)», тобто прогнозування використовується як метод перевірки досяжності результату стратегії і відбору оптимальних і найбільш ефективних стратегій;

третій етап: «прогнозування – альтернативне планування – прогнозування – затвердження плану (стратегії)», тобто прогнозування використовується на всіх стадіях стратегічного планування.

Потреба в розробці підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я викликана цілим рядом причин, пов'язаних з: динамічністю і циклічністю розвитку макросистем; проблемами багатокритеріального вибору на всіх рівнях управління системи; потребою в розробці комплексу стратегій на макрорівні для можливості вибору з них найбільш оптимальних в ситуації, що склалася; невизначеністю зовнішнього середовища і обмеженістю внутрішніх ресурсів; підвищенням системності розроблюваних прогнозів і планів.

При розробці теоретико-методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я основною метою є формування принципів і понятійного апарату, процесу що дозволяють системно коригувати характеристики управління для поетапної адаптації до зовнішніх умов і перевіряти відповідність обраних стратегій і характеристик управління на макрорівні у відповідності до поставлених цілей.

Розроблений *теоретико-методичний підхід* дозволить вирішувати такі завдання:

1. Систематизувати мету і завдання при державному економічному регулюванні.
2. Виявити способи їх досягнення.
3. Поліпшити інструментарій розробки стратегій і прогнозів з урахуванням елементів адаптації та коригування.
4. Забезпечити гнучкий апарат ситуаційного планування і прогнозування в умовах невизначеного зовнішнього середовища.
5. Забезпечити необхідну інформаційно-аналітичну базу для формування і прийняття стратегій на основі попереднього прогнозування і моделювання зовнішніх умов.
6. Виявити ефективність і досяжність стратегій на основі подальшого прогнозування і моделювання наслідків прийняття стратегій.

Понятійний апарат, що використовується при адаптаційному макроекономічному плануванні і прогнозуванні.

Макроекономічне планування полягає у виборі головних пріоритетів розвитку національної економіки, провідна роль яких належить державі. Основна мета макроекономічного планування полягає у визначенні головних напрямків соціально-економічної ролі держави в забезпеченні достатнього потенціалу для успішного розвитку національної економіки [23, с. 95].

Стратегія може бути визначена як комплексний план для досягнення основних цілей [120, с. 453]. Стратегічні плани характеризуються як цілісністю, так і гнучкістю (в залежності від конкретних умов реалізації) Цілі ці повинні бути досягнутими (реальними для виконання в плановий період).

Під *адаптаційним макроекономічним плануванням і прогнозуванням* розуміється процес досягнення цілей і завдань на макро рівні на основі гнучкої системи коригувань стратегій і прогнозів, а також методів їх розробки і реалізації з урахуванням передбачення і моделювання ситуацій як

на основі перших сигналів, так і на основі виявлених тенденцій і залежностей ключових внутрішніх і зовнішніх змінних.

Суть адаптаційного макроекономічного планування полягає не в розробці і доведенні численних показників для виконання, а в науковій постановці цілей майбутнього розвитку і вироблення дієвих засобів і можливостей для їх реального досягнення. Загальнодержавне індикативне планування спрямоване на поєднання всіх факторів виробництва і підтримку збалансованості натурально-речових і фінансових потоків, забезпечення раціонального і ефективного використання ресурсів для досягнення поставлених цілей і завдань, що знаходить відображення у відповідних планових документах.

Макроекономічні плани не можна розробляти без використання *системи показників*. У макроекономічному плануванні показник – це міра планового завдання, яка забезпечує його кількісну або якісну визначеність.

Показники можуть ставитися до різних рівнів аналізу. наприклад, для аналізу розвитку економіки на макрорівні сформовані чотири групи показників [6, 75, 83]: а) зміна темпів зростання (індексів) макроекономічних показників; б) зміна частки макроекономічних показників; в) зміна фінансових показників; г) зміна економічних показників.

Показники які використовуються в макроекономічному плануванні, повинні відповідати наступним вимогам [182, с. 136]:

бути придатними для агрегування (укрупнення);

бути чітко визначеними, вимірюваними, порівнянними з показниками державної статистики;

система показників повинна забезпечувати комплексну характеристику всіх аспектів функціонування національної економіки та має бути адаптований (гнучкою), здатною відображати всі зміни стану об'єкта планування.

Директивні показники повинні бути адресними, тобто містити вказівки щодо конкретних виконавців планових завдань, а індикативні інформувати

суб'єктів ринку про наміри держави у відповідних сферах і орієнтувати їх на діяльність, спрямовану на дотримання пріоритетів державної політики.

Показники макроекономічних планів класифікуються за такими групами: натуральні і вартісні, кількісні та якісні, об'ємні і мережеві, абсолютні та відносні, обов'язкові, розрахункові та інформаційні [25, 35, 120, 191]. Натуральні показники характеризують речовинний аспект відтворення. Вони дають можливість встановити пряме відповідність між обсягом виробництва в конкретно-речовій формі та обсягом потреб у продукції.

Вартісні показники: з їх допомогою вимірюються сукупні результати відтворення, перш макроекономічні показники. При планових розрахунках необхідно враховувати індекси цін і інфляції. Кількісні показники характеризують прямі безпосередні результати діяльності. Вони можуть бути об'ємними, тобто відображати обсяги виробництва і споживання, і мережевими, тобто характеризувати розвиток мережі об'єктів різних сфер (кількість підприємств різних форм власності і господарювання або галузей економіки). Якісні показники характеризують споживчу вартість продукції, умови розвитку виробництва, ефективність, ступінь використання різних видів ресурсів і ін. До якісних показників відносяться норми і нормативи. Абсолютні показники відображають кількісну характеристику процесів і явищ. Відносні показники (індекси, темпи зростання або спаду, темпи приросту, питома вага) характеризують динаміку і структуру відповідних параметрів.

Обов'язкові показники директивними, тобто такими, які потребують обов'язкового виконання; розрахункові показники призначені для обґрунтування основних параметрів плану, інформаційні показники по своїй суті є індикативними.

Макроекономічні показники, що відображають масштабні економічні явища, прогнозуються на рівні держави. Ці прогнози необхідні [155, с. 46]:

для використання самостійних розрахунків; для застосування в бюджетному плануванні.

У макроекономічних показниках країни знаходять відображення параметри функціонування економіки, структура та потенціал її галузей, пропорції та взаємозв'язки між областями, регіонами. Прогнози макроекономічних показників здійснюються, на кілька років вперед, в тому числі і на найближчий рік. Типовими напрямками макропланування в економіці є [92, 94, 145, 161]:

забезпечення необхідних пропорцій розширення відтворення, що характеризують розвиток ключових сфер економіки і вирішення соціальних проблем;

здійснення загальнодержавної інвестиційної та науково-технічної політики;

формування міждержавних зовнішньоекономічних зв'язків;

створення резервів для здійснення цільових програм і локалізації надзвичайних ситуацій;

забезпечення оборони країни і т.д.

Досягнення зазначених напрямків вимагає перспективних оцінок [5, с. 105; 6, с. 198]:

стану економіки і суспільства в зіставленні зі світовими тенденціями, ринковою кон'юнктурою і можливими напрямками розвитку;

макроекономічних, демографічних, соціально-економічних і науково-технічних прогнозів, а також прогнозів розміщення продуктивних сил;

цінової, антиінфляційної, податкової, фінансово-кредитної та антимонопольної політики з метою збалансування економічного розвитку;

потенціалу галузей з метою підтримки проблемних і соціально-значущих сфер діяльності;

розвитку ринкової інфраструктури та інформаційних потоків в економіці.

До об'єктів планування в масштабах країни відносяться: обсяг і динаміка валового внутрішнього продукту; індекс зміни цін у зв'язку з інфляцією; обсяги збуту і продажу товарів (робіт і послуг); обсяг довгострокових інвестицій за всіма джерелами фінансування; витрати на оплату праці; прибуток; показники експорту і імпорту, курс гривні;

основні характеристики фінансового балансу, а також доходів і витрат.

Основними *методами макроекономічних* розрахунків є балансовий і нормативний.

Суть балансового методу макроекономічного планування полягає в застосуванні прийомів і розрахунків, що дозволяють встановлення зв'язку і узгодження між потребами і засобами для їх забезпечення. Завданням зведення балансу є досягнення оптимальної відповідності між сукупністю потреб і загальною сумою джерел їх задоволення.

Класифікація балансів здійснюється за багатьма ознаками. За масштабами об'єкта планування виділяють баланси народногосподарські, галузеві, регіональні, за часовою ознакою статичні і динамічні баланси, за одиницями виміру натуральні (матеріальні), вартісні (грошові) і трудові.

Балансові розрахунки в макроекономічному плануванні передбачають широке використання соціально-економічних норм і нормативів.

Нормативний метод (техніко-економічних розрахунків) базується на використанні прогресивної, науково обґрунтованої системи норм і нормативів. За допомогою норм і нормативів визначають потреби у виробництві продукції (робіт, послуг), обґрунтовують можливості задоволення цих потреб, здійснюють контроль за ефективністю використання ресурсів при реалізації планових завдань [136, с. 207].

Система норм і нормативів складається з таких основних груп [94, 100]: норм ефективності суспільного відтворення (норм матеріало-, енерго-, трудомісткості ВВП); норм і нормативів витрат праці (відношення ВВП до кількості трудових ресурсів та ін.); норм і нормативів витрат сировини, матеріалів, палива, енергії (витрати ресурсів на 1 грн. ВВП або валового

випуску); норм і нормативів капітальних вкладень і капітального будівництва (загальною і порівняльною ефективності капітальних вкладень, питомих капітальних вкладень і ін.); фінансових норм і нормативів (забезпечення бюджетом населення, нормативів відрахувань до місцевих бюджетів загальнодержавних податків, норм амортизації і т.д.); соціальних норм і нормативів (норм споживання населенням товарів і послуг, нормативного споживчого кошика, нормативного споживчого бюджету, забезпеченості населення послугами та об'єктами соціальної сфери); екологічних норм і нормативів (витрати води на 1 грн валового випуску відповідної галузі, норм викидів шкідливих речовин в повітря або водний басейн і ін.). Крім цього, в сучасній практиці використовують метод оптимізації планових рішень (короткий і ефективний спосіб досягнення поставлених цілей) і програмно-цільовий метод.

Макроекономічне планування в країнах з розвиненою ринковою економікою пройшло кілька етапів: перший етап (40-50-ті роки XX століття) – почався у Франції, Іспанії, Швеції, Норвегії, де склалися короткострокові плани (бюджетні програми), а планові документи повинні індикативний характер; другий етап (60-е серпня. 70-х років XX століття) – характеризувався складанням в Західній Європі і Японії короткострокових планів-прогнозів, пов'язаних з державним бюджетом, практикування середньострокового планування, першими довгостроковими прогнозами (на 15-20 років), перш в Японії; третій етап (середина 70-х років XX століття і до нашого часу) – програмування національної економіки, розробка комплексних програм розвитку національної економіки.

Програмно-цільовий метод планування передбачає [93, с. 100]: визначення проблеми і формулювання цілей; розробки та реалізації програми, спрямованої на досягнення цілей; систематичний контроль за якістю і результатами робіт, передбачених програмою; коригування заходів, спрямованих на реалізацію цілей.

Застосування програмно-цільового методу обумовлено багатьма факторами, а саме: наявністю незадоволеного попиту на продукцію (роботи, послуги); надмірними витратами ресурсів і, як наслідок, виникненням негативних зовнішніх ефектів (екстерналій) потребою в глибоких структурних перетвореннях; реакцією на політичний тиск або підприємницьку ініціативу і ін.

Програмно-цільовий метод планування реалізується через державні цільові програми – документи, в яких міститься визначений згідно з ресурсами, виконавцями і термінами здійснення комплекс заходів, спрямованих на досягнення певних цілей. Такі цілі повинні бути обумовлені стратегією соціально-економічної політики держави, наявністю конкретних завдань або декількох суміжних соціально-економічних проблем.

Класифікація державних цільових програм здійснюється за рівнем, складом, сферою впливу та реалізації; характером і специфікою проблем і цілей, а також за термінами їх виконання.

За рівнем, складом, сферою впливу та реалізації виділяють такі програми [35, 84, 85]: міждержавні, державні, міжгалузеві, галузеві, міжрегіональні, регіональні, локальні. За характером і специфікою проблем і цілей програми соціально-економічні, виробничі, науково-технічні, екологічні, інституціональні, регіональні та ін.

Макроекономічні програми у соціальній сфері спрямовані на вирішення проблем розвитку і вдосконалення способу життя, підвищення матеріального і культурного рівня населення, поліпшення виробничих і соціальних умов праці та відпочинку, зростання масштабів та ефективності функціонування суспільного сектора і т.д.

Виробничі програми орієнтовані на збільшення виробництва певних видів продукції (робіт, послуг), розвиток прогресивних виробництв, підвищення якісних характеристик продукції, зростання ефективності використання ресурсів. Науково-технічні програми націлені на розвиток наукових досліджень, вирішення проблем розробки і впровадження в

практику новітніх техніки і технологій. Екологічні програми спрямовані на ресурсозбереження, здійснення природоохоронних і природно перетворювальних проектів. Інституційні програми орієнтовані на вдосконалення організації управління господарськими системами, трансформацію відносин власності. Регіональні програми націлені на господарське освоєння нових районів, перетворення структури економіки сформованих соціально-економічних комплексів в регіонах [121, с. 101].

За термінами виконання програми діляться на довгострокові (розраховані на 5-10 років), середньострокові (1-5 років) і короткострокові (до одного року). Ця класифікація обумовлена цілями, на досягнення яких спрямована програма. Довгострокові програми, як правило, спрямовані на досягнення стратегічних цілей. Досягнення стратегічної мети тривалий процес, пов'язаний з істотними структурними зрушеннями в економіці, які через її інерційність не можна здійснити в короткі терміни.

У нижче запропонованому теоретико-методичному підході до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я використовуються комплексний і системний підхід до формулювання стратегій при складанні прогнозів. При виявленні і постановці цілей на всіх рівнях системи застосовуються базові принципи визначення мети: відповідності, ініціативи, чіткості, вимірності, досяжності, пріоритету, координації, узгодженості, ієрархічності, відповідності цінностям, гнучкості, тимчасової визначеності, контролю.

При обробці інформації і при прогнозуванні застосовуються *принципи* сумісності і достовірності. При використанні методів стратегічного планування і прогнозування застосовується принцип варіантності, що полягає в тому, що можливі різні способи вирішення поставлених завдань і досягнення намічених стратегій і цілей.

При аналізі набору показників, об'єктів і при пошуку оптимальних рішень застосовується принцип багатокритеріального вибору, а також

принципи науковості, адаптивності, компетентності, оптимальності, мінімізації ризику, обмеженості ресурсів, професіоналізму, балансу інтересів, партнерства.

До *характерних принципів* для прийняття стратегічних рішень в умовах невизначеності можна віднести: принцип гарантованого результату; принцип оптимізму; принцип песимізму; критерій Севіджа; критерій Гурвіца; критерій Лапласа; критерій Байеса-Лапласа; принцип гарантованих втрат, додаткові критерії: критерій Гермейера, критерій Ходжі-Лемана і ін. [84, с. 169].

Процес адаптаційного макроекономічного планування та прогнозування: 1. Визначається набір цілей системи. 2. Виявляються принципи визначення мети й ціле досягнення. 3. Проводиться аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища галузей економіки. 4. Формуються показники, що характеризують стан галузей економіки.

Поняття «охорона здоров'я» означає діяльність по збереженню, поліпшенню, забезпеченню і зміцненню здоров'я різних груп населення. Основними законодавчими актами закріплено право людини на охорону здоров'я та оздоровлення. Оптимізація системи охорони здоров'я є найважливішою частиною соціально-економічної політики держави. Охорона здоров'я розглядається як державна система з єдністю цілей, взаємодії служб (лікувальних і профілактичних), загальної доступністю кваліфікованої медичної допомоги, реальної гуманістичної спрямованістю.

Головний напрямок у розвитку і вдосконаленні охорони здоров'я на сучасному етапі – охорона материнства і дитинства, створення оптимальних соціально-економічних, правових та медико-соціальних умов для зміцнення здоров'я жінок і дітей, планування сім'ї, рішення медико-демографічних проблем.

Державний характер охорони здоров'я забезпечує фінансування, підготовку та удосконалення кадрів. Діяльність органів та установ здійснюється на основі державного законодавства і нормативно-правових документів. Принцип єдності медичної науки і практики реалізується у

вигляді спільної діяльності і впровадження наукових розробок в установах охорони здоров'я. До числа найважливіших теоретичних проблем охорони здоров'я відносяться: соціальна обумовленість громадського здоров'я, хвороба як біосоціальних феномен, основні категорії охорони здоров'я (громадське здоров'я, матеріально-економічна база, кадри і т. д.), форми та шляхи розвитку охорони здоров'я при різних соціально-економічних умовах і ін. На рис. 1.1. представлений теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я. Прогнозування дозволяє визначити ступінь здійсненності і досяжності розроблених стратегій, виявити узгодженість різних цілей і методів їх досягнення. Для цього ефективними є загальні методи економіко-математичного моделювання або, зокрема, методи кореляційно-регресійного аналізу.

Макроекономічне планування на галузевому рівні має як загальні, так і особливі риси, пов'язані зі специфікою галузі і впливом зовнішнього середовища. До загальних рис макроекономічного планування галузей народного господарства і соціальної сфери можна віднести наступні моменти: генерування групою висококваліфікованих менеджерів на галузевому та локальному рівнях стратегічного бачення галузевих структур, що виражається у формулюванні оптимістичного уявлення про економічний, фінансовий, інноваційний, інформаційно-управлінському, соціальному розвитку галузі в середньо- і довгостроковому періоді; визначення призначення (місії) галузі, що розкриває функціональну спрямованість її поточної діяльності і довгострокового розвитку з обґрунтованими припущеннями про можливі зміни обсягів та диверсифікації промислового виробництва; формулювання стратегічної мети довгострокового розвитку галузі, що виражає ресурсозабезпечення досягнення оптимальних економічних, соціальних, фінансових результатів, співвіднесених з витратами в умовах нестабільного зовнішнього і внутрішнього середовища;

<i>Мета</i>	формування понятійного апарату, принципів, методів, процедур поетапної адаптації складових і процесу макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки можливих змін зовнішнього середовища і прогнозів кількісних і якісних показників стану галузі охорони здоров'я і корегування галузевої стратегії розвитку
<i>Понятійний апарат</i>	<i>адаптаційне макроекономічне планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я</i> – процес досягнення цілей і завдань на макро рівні на основі гнучкої системи коригувань стратегій і прогнозів, а також методів їх розробки і реалізації з урахуванням передбачення і моделювання ситуацій в галузі охорони здоров'я на основі узгодження макроекономічного і галузевого планування, шляхів і засобів їх досягнення, розвитку інструментарію формування і коригування макроекономічної і галузевої стратегій
<i>Напрями оцінки</i>	стану економіки і суспільства в зіставленні зі світовими тенденціями, ринковою кон'юнктурою і можливими напрямками розвитку; прогнозів груп показників: показники, що відносяться до політики в галузі охорони здоров'я; соціальні та економічні показники; показники забезпеченості медико-соціальною допомогою; показники стану здоров'я населення; потенціалу галузі з метою підтримки проблемних і соціально-значущих напрямів діяльності; розвитку галузевої інфраструктури та інформаційних потоків
<i>Наукові принципи</i>	При визначенні мети: відповідності, ініціативи, чіткості, вимірності, досяжності, пріоритету, координації, узгодженості, ієрархічності, відповідності цінностям, гнучкості, тимчасової визначеності, контролю При обробці інформації: сумісності і достовірності При стратегічному плануванні і прогнозуванні: варіантності. При аналізі набору показників: багатокритеріального вибору, науковості, адаптивності, компетентності, оптимальності, мінімізації ризику, обмеженості ресурсів, професіоналізму, балансу інтересів, партнерства
<i>Методи прогнозування</i>	екстраполяція, кореляційно-регресійний аналіз, математичне моделювання, експертні методи та ін.

Етапи одного циклу стратегічного планування:

I: «прогнозування – планування» II: «альтернативне планування – прогнозування – затвердження плану (стратегії)» III: «прогнозування – альтернативне планування – прогнозування – затвердження плану (стратегії)»

наукова постановка цілей майбутнього розвитку галузі охорони здоров'я і вироблення дієвих засобів і можливостей для їх реального досягнення

Алгоритм макроекономічного планування галузі охорони здоров'я:

1. Визначається набір цілей системи. 2. Виявляються принципи визначення мети й цілі досягнення. 3. Проводиться аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища галузі охорони здоров'я. 4. Формуються показники, що характеризують стан галузі

<i>Показники</i>	<i>Макрорівень (економіка країни)</i> Валовий внутрішній продукт на людину в рік, Витрати на охорону здоров'я як% від ВВП, Національний бюджет на лікарські засоби та ін. <i>Мікрорівень (показники стану галузі)</i> Витрати охорони здоров'я на людину, Відсоток населення, що входить до медичного страхування, Наявність клінічних настанов, стандартів лікування, тощо
------------------	--

Рисунок 1.1. – Теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я (розвинуто автором з урахуванням [6, 39, 42, 70, 84, 161, 188])

проведення аналізу впливу макро- і мікросередовища на розвиток галузі промислового комплексу з встановленням ключових факторів успіху технологічного, виробничого, маркетингового, управлінського, інформаційного характеру;

формування узагальнюючої (базової) і приватних (функціональних) стратегій економічної, інноваційної, фінансової, структурно-організаційної, маркетингової діяльності з метою протидії негативним впливам зовнішніх і внутрішніх факторів;

моніторинг і контроль поетапного здійснення стратегічного плану в зв'язку зі змінами стану макро- і мікросередовища, коригування складу функціональних і загальної стратегій, включаючи заміну приватних стратегій в разі їх нездатності до нейтралізації дії негативних чинників.

Технологічні процедури стратегічного планування, загальні для галузей промисловості і народного господарства, на наш погляд, повинні знайти логіко-вербальне відображення в стратегічному плані із зазначенням кількісних і якісних сторін розвитку галузі, які формуються розділів плану, що мають ідентифікаційні назви з основними процедурно-технологічними елементами.

Основою для розробки прогнозу показників служать дві ключові характеристики будь-якої економічної системи – взаємозв'язок елементів і інерційність системи. Взаємозв'язок елементів системи характеризується кількісними і якісними факторами.

Це означає, що всі показники системи змінюються узгоджено, але для одних показників в системі можуть бути визначені жорсткі детерміновані зв'язку, а для інших стохастичні або інтервальні. Ряд показників схильний до впливу зовнішніх впливів, які є неконтрольованими і іноді непередбачуваними.

Інерційність системи передбачає сталість основних її параметрів протягом досить тривалого періоду, а, отже, і стабільність існуючих зв'язків між елементами системи. Тому можливості прогнозування визначаються в

залежності від стійкості системи або стабільності зовнішніх і внутрішніх умов. Саме від ступеня інерційності системи будуть залежати багато характеристик прогнозу, відображені в класифікації прогнозів. Більшість методів прогнозування будується на припущенні, що система стабільна і в ній не очікується різких «стрибків».

З плином часу параметри системи змінюються, що призводить і до зміни характеристик зв'язку між елементами системи. Це вже область якісних прогнозів і формування стратегій зі зміни параметрів системи. Саме тут необхідний елемент адаптації для прийняття ефективних рішень з урахуванням внутрішніх характеристик системи.

Запропонований теоретико-методичний підхід направлений на підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки до можливих змін прогнозів кількісних і якісних показників стану галузі охорони здоров'я і корегування галузевої стратегії розвитку за рахунок узгодження і конкретизації мети і завдань в процесі макроекономічного планування і державного регулювання галузевого розвитку, шляхів і засобів їх досягнення, розвитку інструментарію формування і коригування стратегій на основі гнучкого апарату ситуаційного планування і прогнозування в умовах невизначеного зовнішнього середовища і розширення інформаційно-аналітичної бази обґрунтування і прийняття стратегічних рішень на основі циклів прогнозування і моделювання зовнішніх умов, дозволяє практично поєднати застосування планування в регіонах, галузях та на підприємствах з прогнозуванням, тобто окремі методи прогнозування можуть бути використані для отримання інформації, інші для моделювання, перевірки правильності та ефективності прийнятих стратегій.

В якості однієї з найбільш цікавих завдань у розвитку теорії макроекономічного планування і прогнозування можна назвати завдання, пов'язану з урахуванням невизначеності і ризику в динамічних системах. Незважаючи на велику кількість праць, присвячених даній темі, вона

залишається актуальною, одна з причин – це складність практичного застосування і відносно низька ефективність розроблених підходів і методів. тут необхідний елемент адаптації до зміни зовнішніх характеристик системи.

1.3. Концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування

Необхідно розрізняти охорону здоров'я в широкому сенсі і охорону здоров'я як специфічну сферу діяльності з надання медичної допомоги населенню. Діяльність в сфері охорони здоров'я передбачає реалізацію заходів щодо забезпечення нормальних житлово-побутових умов, нешкідливих і безпечних умов праці, охорони навколишнього середовища, соціально-економічних умов для оздоровчих заходів, занять фізкультурою і спортом, повноцінного харчування і т.д. Ці заходи є загальнонаціональним завданням, яка вирішується в першу чергу на регіональному рівні органами законодавчої і виконавчої влади, різними громадськими структурами, підприємствами, безпосередньо самими громадянами. Таким чином, необхідно підкреслити, що державна політика в сфері охорони здоров'я повинна ґрунтуватися не тільки на поліпшення стану системи охорони здоров'я, а й на сукупності всіх заходів спрямованих на поліпшення здоров'я населення.

Особливу специфіку даної галузі додає та обставина, що сьогодні в усьому світі охорона здоров'я розглядається як одне з фундаментальних прав людини. Згідно ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права визнається право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я, для чого повинні бути зроблені конкретні заходи в рамках політики в галузі охорони здоров'я [62, с. 25].

Стан здоров'я населення є одним з основних показників якості життя, рівня соціально-економічного розвитку суспільства. Здоров'я відноситься до числа основних і незамінних соціальних цінностей. Його недолік або відсутність не можуть бути повністю компенсовані ніякими іншими цінностями або благами. Здоров'я є умовою і передумовою благополуччя і належної якості життя, а також еталоном, мірилом ступеня просування до зменшення бідності, зміцненню соціальної згуртованості та ліквідації дискримінації [69, 79, 82, 170, 172].

Гарне здоров'я населення є фундаментом сталого економічного зростання будь-якої країни. І потенціал здоров'я необхідно розглядати, перш за все, як складову частину нематеріального багатства країни і економічну категорію в сфері виробництва нематеріальних благ. Необхідно розглядати людину не просто як трудовий ресурс, але і як капітальний актив. У зв'язку з цим, існують різні види вкладів в людський капітал: поточні і капітальні витрати на охорону здоров'я, освіту, соціальне забезпечення та ін. Витрати на підтримку здоров'я людини є не стільки «ремонтними», скільки збільшують потенціал людини інвестиціями, що дозволяють повністю використовувати унікальність людини [168, с. 59].

Використання ринкових механізмів в соціальній сфері, ризикуючи створити умови недоступності якісного медичного обслуговування для значної частини населення, посилює роль держави в регулюванні ринку галузі охорони здоров'я. Державне регулювання економічних відносин охорони здоров'я може здійснюватися у формах державного підприємництва, фінансової, кредитно-фінансової, адміністративної, правової політики, програмування за допомогою певних методів макроекономічного контролю. Всі названі форми регулювання зазвичай перебувають у взаємодії, доповнюючи один одного.

Механізм державного регулювання економічних відносин охорони здоров'я повинен адаптуватися до мінливих цілей цього регулювання. Деякий час назад спостерігалось ослаблення державного втручання в

діяльність закладів охорони здоров'я як господарюючих суб'єктів. На сучасному етапі виникла необхідність зміцнення вертикалі влади в охороні здоров'я, так як вплив ринкових механізмів на темпи і напрямки реформування економічних відносин охорони здоров'я не призвело до поліпшення здоров'я населення. На жаль, захворюваність населення за основними класами хвороби (за показником зареєстрованих хворих з діагнозом, встановленим вперше в житті) в 1990-2013 рр. зросла з 310 до 440 на 1000 населення, у 2014 р та 2015 р. – 363 та 366 відповідно (навіть без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення АТО) [139].

Тому використання ринкових механізмів аж ніяк не повинно означати усунення держави від активної участі в здійсненні регулювання охорони здоров'я, а привести тільки до зміни методів цього регулювання.

Зупинимось детальніше на деяких з названих форм державного регулювання економічних відносин охорони здоров'я. У державному секторі охорони здоров'я можуть використовуватися методи прямого державного контролю, такі, як державні замовлення, аванси, інвестиції в основний капітал організацій охорони здоров'я, субсидії у формі дотацій, звільнення від податків (що підвищує конкурентоспроможність, збільшує доходи), прийняття програм розвитку в галузі охорони здоров'я.

Також держава бере безпосередню участь в організації процесу виробництва медичних послуг і товарів медичного призначення. Ця діяльність заснована на державній власності і власності на частину національного доходу, акумулюється в державному бюджеті. Державний сектор у вітчизняній галузі охорони здоров'я є основним, і в нього входять близько 78% лікувальних установ різного профілю і рівня підпорядкування [138, с. 175].

До фінансових методів державного регулювання належать: гарантії у разі інвестування коштів в основний капітал, податкові привілеї, фінансування державою наукових досліджень, а також використання коштів

державного бюджету, державних фондів, державні капіталовкладення, прямі і непрямі державні субсидії. Названі методи фінансового регулювання можуть набувати прямі і непрямі форми. До прямої фінансової допомоги відносяться державні капіталовкладення, прямі субсидії у формі дотацій, премій, надання гарантій, різного роду поручительства (які можуть мати форму кредитів). До непрямой фінансової допомоги належать закупівлі товарів і послуг приватного сектора охорони здоров'я за завищеними цінами, пільги в області амортизаційної політики, оподаткування й інші. Треба відзначити, що там, де є ризик первинних втрат, велике значення мають державні капіталовкладення, як пряме фінансове заохочення. Прямі державні субсидії теж виділяються безпосередньо з бюджету і виступають в формах дотацій (для покриття збитків, підтримки цін); премій для стимулювання капіталовкладень в інноваційні продукти; стимулювання експорту як гарантій з експорту медичного обладнання, лікарських засобів; поручительств (у формі державного покриття збитків кредитору). В якості непрямих державних субсидій можуть виступати пільги по оподаткуванню, звільнення від сплати відсотків за кредит, політика прискореної амортизації для малих форм підприємництва в охороні здоров'я, державні закупівлі у вітчизняного виробника товарів медичного призначення. Державні закупівлі можуть здійснюватися через контрактну систему. Держава також може надавати податкові знижки на капіталовкладення в обладнання виробничого призначення галузях, що входять в макроекономічний кластер охорони здоров'я. Це збільшує темпи накопичення капіталу. Прихованою формою субсидування може бути політика прискореної амортизації, оскільки амортизаційні витрати не підлягають оподаткуванню, що збільшує можливості накопичення капіталу з метою розвитку галузей-постачальників ресурсів для охорони здоров'я.

Кредитно-грошовими методами впливу на розвиток економічних відносин охорони здоров'я можуть виступати використання можливостей державного кредиту; поручительства і гарантії держави; маневрування

обліковою ставкою банківського відсотка, нормою обов'язкових банківських резервів; надання довгострокових облігаційних позик. Держава може гарантувати кредити банків, призначених для охорони здоров'я і для галузей-постачальників ресурсів медичного призначення, орієнтованих на поліпшення здоров'я населення. Крім того, поручительства і гарантії для приватних кредиторів можуть надаватися з метою раціоналізації галузевої структури охорони здоров'я, наприклад, для створення служби лікарів загальної практики і служби сімейних лікарів. Можливі поручительства держави, що звільняють приватно практикуючих лікарів, як індивідуальних підприємців, від ризику при веденні лікувально-господарської діяльності. Підтримка низького відсотка по довгострокових позиках може мати на меті стимулювання припливу капіталу в галузі, прямо або побічно обслуговують охорону здоров'я, і сприяти зростанню виробництва. Зниження норми обов'язкових банківських резервів також відкриває шлях до розширення кредитних можливостей банків надавати позики промисловим підприємствам-постачальникам матеріальних ресурсів охорони здоров'я. Це розширює можливості акціонерних товариств, що вступають в корпоративні відносини, використовувати зовнішні позикові джерела.

Однак, кредитно-грошова політика держави таїть в собі і ряд протиріч, наприклад, інтереси підтримки економіки, з одного боку, і купівельної сили грошей, з іншого, можуть перейти в гостру суперечність один з одним, і тоді заходи кредитно-грошової політики набувають непослідовний характер. Тому вибіркове застосування кредитних методів може підтримати деякі сектори економіки, зате натомість така політика ризикує викликати важкі інфляційні наслідки. Головне завдання в аспекті даного питання полягає в доданні гнучкості кредитної політики в процесі стимулювання галузей-постачальників ресурсів для охорони здоров'я.

Що стосується правових та адміністративних методів державного регулювання корпоративних відносин охорони здоров'я, відзначимо: юридичні закони грають самостійну роль і як би висловлюють постійне

розширення функцій держави. Йдеться про закони, що спрямовані на організацію економічного життя, на регулювання окремих галузей економіки, що входять в макроекономічний кластер охорони здоров'я. Необхідно використовувати важелі законодавчої влади і адміністративного контролю.

Адміністративно-правова функція держави як інструмент економічного регулювання реалізується шляхом прямого обмеження або заохочення кластерної ініціативи в законодавчому порядку. Методи такого регулювання включають в себе використання юридичних законів, антимонопольного законодавства, законодавства про банкрутство, права «вето» й ін. Крім того, для проведення тієї чи іншої економічної політики держава може створювати спеціальні адміністративні органи і відомства. Одним з найважливіших завдань держави повинно стати вдосконалення господарських правових норм, які полегшили б створення кластерних відносин охорони здоров'я. Так, законодавство, спрямоване проти іноземного капіталу або обмежує її діяльність у фармацевтичній промисловості, стало б мірою державної підтримки вітчизняного виробництва лікарських засобів.

Посилення економічної ролі держави в охороні здоров'я проявляє себе в такому явищі, як програмування. Від інших форм державного регулювання програмування відрізняється постановкою глобальних макроекономічних завдань і прагненням до збалансованості довготривалого економічного розвитку [1, с. 105]. Програмування включає в себе аналіз поточного стану охорони здоров'я та суміжних з ним галузей і секторів, складання узагальнюючого прогнозу на майбутнє, формулювання найбільш загальних цілей економічної політики в сфері корпоративних відносин охорони здоров'я, розробку заходів, спрямованих на досягнення намічених цілей, координування дій усіх суб'єктів макроекономічного кластеру охорони здоров'я [7, с. 219]. Програмування зводить воєдино різні традиційні важелі впливу на економічні структури і доповнює їх новими елементами.

Безпосередньо в охороні здоров'я об'єктом державного регулювання можуть бути: структура лікувальної мережі, медикаментозне забезпечення закладів охорони здоров'я та пільгових категорій громадян, обсяги медичної допомоги, соціальні платежі населення, рух трудових, матеріальних і фінансових ресурсів, процес формування ринкового середовища, форми конкурентної боротьби і т.п. Наприклад, держава може затвердити принципи конкурентного розміщення замовлення на надання медичної допомоги, визначити правила проведення конкурсу на укладення договорів з лікувальними закладами. У цих договорах може бути відображено: вимога до застосування стандарту медичної допомоги, на основі якого перевіряється її якість; форми звітності, що роблять витрати лікувального закладу прозорими; обов'язкове регулювання процесу ціноутворення; порядок моніторингу ступеня виконання договірних зобов'язань; вимога до обмеження монополії медичних організацій; забезпечення прав застрахованих у системі медичного страхування на отримання лікарських засобів і виробів медичного призначення, що гарантує якісну лікувальну допомогу [51, с. 45].

Підтримка конкуренції між виробниками медичних послуг може бути виражена в наданні права окремим особам або групам населення вибирати лікаря, медичну організацію, страхову компанію. У діяльності держави важлива роль стратегічного і поточного планування. Планування є механізмом створення єдиної системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління. Це не скасовує ринок, а створює умови для його більш раціонального функціонування [62, с. 17].

Стратегічне планування визначає конкретні цілі розвитку охорони здоров'я і способи їх досягнення, обсяги ресурсів: трудових, матеріальних, фінансових. Макроекономічне планування не характеризується тимчасовими інтервалами, а характеризується набором стратегій, кожна з яких визначається сукупністю способів досягнення основних цілей. Однак, використання механізму адаптаційного макроекономічного планування і

прогнозування дозволяє говорити про гнучкі зміни і коректування в процесі прийняття рішень на довгострокову перспективу [36, с. 102].

Стратегії виробляються і застосовуються на різних рівнях управління системою. При аналізі соціально-економічних процесів, економічних систем, об'єктів на різних рівнях (національному, регіональному, підприємства), виникає задача прогнозування їх розвитку в майбутньому, оцінки ефективності прийнятих стратегій. Перше, з чим стикається аналітик, – це відбір найбільш істотних, значущих чинників, які здійснюють прямий або опосередкований вплив на стан економічної системи.

На рис. 1.2 представлена загальна характеристика системи державного регулювання галузі охорони здоров'я. В цілому використання ринкових механізмів в охороні здоров'я вимагає від державних органів не меншої, а більшої компетентності.

Це не відхід держави, як регулюючого органу, з ринку медичних послуг, а зміна функцій держави, перерозподіл обов'язків в рамках існуючої структури, децентралізація влади. В цілому регулювання ринку послуг охорони здоров'я з боку держави неминуче і обов'язкове, хоча методи цього регулювання залежать від економічної кон'юнктури [1, с. 153].

Також держава повинна здійснювати контроль над якістю медичних послуг, фінансування соціально-значущої медичної допомоги (лікування туберкульозу, інфекційних захворювань), згладжування негативних ринкових наслідків в недержавному секторі охорони здоров'я, створювати умови для розробки механізму лікарського страхування.

Причиною державного втручання в діяльність галузі охорони здоров'я є і існування так званих «зовнішніх ефектів». Наприклад, «зовнішній ефект» від якісної медичної допомоги проявляється в скороченні рівня захворюваності, збільшенні тривалості життя. Цей ефект проявляється у всіх галузях матеріального виробництва; при цьому запобігається економічний збиток, який може виникнути внаслідок невиходу на роботу через хворобу, знижуються витрати на медичне обслуговування населення тощо.



Рисунок 1.2. – Загальна характеристика системи державного регулювання галузі охорони здоров'я (удосконалено автором з урахуванням [33, 34, 66, 89, 126, 157, 166, 169])

Все перераховане – позитивний «зовнішній ефект». Однак, він може бути і «негативним», пов'язаним, наприклад, із забрудненням навколишнього середовища, що потребують додаткових санітарно-гігієнічних заходів. Використання ринкових механізмів не вирішить цих проблем, знадобиться втручання держави, в т.ч. і адміністративне.

Інакше кажучи, необхідний контроль держави над епідеміологічною обстановкою, чистотою довкілля, потрібна санітарно-просвітницька робота, пропаганда здорового способу життя. Цим займається під прямим державним контролем сектор «громадської охорони здоров'я», до складу якого як державні (Міністерство охорони здоров'я України, Департамент охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Держлікслужба України, Держсанепідслужба України), так і інші некомерційні та громадські організації (наприклад, асоціації лікарів різних спеціальностей і т.п.).

У функції держави також входить: постійний контроль над якістю медичних послуг; формування культури медичного обслуговування; використання державної власності для здійснення гарантій безкоштовної медичної допомоги населенню; забезпечення прав як пацієнта, так і лікаря; визначення обсягів фінансування, які б відповідали потребам, обсягом і структурою медичної допомоги; укладення договорів на виконання державного замовлення і програм медичної допомоги населенню; здійснення моніторингу ефективності державних програм охорони здоров'я.

Планування в галузі охорони здоров'я – це обґрунтування і розробка певного співвідношення потреб населення у медичній допомозі, лікарському забезпеченні і санітарно-протиепідемічного обслуговування з можливостями їх задоволення.

Основні принципи планування в галузі охорони здоров'я:

науково-технічна обґрунтованість планів;

виділення пріоритетних проблем;

поєднання поточного і перспективного планування;

поєднання галузевого і територіального планування;

економічна ефективність планів.

Основними завданнями планування в галузі охорони здоров'я є:

забезпечення населення гарантованими видами і обсягами медичної допомоги;

оптимізація бюджетних витрат;

ефективне використання ресурсів.

Загальна схема планування в галузі охорони здоров'я має наступний вигляд:

1. Визначення основних цілей і функцій медичного закладу (стаціонарна або амбулаторна допомога; консультативна або лікувальна; спеціалізація і т.д.).

2. Визначення видів і обсягів медичної допомоги, надання яких веде до досягнення поставлених цілей (методи лікування, види діагностики і т.д.).

3. Формування структури лікувально-профілактичних установ (склад підрозділів, система управління і т.д.).

4. Визначення потреби в фінансових, матеріальних і трудових ресурсах, необхідних для виконання обсягів лікування.

5. Розрахунок передбачуваних надходжень коштів.

6. Коригування планових показників.

7. Визначення показників, найбільш точно характеризують ступінь досягнення цілей і які необхідно стимулювати.

В умовах розмежування повноважень між органами влади необхідно забезпечити безперервність і спадкоємність владних повноважень з найбільшою ефективністю функціонування галузі на принципах програмно-цільового планування і фінансування охорони здоров'я, а саме:

забезпечення населення гарантованими видами і обсягами медичної допомоги;

оптимізація бюджетних витрат;

перехід до фінансування, орієнтованого на кінцеві результати;

ефективне використання ресурсів;

перехід на систему планів-завдань і договорів з медичними установами для забезпечення прозорості фінансових витрат і дотримання гарантій;
зміна статусу медичних установ.

Планування охорони здоров'я на сучасному етапі слід розглядати як спеціально створену багатофакторну підсистему управління охороною здоров'я населення, що має динамічні мети, багатогалузевий характер і функціональні зв'язки між елементами як всередині самої системи охорони здоров'я, так і з іншими галузями народного господарства.

Планування охорони здоров'я має сприяти приведенню темпів і рівнів розвитку охорони здоров'я у відповідність з цілями зміцнення здоров'я населення.

При плануванні галузі охорони здоров'я як галузі соціальної сфери необхідно враховувати наступні дані [3, с. 135; 126, с. 24]:

1. Статевовікова структура населення, що є одним з основних чинників, що визначають рівень захворюваності населення.
2. Клімато-географічні особливості території і рівень доступності медичної допомоги.
3. Рівень захворюваності, який визначається, крім половікового складу, екологічними, соціально-економічними та іншими умовами.
4. Рівень і структуру звернень населення за медичною допомогою в усі типи установ незалежно від форм власності та організаційно-правові структури, в тому числі госпіталізації в стаціонари.
5. Структуру і потужність амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних установ, їх розвиток.
6. В Україні такі заходи вдосконалення організації медичної допомоги (реорганізація первинної медико-соціальної допомоги на принципах лікаря загальної практики, розвиток альтернативних форм стаціонарного медичного обслуговування, реорганізація швидкої і невідкладної медичної допомоги).
7. Організаційну структуру і вдосконалення управління екстреною медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях.

8. Диференціацію ліжкового фонду за ступенем інтенсивності лікування та медичного догляду.

9. Впровадження сучасних технологій профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної роботи.

10. Фінансові витрати на лікування хворих в інших лікувально-профілактичних установах в порівнянні з витратами на лікування в даному лікувально-профілактичному закладі.

З точки зору поліпшення здоров'я населення, ефективною можна буде вважати лише ту економіку, яка дозволяє отримати ресурси для відновлення і охорони природного середовища, задовольняти широке коло потреб населення, виконувати зобов'язання держави щодо забезпечення громадян безкоштовною медичною допомогою.

Для цього необхідний розвиток кластерних відносин в охороні здоров'я. Макроекономічний кластер, в даному контексті, є союз охорони здоров'я з різнопрофільними виробництвами галузей і секторів економіки, прямо або побічно обслуговуючими охорону здоров'я та регульованими державою. Кластер вирішує проблему поліпшення здоров'я населення на міжгалузевому рівні, а саме, забезпечення переходу значної кількості галузей національної економіки на екологічно чисті виробництва; створення медичної техніки, яка поліпшує якість діагностики хвороб і дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі; розвитку телемедицини, яка призводить до економії ресурсів, без шкоди якості медичної допомоги; розробки сучасних технологій виробництва лікарських засобів, а також реактивів і хімікатів, призначених для лабораторних досліджень; виробництва екологічно чистих продуктів харчування.

У розвитку кластерних відносин важливу роль відіграє удосконалення інститутів права, що забезпечують соціальну відповідальність громадян, підприємств, підприємців і держави за збереження і поліпшення здоров'я, зміцнення законодавчих основ охорони здоров'я. Важливим є і законодавче

регулювання цін на життєво необхідні і найважливіші лікарські засоби, боротьба з фальсифікацією лікарських засобів.

Проблема охорони здоров'я населення відноситься до числа найважливіших глобальних проблем. Вона знаходиться в полі зору як природних, так і суспільних наук, в тому числі економічної. Поліпшення стану здоров'я населення – це показник розвитку суспільства. Хоча в медичних закладах та мають велике значення, вони, однак, не є єдиним сектором, який впливає на добробут людей, інші сектори також мають великий вплив на здоров'я населення і повинні нести за нього відповідну відповідальність. Саме тому міжгалузевий підхід повинен бути однією з найважливіших характеристик реформи охорони здоров'я.

Міжгалузеві інвестиції, комплексне участь різних партнерів в інтересах здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях, кошти з різних джерел направляються на цілі охорони здоров'я, не тільки вивільняють нові ресурси для здоров'я, але і примножують вигоди і переваги, сприяючи, в довгостроковій перспективі, загальному економічному і соціальному розвитку. Інвестування в охорону здоров'я дозволяє поліпшити здоров'я і виявити ресурси, які можуть бути вивільнені для задоволення зростаючих потреб, пропонованих сектору охорони здоров'я [127, с. 52].

Якщо керуватися підходом, запропонованим Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в Доповіді про стан охорони здоров'я в світі ще в 2000 р, то система охорони здоров'я визначається як сукупність будь-яких організацій, інститутів і ресурсів, призначених для дій в інтересах здоров'я (коли дії в інтересах здоров'я – це будь-який вид допомоги, будь то індивідуальна допомога або послуги у сфері охорони громадського здоров'я, або послуги, що надаються на основі міжгалузевих ініціатив, головне завдання яких полягає в поліпшенні здоров'я) [66, 68, 91]. Даний підхід, на думку автора, найбільш повно визначає поняття установ охорони діяльності.

Істотний, хоча і непрямий, вплив на поліпшення здоров'я населення і розвиток кластерних відносин в охороні здоров'я мають такі фактори, як

зростання освіченості і культури в суспільстві, пропаганда в засобах масової інформації здорового способу життя людей, раціонального, збалансованого харчування, а також виховання громадян у дусі соціальної відповідальності за особисте здоров'я.

Джерелами розвитку економічних відносин охорони здоров'я є позитивні зміни, що зумовлюють поліпшення здоров'я населення і реалізуються через адекватні нормативно - правові, організаційні, фінансово-економічні, технологічні, управлінські механізми взаємодії суб'єктів відносин, включаючи координуючі та регулюючі функції держави.

Державне регулювання покликане згладити «вади» ринку, протиріччя економічних відносин в охороні здоров'я, а саме, протиріччя між обсягами і структурою попиту на медичні послуги належної якості та обсягами і структурою їх пропозиції; рівнем державних гарантій безкоштовної медичної допомоги населенню та рівнем її фінансування.

Щоб реалізувати свої функції в охороні здоров'я, держава має забезпечити комплексність розвитку регіонів, створити «безвідходний» відтворювальний процес. Для утворення соціально-економічного комплексу, орієнтованого на поліпшення здоров'я населення, держава повинна стимулювати зменшення техногенних навантажень, формування інфраструктури, зниження загального рівня витрат, підтримання самовідтворюючих властивостей економіки території, інвестування природоохоронних і середозахистних заходів, забезпечення інтенсивного шляху розвитку виробництва.

На рис. 1.3 представлені концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування. Запропоновані концептуальні положення базуються на існуючому понятійному апараті та науковому підході до макроекономічного планування галузі охорони здоров'я.

Стратегічна мета макроекономічного планування	забезпечення економічного зростання, макроекономічної рівноваги та збалансованості в галузі охорони здоров'я, підвищення ефективності і результативності формування і реалізації стратегії галузевого розвитку			
Науковий підхід до формування	<i>теоретичні засади</i> (теорія стратегічного планування, концепція макроекономічного планування, теорія соціально-економічного планування, теорії народонаселення та охорони здоров'я, теорії медицини); <i>моделі</i> (модель галузі І. Ансоффа, аналіз і синтез, структурно-функціональний метод побудови управлінських систем, ситуативний підхід в управлінні); <i>методи</i> (порівняльний галузевий аналіз, конкурентний аналіз, SWOT-аналіз для галузі, мережеве планування, PIMS-аналіз, стратегічний аудит, системний аналіз)			
Системні характеристики галузі охорони здоров'я	<i>фінансування</i> : солідарні підходи – лібертарні підходи; <i>керованість</i> : регульована державою система охорони здоров'я – система охорони здоров'я з високим рівнем саморегулювання; <i>спрямованість</i> : система, спрямована на попередження захворюваності і популяризації здорового способу життя (превентивна) – система, спрямована переважно на розвиток технологій і методів діагностики і лікування (реактивна)			
<table><tr><td>НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ: запровадження методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі; поєднання методичних і організаційних засобів розвитку макроекономічних кластерних відносин; врахування циклічності макроекономічного і галузевого прогнозування; підвищення економічної складової галузевого розвитку; реформування регіональної політики в галузі охорони здоров'я, основаної на міжгалузевому підході та системно-мережевому принципі</td><td></td><td>РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ – ПЕРЕТВОРЕННЯ ЗА ТРЬОМА ОСНОВНИМИ НАПРЯМКАМИ: 1) проведення структурних перетворень в галузі з оптимізацією мережі закладів охорони здоров'я виходячи з потреб населення у медичній допомозі різних рівнів та інтенсивності; 2) зміна фінансово-економічних відносин в напрямку підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я і мотивування до інтенсивної та якісної роботи; 3) створення гарантій забезпечення якості медичного обслуговування</td></tr></table>		НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ: запровадження методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі; поєднання методичних і організаційних засобів розвитку макроекономічних кластерних відносин; врахування циклічності макроекономічного і галузевого прогнозування; підвищення економічної складової галузевого розвитку; реформування регіональної політики в галузі охорони здоров'я, основаної на міжгалузевому підході та системно-мережевому принципі		РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ – ПЕРЕТВОРЕННЯ ЗА ТРЬОМА ОСНОВНИМИ НАПРЯМКАМИ: 1) проведення структурних перетворень в галузі з оптимізацією мережі закладів охорони здоров'я виходячи з потреб населення у медичній допомозі різних рівнів та інтенсивності; 2) зміна фінансово-економічних відносин в напрямку підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я і мотивування до інтенсивної та якісної роботи; 3) створення гарантій забезпечення якості медичного обслуговування
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ: запровадження методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі; поєднання методичних і організаційних засобів розвитку макроекономічних кластерних відносин; врахування циклічності макроекономічного і галузевого прогнозування; підвищення економічної складової галузевого розвитку; реформування регіональної політики в галузі охорони здоров'я, основаної на міжгалузевому підході та системно-мережевому принципі		РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ – ПЕРЕТВОРЕННЯ ЗА ТРЬОМА ОСНОВНИМИ НАПРЯМКАМИ: 1) проведення структурних перетворень в галузі з оптимізацією мережі закладів охорони здоров'я виходячи з потреб населення у медичній допомозі різних рівнів та інтенсивності; 2) зміна фінансово-економічних відносин в напрямку підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я і мотивування до інтенсивної та якісної роботи; 3) створення гарантій забезпечення якості медичного обслуговування		
Результат: утворення соціально-економічного комплексу, орієнтованого на поступальне поліпшення здоров'я населення; формування системи, яка забезпечить рівний і справедливий доступ усіх громадян до медичних послуг належної якості				

Рисунок 1.3. – Концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування (удосконалено автором з врахуванням [2, 9, 10, 33, 51, 91, 157, 170])

Концептуальні положення передбачають системне поєднання методичних і організаційних засобів розвитку макроекономічних кластерних відносин; спільного використання планування і прогнозування, де прогнозування використовується як інформаційна база для прийняття ефективних регуляторних рішень; планування діяльності організацій галузі охорони здоров'я на основі сучасних методів економічного аналізу в процесі реформування галузі відповідно до напрямів, визначених МОЗ України.

Удосконалені концептуальні положення одночасно спрямовані на підвищення адаптаційних властивостей стратегічного галузевого планування – забезпечення здатності до трансформації структури, кількісних і якісних параметрів і напрямів розвитку галузі охорони здоров'я під впливом макроекономічного планування як методу державного регулювання економіки і умов середовища, з одного боку, і безперервність процесу адаптації – з іншого.

У сучасній вітчизняній економічній літературі [68, 82, 91, 101, 141] поняття охорону здоров'я трактується як галузь, діяльність якої спрямована на обґрунтування, координацію і здійснення в межах своєї відповідальності і компетенції заходів з охорони здоров'я, включаючи заходи з розвитку організацій, безпосередньо зайнятих забезпеченням населення діагностичної, лікувальної, профілактичної та реабілітаційної допомогою.

Охорона здоров'я виконує кілька важливих функцій, до яких відноситься соціальна функція по збереженню і поліпшенню фізичного і психічного здоров'я населення, виступаючи однією з головних складових соціальної сфери.

Загальноекономічна функція охорони здоров'я проявляється в тому, що виробники медичних послуг і товарів медичного призначення беруть участь в суспільному розподілі праці. Ресурсна функція спрямована на ефективне використання як відтворюваних, так і обмежених ресурсів. Охорона здоров'я виконує також інноваційну (зумовлену потребою в безперервному техніко-технологічному розвитку організацій системи охорони здоров'я) та

організаторську функцію (яка полягає в прийнятті самостійних рішень про організацію установ охорони діяльності) [176, с. 105].

Сучасні теорії охорони здоров'я умовно можуть бути розподілені групи: 1) Теорії народонаселення та охорони здоров'я (переважно соціологічні, натуралістичні): мальтузіанство, неомальтузіанство, теорія «оптимуму населення»; соціалдарвінізм, органічна теорія Г. Спенсера, соціальна екологія; теорія «хвороб цивілізації» і соціальної дезадаптації; теорія конвергенції в охороні здоров'я; теорія факторів; теорія «порочного кола», злиднів і хвороб; патерналістська і антипатерналістська теорії організації охорони здоров'я [21, с. 12]. Ця група включає теорії народонаселення і охорони здоров'я, які пов'язані з такими поняттями як сутність демографічних явищ, особливо відтворення населення, політика охорони здоров'я, розвиток суспільної охорони здоров'я. 2) Теорії медицини (теорії про сутність патологічних процесів, медико-біологічних і соціально-психологічних станів): теорії патології (медико-біологічні, психологізаторські), теорія «стресу» і загального адаптаційного синдрому Г. Сельє; фрейдізм, неофрейдізм; неогіппократізм; біотіпология [178, с. 78].

В роботі удосконалено шляхи вирішення сучасних галузевих проблем. Запропоновано використання обґрунтованого раніше підходу до адаптації макроекономічного планування при впровадженні реформи МОЗ України в життя. Крім адаптивних елементів, в концепції пропонується розвинути в галузі корпоративні відносини та прогресивні методи економічного аналізу.

На сьогоднішній день в Україні Міністерством охорони здоров'я запущений і активно проводиться реформування галузі. Провідним вектором перетворень є забезпечення доступності та якості необхідної населенню медичної допомоги. Головна мета реформи в системі охорони здоров'я – формування такої системи, яка забезпечить поступальний поліпшення здоров'я, рівний і справедливий доступ усіх громадян до медичних послуг належної якості.

При цьому якісне медичне обслуговування розглядається як обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпекою задовольняти медичні потреби тих груп населення, які найбільше потребують допомоги, лікування і профілактика здійснюються без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

Таким чином, декларуються збереження солідарної системи охорони здоров'я в Україні, що визначає варіанти її фінансування і рівень доступу громадян до медичних послуг.

Досягнення поставленої мети реформування передбачає перетворення за трьома основними напрямками:

1) проведення структурних перетворень в галузі з оптимізацією мережі закладів охорони здоров'я виходячи з потреб населення у медичній допомозі різних рівнів та інтенсивності;

2) зміна фінансово-економічних відносин в напрямку підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я і мотивування до інтенсивної та якісної роботи;

3) створення гарантій забезпечення якості медичного обслуговування.

Одним з основних завдань цієї реформи є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань.

Мета реформування – створити таку систему, у якій кожен керівник центрального та місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм. Розбудова такої системи громадського здоров'я в Україні є однією з вимог Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [80, 89, 135].

Нова система громадського здоров'я будується за принципами децентралізації та субсидіарності. Координатором та технічним лідером програм та проектів у цій сфері має стати Центр громадського здоров'я

Міністерства охорони здоров'я. Центр матиме доступ до медичної статистичної інформації, здійснюватиме обробку баз даних, готуватиме науково обґрунтовані рішення та аналітику у сфері громадського здоров'я. Також, він керуватиме обласними установами у сфері громадського здоров'я.

Реалізацію політики у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні здійснюватимуть органи місцевого самоврядування. Вони будуть відповідальні за санітарне та епідеміологічне благополуччя населення, імплементацію Національної стратегії громадського здоров'я на місцевому рівні, а також за інформування населення.

Реформування покликане втілити в життя концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні. Вона закладає засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини.

З ухваленням документу буде запроваджено процес стратегічного планування розвитку системи із залученням зацікавлених сторін, планування заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях. Концепція спрямована на практичну реалізацію завдань збереження здоров'я та повноцінного життя людей, відображених у засадах європейської політики «Здоров'я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» та в Угоді про асоціацію між Україною та ЄС [51, 119, 170]. Створення гарантій і забезпечення якості медичного обслуговування передбачає комплекс заходів щодо об'єктивізації позавідомчого контролю (ліцензування, акредитації, атестації), застосування державних соціальних стандартів і нормативів як механізму регулювання державних гарантій щодо надання медичної допомоги, підвищення прозорості діяльності та детінізації галузі, використання галузевих стандартів (клінічних протоколів, медичних стандартів, лікарських формулярів), які забезпечують застосування сучасних ефективних медичних технологій і захищають пацієнта від непрофесійних і, певною мірою корупційних, дій

(невиправданого призначення високовартісних і надлишкових лікарських препаратів, медичних технологій).

Основний (головною) метою охорони здоров'я будь-якої країни або регіону є підтримка і зміцнення здоров'я жителів, збільшення тривалості життя, скорочення захворюваності і т.д. У державному секторі охорони здоров'я ця мета виражається в забезпеченні населення громадськими загальнодоступними послугами охорони здоров'я, а в недержавному секторі – в забезпеченні індивідуальних (особистих) потреб жителів, а також у зниженні навантаження на державний сектор. Застосування особливого механізму господарювання в охороні здоров'я диктується необхідністю поєднання економічної ефективності і соціальної справедливості. Соціальна справедливість забезпечується функціонуванням системи громадської охорони здоров'я, заснованої на принципі безкоштовного надання населенню медичної допомоги, і на принципі соціальної солідарності, що передбачає, що здорові платять за хворих, молоді – за старих, високозабезпечені верстви населення – за малозабезпечених, використовуючи інструменти державного страхування.

Таким чином, сучасна система економічних відносин в галузі охорони здоров'я поки не дозволяє повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян. Однак підтримка здоров'я населення не пов'язана тільки з галуззю охорони здоров'я. Воно залежить від загального економічного зростання, від вироблення і реалізації дієвої громадської політики зміцнення здоров'я, від створення сприятливого навколишнього середовища, від роботи багатьох галузей і сфер, які обслуговують охорону здоров'я або побічно впливають на зміну здоров'я населення, включаючи поведінкові і навіть біологічні чинники. Контроль над цими факторами і управлінський вплив на них з метою досягнення очікуваних результатів, вимагає об'єднання або координації зусиль не тільки різних установ, неурядових, приватних організацій, а й використання регулюючих функцій органів влади.

Найважливіше значення при цьому має мати посилення регулюючих функцій держави – гаранта виконання Конституції країни. Сучасна концепція охорони здоров'я повинна включати міжгалузеву сукупність заходів економічного, політичного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідеміологічного характеру, а також активну регуляторну роль держави.

Висновок до розділу 1.

1. Проведений теоретичний аналіз дав змогу систематизувати та розвинути класифікації видів планування, що базуються на принципах системності, раціональної побудови та розподілені в конкретні групи за критеріями – за характеристикою зовнішнього середовища; за характеристикою об'єкта планування; за характеристикою показників і специфіки планування. У роботі проведено порівняльний аналіз процесів планування та прогнозування, зроблено висновок про необхідність їх спільного використання, при цьому прогнозування використовується як інформаційна база для прийняття регуляторних рішень. Надана характеристика інструментарію макроекономічного планування із акцентом на тих моделях та методах, що є адекватними для галузі охорони здоров'я, та в подальшому включені в концептуальні положення щодо удосконалення макроекономічного планування економічного розвитку галузі.

2. Необхідність наукового обґрунтування цілей майбутнього розвитку галузі охорони здоров'я і вироблення дієвого інструментарію для їх реального досягнення поставила задачу в розвитку теоретико-методичного підходу до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки до можливих змін прогнозів кількісних і якісних показників стану галузі охорони здоров'я і корегування

галузевої стратегії розвитку за рахунок узгодження і конкретизації мети і завдань в процесі макроекономічного планування і державного регулювання галузевого розвитку, шляхів і засобів їх досягнення, розвитку інструментарію формування і коригування стратегій на основі гнучкого апарату ситуаційного планування і прогнозування в умовах невизначеного зовнішнього середовища і розширення інформаційно-аналітичної бази обґрунтування і прийняття стратегічних рішень на основі циклів прогнозування і моделювання зовнішніх умов. Розроблений підхід дозволяє вирішувати такі задачі: систематизувати мету і завдання при державному економічному регулюванні, виявити способи їх досягнення, поліпшити інструментарій розробки стратегій і прогнозів з урахуванням елементів адаптації та коригування, забезпечити гнучкий апарат ситуаційного планування і прогнозування в умовах невизначеного зовнішнього середовища, забезпечити необхідну інформаційно-аналітичну базу для формування і прийняття стратегій на основі попереднього прогнозування і моделювання зовнішніх умов.

3. На основі запропонованого адаптаційного теоретико-методичного підходу до макроекономічного планування і з урахуванням виявлених в роботі особливостей галузі охорони здоров'я як об'єкту планування удосконалено концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі (рис. 2), які передбачають системне поєднання методичних і організаційних засобів розвитку макроекономічних кластерних відносин; спільного використання планування і прогнозування, де прогнозування використовується як інформаційна база для прийняття ефективних регуляторних рішень; планування діяльності організацій галузі охорони здоров'я на основі сучасних методів економічного аналізу в процесі реформування галузі відповідно до напрямів, визначених МОЗ України. Удосконалені концептуальні положення одночасно спрямовані на підвищення адаптаційних властивостей стратегічного галузевого планування – забезпечення здатності до трансформації структури, кількісних і якісних

параметрів і напрямів розвитку галузі охорони здоров'я під впливом макроекономічного планування як методу державного регулювання економіки і умов середовища, з одного боку, і безперервність процесу адаптації – з іншого.

Основні результати досліджень, викладені в даному розділі, опубліковані в [15, 102, 104, 105, 108].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВА МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ

2.1. Зарубіжний та вітчизняний досвід макроекономічного планування економіки галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я є сферою діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, збереження і підвищення його рівня здоров'я.

Існує безліч класифікацій систем охорони здоров'я. Зазвичай класифікуючи їх, європейські експерти обмежуються основними трьома моделями: Бісмарка (німецька), Семашко (радянська) і Бевереджа (англійська). Три вищезгадані системи будувалися на основі солідарної ідеології (від французького: єдність), суть якої полягає в тому, що внесок громадянина в суспільний добробут не повинен визначати його доступ до медичного обслуговування, а так само, до решти послуг і продуктів, що вважається соціально важливими. Слід при цьому зазначити, що принцип «внесок в суспільний добробут – доступ до медичного обслуговування» в ліберальної капіталістичної економіки замінюється принципом «доступ до розподілу матеріальних благ – доступ до послуг охорони здоров'я заданої якості», що вносить значиму корекцію в сутність даного принципу.

Крім того, відомі також системи охорони здоров'я, які не є солідарними. Їх називають приватними, або лібертарними. Основний принцип лібертарної ідеології: якщо вклад громадянина, тобто його працю, визначає доступ на ринок більшості продуктів, то і доступ до системи охорони здоров'я (а так само освіти і т.д.) повинен визначатися тими ж факторами. Дохід людини, за допомогою багатьох факторів визначає

здоров'я людини в більшій мірі, ніж доступ до системи охорони здоров'я. Проте, ніде крім соціалістичних країн, не робилася спроба зрівняти доходи громадян і створити єдиний соціо-економічний клас. Прихильники лібертарної ідеології вважають, що немає сенсу створювати рівність і в доступі до медичних послуг, так як це знизить мотивацію громадян до успіху. Оцінюючи ефективність лібертарної ідеології, слід зазначити, що саме вона призводить до того, що США за показниками здоров'я знаходиться далеко позаду європейських країн, хоча дохід на душу населення – найважливіший фактор, що визначає здоров'я, у американців вище. Останнім часом в економічно розвинених країнах світу спостерігається прагнення до пошуку золотої середини, зближення лібертарної і солідарної ідеології у формуванні системи охорони здоров'я.

В цілому, всі системи охорони здоров'я, що існують в світі, умовно поділяються на кілька груп:

Система державної (бюджетної) охорони здоров'я (система Беверіджа). Система Беверіджа має наступні основні характеристики: централізоване планування; пряме оподаткування, що використовується для фінансування; професійне керівництво; контроль якості частково державою, частково професійними органами; регіональне планування; істотна економія ресурсів; низька оплата праці професійних працівників; низькі адміністративні витрати [68, 135, 154].

Поряд з цим існують такі проблеми при організації охорони здоров'я по системі Беверіджа:

- обмеженість матеріальних стимулів для клінічної ефективності;
- необхідність державного стримування витрат з використанням макрометодів;
- обмеженість свободи вибору хворими лікаря та медичної установи;
- існування списків хворих, які очікують черги на лікування;
- відсутність різновидів в стандартах пансіону;

закріплення географічної та соціальної нерівності в залежності від відносної політики влади, яку мають географічні та соціальні групи, щоб впливати на уряд;

обмеження впровадження нововведень з точки зору осіб, що займаються централізованим плануванням: малі можливості для творчої діяльності і варіацій служб для задоволення місцевих інтересів і потреб;

існування тенденції до переважно стаціонарного лікування пацієнтів та залучення персоналу до роботи в цих установах;

низький пріоритет у розвитку первинної допомоги і зміцнення здоров'я;

посилення з боку держави як опіки, так і монополії щодо визначення пріоритетів і цінностей;

слабкий зв'язок між центром і периферією; бюрократична, авторитарна система управління, котра не піддається впливу комерційних ринкових методів.

Система державного (регульованого) страхування здоров'я. Страхова медицина (система Бісмарка) характеризується наступними особливостями: децентралізоване фінансування; можливість вибору фондів медичного страхування населенням і роботодавцями; наявність конкуренції між фондами і службами; велика увага з боку фондів контролю якості та контролю за витратами; поділ державних органів, які фінансують галузь, і служб постачання; широкі різновиди в забезпеченні пансіону для залучення клієнтів.

Проблеми, що існують при системі Бісмарка: недостатня географічна і соціальна рівність в доступі до медичної допомоги; дорожняча – конкуренція сприяє зростанню зайвого використання і забезпечення служб; слабкий контроль кадрів; зневажливе ставлення до хворих, які належать до групи підвищеного ризику і потребують тривалого перебування в лікарні, а також до тих, хто не охоплений системою національного страхування (5-10% населення); відсутність довгострокового планування; недостатній розвиток

суспільної охорони здоров'я, профілактичної медицини, зміцнення здоров'я та санітарної освіти; високі адміністративні витрати, особливо у веденні бухгалтерського обліку.

Система приватного страхування здоров'я – платна (ринкова) медицина, яка має такі характеристики: наявність широкого діапазону медичних установ для задоволення індивідуальних потреб; відсутність списків хворих, які очікують черги на медичне обслуговування; прямий доступ до лікарів-спеціалістів; особливу увагу, яку приділяють конфіденційності лікування, ввічливості обслуговування і якості послуг. Проблеми, супутні ринковій системі охорони здоров'я: дорожнеча; відсутність охоплення медичною допомогою незаможного населення; судові тяжби з приводу якості медичних послуг; високі страхові премії для фахівців; обмеженість географічного охоплення; концентрація уваги на легких захворюваннях; неефективне використання капітальних і людських ресурсів; недостатня увага допомоги на дому та профілактиці; обмежене використання послуг спеціалізованого допоміжного персоналу; відсутність регулювання і контролю за якістю клінічних процедур. Більш детальна характеристика систем охорони здоров'я викладено в табл.2.1.

Таблиця 2.1

Типи національних систем охорони здоров'я за принципами фінансування та адміністрування*

<i>Система охорони здоров'я</i>	<i>Джерело фінансування</i>	<i>Принцип адміністрування</i>
Національна служба охорони здоров'я (Великобританія, Норвегія, Швеція, Данія) - модель Беверіджа	Уряд (податки і надходження), система соціального страхування і лікарняних кас	Централізоване планування; децентралізація з використанням послуг за принципом капітації** на адресу регіональних органів охорони здоров'я
Радянська модель системи охорони здоров'я (колишній СРСР, країни Східної Європи)	Уряд (податки і надходження), система соціального страхування і лікарняних кас	Централізоване державне планування і управління; фіксоване фінансування, яке визначається співвідношенням, наприклад, ліжок і медперсоналу; з 1990 року –

Продовж. табл. 2.1

		децентралізація із застосуванням оплати за принципом капітації
Змішана / приватна громадська система охорони здоров'я (США, країни Латинської Америки, Азії та Африки)	Приватне страхування – за місцем роботи, громадське страхування – через служби соцзабезпечення	Жорстке державне регулювання (США); поєднання приватних медичних послуг, громадських лікарень і державних профілактичних служб; покриття послуг за рахунок соціального страхування для людей похилого віку та незаможних; організація з підтримки здоров'я і політика керованої конкуренції
Медичне страхування через систему національного соціального страхування (Німеччина, Ізраїль) – модель Бісмарка	Обов'язкові внески працівника і роботодавця і національне страхування через служби соціального забезпечення	Урядове регулювання; лікарняні каси оплачують послуги приватних лікарів (Німеччина) або діють як організації з підтримки здоров'я (Ізраїль)
Медичне страхування урядовими органами (Канада, Австралія)	Оподаткування, участь провінцій у витратах	Регулювання з боку Федерального уряду; оплата проводиться за одиницю послуг; лікарні діють в рамках блок - бюджетів

* Джерело: складено автором з врахуванням [68, 135, 154]

** Капітації – виділення коштів з розрахунку на кожну людину, зареєстровану в якості отримувача послуг; при розрахунку враховують: стать, вік, і показники смертності, що впливають на потреби в послугах охорони здоров'я

Як видно з таблиці, системи охорони здоров'я відрізняються за рівнем централізації і характером фінансування. Дані параметри визначаються як системою державного управління, так і культурними традиціями суспільства, основне значення в яких має дихотомія патернів «індивідуалізм – колективізм». Крім того, на вибір даної характеристики впливає і розмір

держави, що визначається урахуванням межі керованості в процесі організації системи охорони здоров'я. Існують також і індивідуальні відмінності, які обумовлені рівнем і тенденціями економічного і технологічного розвитку країни, а також якістю підготовки медичних кадрів в рамках системи освіти.

Для постсоціалістичних країн світу, які перебувають на різних етапах ринкової трансформації і становлення конкурентоспроможної економіки, характерним є зміна базових принципів організації системи охорони здоров'я, які можна звести до наступних положень:

принцип державного централізованого характеру охорони здоров'я трансформується в принцип децентралізації до рівня регіонального управління або місцевого самоврядування;

керівна роль будь-кого в будівництві системи галузі охорони здоров'я – заповнюється принципом функціонування суб'єктів системи охорони здоров'я відповідно до законодавчого правового і професійного стандартів;

життєдіяльність системи охорони здоров'я визначається в чималому ступені поточним станом економіки вільного ринку і науково-технічної сфери, що становить інвестиційний (економіка) і інноваційний (науково-технічна сфера) потенціал галузі;

підхід до державної моделі охорони здоров'я і можливості надання медичної допомоги населенню виключно в державних рамках – замінюється переходом до багатокладності форм і методів надання медичних послуг. Слід зазначити, що при реалізації цього принципу формується зважене співвідношення багатокладності та державних гарантій з метою здійснення соціальної справедливості в забезпеченні медичною допомогою;

адміністративно-управлінські методи поступаються місцем переважно економічних методів управління. Важливо зауважити, що економічні методи управління в охороні здоров'я повинні бути врівноважені науковими методами, метою яких є досягнення показників не тільки економності, а й результативності функціонування даного соціального інституту. В іншому

випадку, доводячи вкрай значимість економічної ефективності, держава може в принципі відмовитися від фінансування охорони здоров'я як «центру витрат» в системі державного бюджетування [147-149];

неоднозначно розв'язуваною залишається проблема реалізації принципів профілактичного напрямку охорони здоров'я і загальнодоступності медичної допомоги. Незважаючи на всі прогресивні перетворення в галузі, і сьогодні залишається актуальним теза, що профілактика це не вузьковідомче завдання органів і суб'єктів охорони здоров'я. Проблема в тому, що організація профілактичних заходів істотно виходить за межі традиційної системи охорони здоров'я або системи реактивного типу, що вимагає її організаційного, структурного реферування як шляхом розширення суб'єктів процесу охорони здоров'я, так і шляхом адаптації функцій первинної ланки системи охорони здоров'я до проблеми забезпечення профілактики захворюваності [51, с. 40];

і, нарешті, в системах перехідного типу необхідно забезпечити і реалізувати такий важливий принцип, як вплив населення на прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я, що особливо важливо при децентралізації первинної ланки системи охорони здоров'я до рівня місцевого самоврядування. Правові та організаційні форми такого впливу вимагають розробки.

Незважаючи на той факт, що характеристики систем охорони здоров'я формуються, виходячи з універсальних закономірностей, існують і актуальні тенденції, властиві більшості країн в даний час. Експерти Світової організації охорони здоров'я виділили такі типові тенденції, що формують традиційні системи охорони здоров'я (табл. 2.2).

Через те, що основна увага при проведенні багатьох реформ в секторі охорони здоров'я в 1980-і-1990-і роки приділялася стримуванню витрат і скасуванню державного регулювання, ці тенденції тільки посилилися. Країни з високим рівнем доходів часто могли здійснювати заходи регулювання, щоб пом'якшувати деякі з негативних наслідків цих тенденцій. У тих же країнах,

де обмеженість потенціалу контролювання погіршувалася недофінансуванням, вони мали більш руйнівні наслідки [71, 78, 82].

Таблиця 2.2

Тенденції, що формують традиційні системи охорони здоров'я*

<i>Тенденція</i>	<i>Характеристика</i>
Зайвий акцент на високоспеціалізовану (третинну) допомогу, що нерідко називають орієнтацією на стаціонарне лікування	Протягом більшої частини ХХ ст. основною ланкою систем охорони здоров'я більшості країн світу були лікарні, оснащені технологіями і укомплектовані вузькими спеціалістами. В даний час непропорційний акцент на лікарнях і вузькій спеціалізації став основним джерелом неефективності і нерівності, і ця ситуація практично не змінюється
Фрагментарність як результат розробки безлічі програм і проектів	Якщо міське медичне обслуговування в загальному і цілому пов'язано з лікарнями, то бідні верстви сільського населення все частіше стикається з прогресуючою фрагментарністю медичних послуг, оскільки вибіркові або вертикальні підходи зосереджені на програмах і проектах боротьби з окремими захворюваннями. Задумані як проміжна стратегія по досягненню справедливих результатів заходів з охорони здоров'я, ці програми були породжені стурбованістю, пов'язаної з повільним розширенням доступу до медичного обслуговування в умовах збереження надзвичайно високої смертності і захворюваності, для боротьби з якими є економічні заходи втручання. У підсумку послуги надаються тільки в разі захворювань, за якими існують (фінансуються) програми, а люди, які мають нещастя не підходити ні під один з поточних програмних пріоритетів, залишаються поза увагою.
Поширення комерціалізації медичної допомоги в нерегульованих системах охорони здоров'я.	У більшості країн з низьким і середнім рівнем доходів недостатнє фінансування і фрагментація медичних послуг прискорили комерціалізацію охорони здоров'я, яка визначається в даному документі як нерегульований продаж платних медичних послуг, незалежно від того, чи надаються такі послуги державними або приватними постачальниками. Комерціалізація медичного обслуговування досягла нечуваних масштабів в тих країнах, які, за власним вибором або через нестачу потенціалу, не в змозі здійснювати регулювання сектору охорони здоров'я. Будучи спочатку виключно міським явищем, нерегульоване надання платних медичних послуг безліччю різних дрібних незалежних постачальників в даний час домінує на всьому просторі, де є медичне обслуговування, - від країн Африки на південь від Сахари до держав з перехідною економікою в Азії чи Європі.

* Джерело: складено автором з врахуванням [13, 21, 49, 96, 147, 148, 151, 170, 178]

Витрати на охорону здоров'я вважаються одним з ключових показників соціального розвитку, так як відображають ступінь уваги, що приділяється державою і суспільством здоров'ю громадян. Рівень національних витрат на охорону здоров'я – відносна величина, яка розраховується як загальний обсяг державних і приватних витрат на охорону здоров'я протягом календарного року, включаючи державні бюджети всіх рівнів, фонди медичного страхування, зовнішні запозичення, гранти та пожертвування від міжнародних установ і неурядових організацій. Рівень витрат на охорону здоров'я виражається у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП).

Рейтинг країн світу за рівнем витрат на охорону здоров'я представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Рейтинг країн світу за рівнем витрат на охорону здоров'я у 2014 р.*

<i>Країна</i>	<i>Місце за рейтингом</i>	<i>Витрати на охорону здоров'я, у % до ВВП</i>	<i>Рівень ВВП, млн. дол. США</i>
Тувалу	1	20	38 (останнє місце у відповідному рейтингу)
Сполучені Штати Америки	2	17	17 419 000 (перше місце у відповідному рейтингу)
Маршаллові Острови	3	17	187
Нідерланди	4	13	879 319
Мікронезія	5	13	318
Молдова	7	12	7 962
Франція	8	12	2 829 192
Лесото	9	11	2 181
Швейцарія	10	11	701 037
Німеччина	11	11	3 868 291
Бельгія	12	11	531 547
Канада	15	11	1 785 387
Японія	19	10	4 601 461

Продовж. табл. 2.3

Австралія	32	9	1 454 675
Грузія	33	9	16 530
Велика Британія	37	9	2 988 893
Малаві	52	8	4 258
Угорщина	57	8	138 347
Чехія	70	7	205 270
Польща	88	7	544 967
Росія	91	7	1 860 598
Литва	103	6	48 354
Білорусь	105	6	76 139
Китай	121	6	10 354 832
Об'єднані Арабські Емірати (ОАЕ)	176	3	399 451

** Джерело: складено автором з врахуванням [123-125]*

Разом з тим, цей показник не враховує, наскільки рівномірно або нерівномірно розподіляються витрати на охорону здоров'я за різними соціальними групами всередині тієї чи іншої держави, а також пов'язані з цим фактори. Слід також враховувати, що відносно високі позиції ряду слаборозвинених країн в рейтингу пов'язані, як правило, з програмами у сфері охорони здоров'я (забезпечення питною водою та санітарними послугами, проведення програм масової імунізації і так далі), а також санітарно-гігієнічної та епідеміологічної безпеки, що фінансуються міжнародними інститутами та благодійними організаціями в цих державах.

Система охорони здоров'я формується і регулюється за допомогою відповідного *механізму державного управління*. В умовах соціальної відповідальності системи державного управління головною метою механізму управління системою охорони здоров'я є оптимізація основних параметрів керованого об'єкта – показників здоров'я населення і тривалості життя, що визначають результативність даного механізму. Тому варто проаналізувати якість державного управління по країнам. Дані по методиці та рейтинг країн світу щодо якості державного управління представлено в Додатку Б.

За результатами аналізу можна зробити висновок, що найкращі показники має Норвегія та Швеція, а серед країн ЄС – Велика Британія та Німеччина. Дуже низькі показники у країн Африки. Місце України в даному рейтингу варто оцінювати в порівнянні з країнами колишнього СРСР: уступає Молдові, знаходиться на одному рівні з Росією та Білоруссю. Треба також відмітити, що країни колишнього СРСР мають гірші показники навіть тих країн ЄС, що за рейтингом нижче у списку країн-членів ЄС, а саме: Болгарії, Румунії, Угорщини.

В даний час системи охорони здоров'я різних країн світу істотно відрізняються один від одного в залежності від того, який із принципів надання медичної допомоги в них домінує, яка роль держави і який характер функцій, які виконуються державними інститутами і структурами в цих системах [51, с. 42]. Для аналізу існуючих систем, виявлення їх порівняльних характеристик, переваг і недоліків, економічна теорія використовує метод моделювання.

Економічна модель охорони здоров'я – це відображення основних характеристик і параметрів системи економічних відносин, що складаються в даній галузі. Побудова такої моделі пов'язана з відповідями на наступні питання: 1) хто і як фінансує систему охорони здоров'я; 2) кому належать медичні об'єкти (установи); 3) які механізми стимулювання медичних працівників (виробників) і населення (споживачів медичних послуг); 4) як здійснюється контроль обсягу і якості медичного обслуговування [55, 66].

В даний час в світі прийнято виділяти чотири основні джерела фінансування охорони здоров'я:

- надходження від загального оподаткування;
- внески в систему обов'язкового медичного страхування;
- внески в систему добровільного медичного страхування;
- безпосередні розрахунки пацієнтів готівкою.

Аналіз основних характеристик способів фінансування різних систем охорони здоров'я (додаток В) показав, що такі основні джерела

фінансування, як загальне оподаткування або система обов'язкового медичного страхування, створюють міцну основу для рівноправності. Чим чіткіше працює механізм перерозподілу фінансових коштів між матеріально забезпеченими верствами суспільства і соціально незахищеними групами населення, тим більше рівноправності [178, 180]. Форми страхування, які спираються на принцип еквівалентності страхового відшкодування (коли сума премії, що нараховується, знаходиться в прямій залежності від обсягу наданих послуг) або на систему оплати готівкою (щоб не користуватися листом очікування або оплачувати послуги, які не входять до загальноприйнятий перелік послуг, пропонованих системами охорони здоров'я) , призводять до більшої нерівноправності, оскільки такі форми змушують соціально незахищені верстви і групи населення з обмеженими фінансовими можливостями нести непропорційно великі витрати [49, 68, 73].

Однак фінансування всіх систем охорони здоров'я забезпечується як мінімум за рахунок співвідношення цих двох форм страхування, а конкретне вирішення питання про рівноправність залежить від позиції установ, що визначають таке співвідношення.

Наприклад, в Швейцарії (1996 р.) і Франції (2000 р.) прийнято законодавство, яке передбачає універсальне страхування, і практично така ж ситуація спостерігається в більшості інших західноєвропейських країнах [57, 68]. Фінансові кошти надходять з державних або запропонованих в законодавчому порядку приватних джерел фінансування, причому значну частку цих коштів складають суми, що формуються в результаті передоплати і створення пулу ресурсів по всьому діапазону розміру доходів і рівнів ризику.

Країни Центральної та Східної Європи і колишнього СРСР в області фінансування і загальної доступності також дотримуються принципу солідарності [66, 68, 73]. У деяких з цих країн, проте, труднощі з фінансовою стійкістю, обумовлені спадом економічної активності в 1990-і роки і обмеженими технічними можливостями зі збору необхідних коштів і

впровадження нових механізмів страхування, призвели до помітного скорочення якості та доступності медичного обслуговування [73]. В окремих країнах (наприклад, в Грузії та Молдові) система оплати готівкою перетворилася в домінуюче джерело надходження коштів і становить від 50 до 80% від загальної суми внесків на охорону здоров'я [8]. По суті, з початку 1990-х років в більшості країн, що переживали перехідний період в своєму розвитку, система фінансування охорони здоров'я стала менш справедливою [178].

Макроекономічні обставини впливають на реальні можливості тієї чи іншої країни з вишукування необхідних коштів на охорону здоров'я. Більшість країн з економікою перехідного періоду відчують дуже великі труднощі зі збором податкових надходжень для покриття витрат на охорону здоров'я. Широко поширена практика оплати послуг в обхід встановлених формальностей, і в цьому контексті досить гострою є проблема відновлення або нововведення офіційно діючих механізмів оплати рахунків [2, 3, 73].

В цілому, для країн, які розвиваються, та з економікою перехідного періоду важливі складові фінансової політики зводяться до необхідності:

- забезпечення координації всіх джерел фінансування на загальній політичній основі;

- створення пулу фінансових коштів і розподіл відповідальності за надання медичних послуг мінімізування елементи дублювання внаслідок вертикальної організації систем охорони здоров'я, які пов'язані з конкретною ланкою в структурі органів адміністративної влади;

- вирішення питання, що стосуються доступності медобслуговування і фінансової захищеності бідних верств населення шляхом проведення чіткої політики, підкріпленої певними матеріальними стимулами.

Для більш забезпечених в матеріальному відношенні країн Західної Європи необхідність в перетвореннях не є настільки актуальною. Проте, в тій чи іншій мірі всі країни займаються реформуванням своїх систем [180]. Багато з цих реформ (особливо коли системи охорони здоров'я фінансуються

за рахунок внесків до фондів обов'язкового медичного страхування) орієнтовані на привнесення елементів конкуренції в процес формування грошових коштів, що не завдає будь-якої шкоди вже досягнутим рівням рівноправності.

Як вже говорилося вище, практично всі системи охорони здоров'я мають складні змішані системи фінансування та надання медичної допомоги, тому їх можна класифікувати по переважному увазі фінансування та надання медичної допомоги.

Розглянемо більш докладно основні моделі охорони здоров'я, які використовуються в даний час в зарубіжних країнах.

При обов'язковому страхуванні з інтеграцією між страховиками і виробниками держава забезпечує фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів. Така схема відповідає колишній державній системі радянської охорони здоров'я, колишній (до введення внутрішнього ринку) системі Великобританії, колишньої системі СРСР і діє в ряді інших країн [79, 126]. Засоби передаються фінансовим органам (або державним страховикам), яким належать на правах власності медичні установи, тобто в схемі використовується інтеграція організації, що фінансує, і виробника медичних послуг.

Модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції, яка була розроблена в Нідерландах в середині 80-х років і до теперішнього часу ніде повністю не реалізована. Дана модель впроваджувалась в Нідерландах, Росії, Ізраїлі, Чехії. Внески (пропорційні доходу) на обов'язкове медичне страхування акумулюються в центральному фонді, завданням якого є перерозподіл зібраних коштів. Конкуруючі страхові компанії страхують громадян, які вибрали їх, і на всіх застрахованих отримують з центрального фонду асигнування, що залежать від прогнозованих витрат на медичну допомогу застрахованим, які розраховуються за допомогою формул на одну особу.

Те, що модель передбачає конкуренцію серед страховиків, дає можливість забезпечити захист інтересів застрахованих і ефективно використовувати ресурси охорони здоров'я економічно мотивованими страховиками (що неможливо в схемі з одним страховиком через можливу відсутність мотивації залучення клієнтів).

У моделі *обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг* державна страхова організація забезпечує збір внесків (пропорційних доходу) на обов'язкове медичне страхування і відшкодовує пацієнтам їх витрати на медичну допомогу. Наприклад, у Франції, де діє така модель, пацієнти вільно вибирають лікарів і медичні установи, оплачують отримані послуги, а державна страхова організація відшкодовує їм 75-80% витрачених коштів (тобто обмежує переспоживання з боку пацієнта) [149]. При наявності конкуренції виробників (перш за все лікарів) існування однієї державної страхової медичної компанії є економічно доцільним. Однак в схемі ніяк не обмежується попит, стимульований лікарями.

При використанні *моделі обов'язкового страхування з незалежними виробниками медичних послуг* лікарі і медичні установи відокремлені від покупця медичних послуг (страховика або органу, що фінансово утримує) і працюють з ним за договорами. Дана модель може існувати і в державній системі охорони здоров'я, і в системі обов'язкового медичного страхування. Необхідною умовою ефективного функціонування моделі є наявність конкуренції серед виробників медичних послуг, як мінімум первинної ланки (краще, якщо вони є приватними підприємцями) і адекватний розмір коштів, що спрямовуються в охорону здоров'я з громадських джерел (не менше 6% ВВП). Така модель обов'язкового медичного страхування діє в Сполученому Королівстві, де в 90-х роках почалася реформа, що передбачає формування внутрішнього ринку. Державні госпіталі перетворюються в некомерційні лікарняні трасти, сімейні лікарі стають фондодержателями, а в якості

покупців медичних послуг виступають органи управління охороною здоров'я [187].

Модель обов'язкового медичного страхування з конкуренцією страховиків і виробників, що працюють за контрактами між собою: у даній моделі населення платить внески (пропорційні доходу) на обов'язкове медичне страхування страховику, обраному самим застрахованим. Страховик, маючи договори з медичними установами, забезпечує застрахованій особі безкоштовну (або з невеликими платежами) медичну допомогу. Така модель обов'язкового медичного страхування діє в Німеччині, де обов'язкове медичне страхування здійснюється за сімейним принципом, коли працівник страхує себе і непрацюючих членів сім'ї в професійній (якщо вона є) або регіональній лікарняних касах (некомерційні організації функціонують за рахунок самофінансування і самоврядних страхових медичних організацій). Кожна лікарняна каса має договори зі всіма медичними установами території і розраховується з ними за єдиними на території тарифами [186].

Модель приватного медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг, при якій пацієнти оплачують медичні послуги самі, але їх вартість (зазвичай, частина вартості), відшкодовується страховою компанією. Дана модель характерна для приватного медичного страхування в США. Щоб запобігти переспоживання медичної допомоги з боку споживача, страховики широко використовують сострахування (коли частина страхового внеску платить роботодавець, а частину – сам застрахований) і франшизу (коли пацієнт сам оплачує медичну допомогу до деякої встановленої суми, вище якої відшкодування виплачує страховик). Страхові внески в даній моделі залежать від індивідуальних ризиків (або ризиків малої групи). Застраховані особи мають повну свободу у виборі лікаря або медичного закладу (в межах переліку послуг, що входять в страховий план). Страхова компанія не має ніяких договорів з виробниками (лікарями, лікарнями), оплачуючи їх послуги за гонорарним принципом.

Модель приватного медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками медичних послуг і модель приватного медичного страхування з незалежними виробниками медичних послуг: основні характеристики моделей показані при розгляді аналогічних моделей обов'язкового медичного страхування, але на відміну від них, моделі приватного медичного страхування не забезпечують соціальної справедливості при формуванні коштів, страхові внески є добровільними і залежать від індивідуальних ризиків. У таблиці 2.4 сформульовані основні переваги та недоліки вищезазначених моделей.

Таблиця 2.4

Моделі охорони здоров'я, що використовуються в зарубіжних країнах*

Переваги	Недоліки
<i>модель обов'язкового медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками медичних послуг</i>	
відсутній відбір ризиків; низькі адміністративні витрати; можливість обмеження попиту, що стимулюється виробниками медичних послуг	є стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів; обмеження вибору і доступу до медичної допомоги; відсутність стимулів до ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами
<i>модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції</i>	
відсутній відбір ризиків; вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами	є стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів
<i>модель обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг</i>	
відсутній відбір ризиків; низькі адміністративні витрати; відсутні стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів	неможливо обмежити попит, стимульований виробниками медичних послуг
<i>модель обов'язкового медичного страхування з незалежними виробниками медичних послуг</i>	
відсутній відбір ризиків; вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги;	є стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів

Продовж. табл. 2.4

створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами	
<i>моделі обов'язкового медичного страхування з конкуренцією страховиків і виробників</i>	
вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами; можливість обмеження попиту, що стимулюється виробниками медичних послуг	присутній відбір ризиків; є стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів
<i>модель приватного медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг</i>	
вільний вибір лікаря та медичної установи	присутній відбір ризиків; присутні стимули до надмірного споживання медичних послуг у пацієнтів; неекономічність великого числа дрібних постачальників

**Джерело: складено автором*

Таким чином, проблема охорони здоров'я населення відноситься до числа найважливіших глобальних проблем. Вона знаходиться в полі зору як природних, так і суспільних наук, в тому числі економічних. Поліпшення стану здоров'я населення – це показник розвитку суспільства. Хоча медичні заклади мають величезне значення, вони, однак, не є єдиним сектором, який впливає на добробут людей, інші сектори також мають великий вплив на здоров'я населення і повинні нести за нього відповідну відповідальність.

Стан здоров'я населення є одним з основних показників якості життя, рівня соціально-економічного розвитку суспільства. Здоров'я відноситься до числа основних і незамінних соціальних цінностей. Його недолік або відсутність не можуть бути повністю компенсовані ніякими іншими цінностями або благами. Здоров'я є умовою і передумовою благополуччя і належної якості життя, а також еталоном, мірилом ступеня просування до зменшення бідності, зміцненню соціальної згуртованості та ліквідації дискримінації.

2.2. Стан та проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я представляє собою систему соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти і підвищити рівень здоров'я населення, функціонування якої забезпечується наявністю кадрів, матеріально-технічної бази, певної організаційної структури, відповідних технологій і розвитком медичної науки [1, 69, 120].

На певних етапах суспільного розвитку здоров'я сприймається як першочергова цінність, що визначає цільові пріоритети громадян. Говорячи про потреби суспільства як значимого фактору, який визначає вибір характеристики системи охорони здоров'я, необхідно уточнити, що фактор «потреби» описується структурою потреб і їх динамікою, що відбивається в показниках здоров'я населення, рівні смертності, структурі хвороб і їх динаміці. Так, наприклад, збільшення темпів зростання захворюваності серцево-судинної системи визначає розвиток функцій системи охорони здоров'я, адекватних проблеми, що виникла. Формування ж функцій визначає концентрацію різного роду ресурсів для її забезпечення (кадрових, фінансових, матеріальних, технологічних, інформаційних).

Наступна група факторів, що визначає характеристики системи охорони здоров'я, включає ресурсні можливості держави і суспільства. Як правило, наявність матеріальних ресурсів обумовлена розвитком економіки, а кадрових і інформаційних – розвитком освіти та медичної науки. Зрозуміло, що для формування ефективної системи охорони здоров'я, необхідна наявність не тільки економічних, а й соціальних можливостей.

Фактор «можливості», так само, як і «потреби», проходить в процесі формування системи охорони здоров'я суб'єктивну корекцію. Вона забезпечується комплексом цілей системи державного управління. Так, визначення охорони здоров'я в якості пріоритету державного розвитку,

дозволяє додатково створити, або прискорити формування соціальних і економічних можливостей. В результаті впливу двох груп чинників – «потреби» і «можливості» і їх суб'єктивної корекції формується національна модель охорони здоров'я.

В універсальному вигляді можна виділити наступні основні характеристики системи охорони здоров'я, вибір яких для кожної окремої держави формує національну модель охорони здоров'я:

1. фінансування: солідарні підходи – лібертарні підходи (солідарні підходи припускають фінансування охорони здоров'я через систему державного бюджетування, а лібертарні – засновані на приватному фінансуванні, що здійснюватиметься як споживачами послуг системи охорони здоров'я, так і приватними інвесторами за допомогою благодійних фондів);

2. керованість: регульована державою система охорони здоров'я – система охорони здоров'я з високим рівнем саморегулювання (формування стандартів медичної освіти і обслуговування, контроль діяльності установ охорони здоров'я здійснюється або незалежними організаціями з представників професійного співтовариства, або державними інспекторами, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я);

3. спрямованість: система, спрямована на попередження захворюваності та популяризації здорового способу життя (превентивна) – система, спрямована переважно на розвиток технологій і методів діагностики і лікування (реактивна).

Як видно з цього переліку, набір характеристик системи охорони здоров'я визначається рядом дихотомічних ознак. У реальній дійсності, в якій формується модель охорони здоров'я, як правило, позбавлена чистих форм і оцінок і характеризується змішаним підходом. Однак, порівнюючи і аналізуючи моделі різних країн, можна говорити про деяку домінанту виділених ознак. Крім того, в процесі реформування системи охорони здоров'я також можна визначити вектор її трансформації з урахуванням

виділених дихотомічних принципів. Трансформація системи охорони здоров'я України відбувається в напрямку збільшення рівня її децентралізації зі збереженням принципу солідарного фінансування. З одного боку, розвиток сімейної медицини та передача джерел її фінансування на місцевий рівень самоврядування забезпечує децентралізацію системи охорони здоров'я на рівні її первинної ланки, з іншого боку – збереження за державним бюджетом статусу основного джерела матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я забезпечить дотримання принципу солідарності в її фінансуванні. При цьому, той факт, що на цьому етапі не планується запровадження страхової медицини в Україні не означає, що солідарний підхід у фінансуванні збереже свої колишні позиції. Навпаки, можливість створення приватних клінік і фондів за рахунок недержавних джерел формує тенденцію до руху національної системи охорони здоров'я в напрямку лібертарного «полюса» шкали дихотомічних ознак «солідарне – лібертарні». Дана тенденція є адекватною перехідному суспільству, формує конкурентоспроможну ринкову економіку і сприяє збільшенню різноманітності в системі охорони здоров'я як необхідної умови збереження її стійкості.

Що ж стосується домінуючого режиму функціонування системи охорони здоров'я, то він як і раніше залишається реактивним, так як, незважаючи на введення в сферу діяльності сімейного лікаря функцій щодо профілактики захворюваності, для їх виконання не розроблено адекватне методичне та інформаційне забезпечення, а також не передбачається проведення інформаційної роботи з населенням, що мінімізує принципову можливість контакту сімейного лікаря з клієнтом до моменту переходу захворювання в активну фазу.

Система охорони здоров'я формується і регулюється за допомогою відповідного механізму державного управління. Цільова функція даного механізму може визначатися як зміною стану керованого об'єкта, його якісними характеристиками, так і комплексом кількісних показників –

економності, продуктивності та результативності, що становлять оцінку ефективності. У ряді випадків процеси оптимізації державних видатків призводять до суттєвого домінування оцінки економності над результативністю, що однозначно позначається на стані здоров'я населення.

Таким чином, основними детермінантами формування системи охорони здоров'я є потреби суспільства, а також економічні та соціальні можливості, які піддаються суб'єктивної корекції, яка визначається цілями системи державного управління і цінностями суспільства. Серед основних характеристик, що відображають національну модель охорони здоров'я, можна виділити тип фінансування, рівень керованості і спрямованість впливу в часі щодо факту захворювання.

Аналіз стану українського суспільства доцільно випередити основними глобальними тенденціями в рівень і стан здоров'я населення, які в значній мірі властиві і Україні як країні, інтегрованою у глобальний економічний і соціальний простір. Згідно ВООЗ, четвертим з найважливіших факторів ризику, які є причинами смерті в глобальному масштабі, є відсутність фізичної активності (на частку якої припадає 6% від загального числа випадків смерті в світі). Також в даній структурі враховані високий кров'яний тиск (13%), куріння (9%) і високий рівень глюкози в крові (6%). На частку зайвої ваги і ожиріння припадає 5% від загального числа випадків смерті в світі [186, 187].

При сучасному рівні загальноцивілізаційного розвитку в багатьох країнах світу відзначено зниження рівнів фізичної активності, що негативно позначається на загальному стані здоров'я людей в усьому світі і зростанні таких неінфекційних захворювань, як: серцево-судинні хвороби, діабет і рак, а також їх факторів ризику, включаючи підвищений кров'яний тиск, підвищений вміст цукру в крові і зайва вага. За оцінками [186, 187], фізична інертність є основною причиною близько 21 – 25% випадків захворювань на рак молочної залози і товстої кишки, 27% випадків захворювання на діабет і близько 30% випадків захворювання ішемічної хвороби серця. Крім того,

неінфекційні захворювання складають майже половину тягаря всіх захворювань в світі. За оцінками, в даний час 6 з 10 випадків смерті пов'язані з неінфекційними захворюваннями.

На глобальну охорону здоров'я впливають три тенденції: старіння населення, швидка непланова урбанізація і глобалізація. Всі три тенденції ведуть до погіршення здоров'я і поведінки. В результаті, зростання неінфекційних захворювань і їх факторів ризику стає загальносвітовим завданням, що впливає на країни з низьким і середнім рівнем доходів.

Майже 45% хвороб дорослого населення в цих країнах пов'язані з неінфекційними захворюваннями [186]. Багато країн з низьким і середнім рівнем доходів починають відчувати проблеми подвійного тягаря інфекційних і неінфекційних захворювань, а системи охорони здоров'я в цих країнах тепер несуть додаткові витрати по боротьбі з цими двома видами захворювань.

Було доведено, що участь в регулярній фізичній активності знижує ризик серцевих захворювань та інсульту, діабету 2 типу, гіпертонії, раку товстої кишки, раку молочної залози і депресії. Крім цього, фізична активність є визначальним фактором витрат енергії, і, отже, має вирішальне значення для енергообміну і контролю ваги. Зазначені тенденції визначають необхідність впровадження таких заходів щодо забезпечення здоров'я громадян, які б сприяли розвитку внутрішньої мотивації для підвищення фізичної активності. Це завдання слід визначити як напрям розвитку охорони здоров'я, яке формується під впливом глобальних чинників розвитку сучасної цивілізації. Доповнення актуальних завдань системи охорони здоров'я здійснюється на основі аналізу поточного стану суспільства як об'єкта управління, виявлення структури і динаміки захворюваності в даній соціальній системі.

З метою привернення уваги міжнародної спільноти до різноманітних аспектів людського розвитку в країнах світу щорічно з 1990 р публікується Доповідь про людський розвиток Програми Розвитку ООН (ПРООН). При

цьому ПРООН заявляє, що ці доповіді не мають на меті нав'язати єдиний рейтинг держав, і їх не слід розглядати в якості офіційних джерел інформації.

Індекс людського розвитку (ІЛР) – це сукупний показник рівня розвитку людини в країні, тому іноді його використовують як синонім таких понять як «якість життя» або «рівень життя» [125]. Індекс вимірює досягнення країни з точки зору стану здоров'я, отримання освіти і фактичного доходу її громадян, за трьома основними напрямками [125]:

здоров'я і довголіття, які є вимірюваними показником очікуваної тривалості життя при народженні;

доступ до освіти – вимірюється рівнем грамотності дорослого населення і сукупним валовим коефіцієнтом охоплення освітою;

гідний рівень життя, який вимірюється величиною валового внутрішнього продукту на душу населення (за паритетом купівельної спроможності, вираженого в дол. США).

Ці три виміри стандартизуються у вигляді числових значень від 0 до 1, середнє геометричне яких є сукупний показник ІЛР в діапазоні від 0 до 1. Звіти з даними ООН про розвиток людини, як правило, запізнюються на один-два роки, так як вимагають міжнародного зіставлення після публікації даних національними статистичними службами [125]. Таким чином, в поточній доповіді на 2015 рік представлені дані, розраховані за підсумками 2014 року. ІЛР 2015 року охоплює 188 країн і територій, ще 7 країн не включені в рейтинг через відсутність достовірних статистичних даних. Динаміка індексу людського розвитку в Україні представлена в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Індекс людського розвитку в Україні*

Рік	Значення ІЛР в Україні	Значення високого рівня ІЛР за загальним рейтингом
2015	0,747	0,798
2011	0,729	0,742
2010	н\д	н\д
2005	0,712	0,716

Продовж. табл. 2.5

2000	0,669	0,687
1990	0,705	0,648

* Джерело: складено автором з врахуванням [123-125]

За період з 1990 по 2015 р значення ІЛР України зросло з 0,705 до 0,747, або на 4,2%, або в середньому приблизно на 0,1% за рік. В даний час країна визначена в групу з високим рівнем індексу людського розвитку і займає 81 місце. Порівняльна характеристика складових ІЛР (за трьома критеріями) України та Норвегії, яка зайняла перше місце в загальному рейтингу ІЛР у 2015 р. представлена в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Порівняльна характеристика складових ІЛР України та Норвегії*

Показник	Норвегія		Україна	
	Значення показника	Місце в рейтингу за показником	Значення показника	Місце в рейтингу за показником
Індекс людського розвитку (Human Development Index)	0,944	1	0,747	81
Індекс тривалості життя (Life Expectancy Index)	81,6	18	71,0	111
Індекс рівня освіти в країнах світу (Education Index)	0,97	5	0,799	36
Валовий національний дохід (ВНД) / Gross National Income (GNI)	103690 дол. США	2	3560 дол. США	118

* Джерело: складено автором з врахуванням [123-125]

Наявність диспропорції в рівні здоров'я і добробуту громадян України формує потреби суспільства, спрямовані на підвищення здоров'я і матеріального добробуту, які є домінуючими цінностями членів суспільства. В табл. 2.7 представлено більш детально індикатори людського розвитку. Значення ІЛР України вище середньосвітового, однак, нижче, ніж в країнах Європи і Центральної Азії, що визначається низьким рівнем ВВП на душу населення і низькою тривалістю життя населення (зокрема – чоловічого населення країни).

Таблиця 2.7

Індикатори людського розвитку*

Показники	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я у % до ВВП	...	4,8	2,9	3,5	4,0	4,1	3,8	4,1	4,2	3,6	3,6
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я у % до загальної суми видатків	...	10,7	10,2	10,9	11,9	11,8	11,7	11,9	12,2	10,9	10,4
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	70,4	66,8	67,7	68,0 2	69,3	70,4	71,0	71,2	71,4	71,4	...
Загальний коефіцієнт смертності, %	12,1	15,4	15,4	16,6	15,3	15,3	14,5	14,5	14,6	14,7	14,9
Коефіцієнт смертності дітей у віці до 1 року, %	12,8	14,7	11,9	10,0	9,4	9,1	9,0	8,4	8,0	7,8	7,9
Кількість населення в розрахунку на одного лікаря, осіб	228	222	218	209	204	203	203	209	208	230	229

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Примітка: за 2014-2015 рр. інформацію в бюлетені наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Що стосується структури і динаміки захворюваності населення України, яка детально розглянута в Додатку Г, то дана структура не надто різниться від загальносвітової. При цьому, за період незалежності країни відзначена істотна динаміка в збільшенні захворювань системи кровообігу, сечостатевої системи і новоутворень. Починаючи з 2005 р розрахунок причин смерті проводиться відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

При цьому динаміка причин смертності в абсолютному вираженні також демонструє збільшення частки хвороб системи кровообігу на 24% за період з 1990 р. по 2015 р.

Вивчення структури причин смерті дає найбільш повне уявлення про стан здоров'я населення, відображає ефективність заходів, що проводяться органами і установами охорони здоров'я і держави в цілому по оздоровленню населення. Протягом ХХ в. в економічно розвинених країнах відбулися значні зміни структури причин смертності населення. Так, якщо на початку століття інфекційні захворювання були однією з провідних причин смерті, то останнім часом в структурі причин смерті провідне місце займають: хвороби системи кровообігу – 55,4%; злоякісні новоутворення – 10,8%; хвороби органів дихання – 10,8%; хвороби органів травлення – 2,8%; інфекційні хвороби – 1,7%; отруєння, травми, зовнішні причини смерті – 14,1%; інші причини – 4,4% [139].

Для України дана структура більш виражена в сторону хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень та хвороб органів травлення.

Потреби суспільства в послугах системи охорони здоров'я визначаються також з урахуванням динаміки тривалості життя населення. Так, при незначному збільшенні абсолютного показника тривалості життя за період незалежності зберігається велика різниця в даному показнику при класифікації населення за гендерною ознакою.

При цьому деякі дані вказують на те, що однією з причин такого розриву в тривалості життя між жінками і чоловіками виступає високий

рівень споживання алкоголю, а точніше, міцних спиртних напоїв. Таким чином, споживання алкоголю – це форма дезінвестицій в капітал здоров'я, викликана підвищеною невизначеністю, інвестиційної короткозорістю і невір'ям у майбутнє, а також відповідної рекламою і неформальними правилами гри. Самі ці правила гри одночасно і генерують занижену оцінку майбутнього, і генеруються нею.

При зазначеній структурі і динаміці захворюваності населення країни спостерігається тенденція до депопуляції населення в цілому. За роки незалежності відзначена стійка тенденція до природного скорочення чисельності населення України, темпи якої поступово знижуються.

На думку експертів [2, 10, 12, 64, 99, 149, 160], система охорони здоров'я в Україні знаходиться в стані кризи. Це проявляється, перш за все, в низькій доступності та поганій якості медичної допомоги. В даний час отримання медичної допомоги лягає фінансовим тягарем на плечі громадян, в значній мірі збільшуючи масштаби бідності в країні. За даними Держкомстату України, в 2015 р. 20,5% домогосподарств не змогли отримати необхідну медичну допомогу через її високу вартість, серед малозабезпечених ця частка досягла майже 30%. Практично кожен п'ятий (18%) з числа які потребують медичної допомоги відкладає звернення до медичного закладу з-за побоювання отримати медичні послуги низької якості.

У структурі кінцевих споживчих витрат домогосподарств України витрати на охорону здоров'я займають 4,7% при витратах на алкогольні напої, тютюнові вироби та наркотики на рівні 7,7%, що свідчить, в першу чергу, про систему цінностей громадян, і в другу – обумовлено якістю медичного обслуговування і його вартістю.

В цілому, в суспільстві наростає незадоволення медичним обслуговуванням. За результатами соціологічних опитувань [9, 22, 132], більшість населення негативно оцінює діяльність системи охорони здоров'я. В цілому, незважаючи на ентузіазм і професіоналізм окремих лікарів і

успішне лікування ряду хворих, через неправильну організацію діяльності системи охорони здоров'я в Україні практично не впливає на поліпшення здоров'я населення. За результатами дослідження, проведеного Світовим банком, одна третина українців помирає передчасно – у віці до 65 років, приблизно половину смертей у віці до 75 років в Україні можна було б запобігти за допомогою належної профілактики та лікування. Така ситуація негативно впливає на добробут громадян та в кінцевому рахунку негативно відбивається на конкурентоспроможності економіки держави [133, 149].

Таким чином, динаміка і стан українського суспільства визначають такі характеристики системи охорони здоров'я:

культурні характеристики суспільства, а також передісторія його розвитку, визначають пріоритет солідарних систем над лібертарними;

динаміка і стан захворюваності громадян України вимагають посилення ролі превентивної функції системи охорони здоров'я, що зумовлено підвищенням частки неінфекційних захворювань.

При цьому потреба в охороні здоров'я не є домінуючою для більшості членів суспільства, що обумовлено домінуванням матеріалістичних цінностей, характерних для перехідного суспільства. Даний факт визначає доцільність впровадження додаткових інформаційних і просвітницьких заходів, формування системи цінностей, адекватної завданням підвищення капіталу здоров'я громадян.

Для більш повного і об'єктивного сприйняття стану та проблем вітчизняної галузі охорони здоров'я, автором в 2014-2015 рр. було проведене експертне опитування 100 лікарів і управлінців галузі охорони здоров'я, що працюють в державному (50%) та частому (50%) секторі галузі у м. Києві (Київська область) та м. Маріуполі (Донецька область). Основну частину опитаних склали жінки (66,7%). Учасники опитування у віці до 35 років склали 16,7%, у віці 35-50 років – 58,3%, старше 50 років – 25%.

Більшість респондентів (91,7%) основним чинником, що дестабілізує ситуацію в охороні здоров'я, вважають критично низький рівень

фінансування галузі. Малоефективною систему управління виділяють 50%. Численність органів управління охороною здоров'я (на думку 58,3% опитаних), з одного боку, і недостатня самостійність його низових ланок (на думку 16,7%), з іншого боку, також є факторами, що негативно впливають на кінцеві результати роботи системи охорони здоров'я. Респонденти висловили також думку про оптимальному співвідношенні між різними формами медичного обслуговування: частка платного обслуговування повинна становити 25%, безкоштовного – 75%. При цьому, частка платного медичного обслуговування повинна бути меншою за частку приватного охорони здоров'я, що реалізується через систему добровільного медичного страхування. В ході опитування сформувався рейтинг позитивних і негативних сторін введення системи обов'язкового медичного страхування і більшого розвитку приватного сектора охорони здоров'я (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

Оцінки введення системи обов'язкового медичного страхування і розвитку платної медичної допомоги виробниками медичних послуг*

<i>Позитивні сторони</i>	<i>%</i>	<i>Негативні сторони</i>	<i>%</i>
1. Залучення додаткових фінансових коштів в галузь за рахунок внесків на обов'язкове медичне страхування	75,0	1. Зниження обсягу фінансування державного охорони здоров'я	91,7
2. Надання можливості медичним працівникам проявити свій творчий хист	66,7	2. Порушення принципів соціальної справедливості	83,3
3. Підвищення рівня заробітної плати медичних працівників в приватному секторі	58,3	3. Перехід найбільш кваліфікованих медичних кадрів з державного в недержавний сектор охорони здоров'я	66,7
4. Зниження навантаження на державний сектор охорони здоров'я	41,7	4. Численність органів управління системою охорони здоров'я	58,3
5. Підвищення ефективності використання медичного обладнання в приватному секторі	25,0	5. Неефективна система управління державним сектором охорони здоров'я	50,0
6. Збільшення обсягів фінансування наукових досліджень за рахунок приватних джерел фінансування	8,3	6. Слабка матеріально-технічна база медичних установ державного сектора	25,0
		7. Слабкість державного і громадського контролю за діяльністю суб'єктів приватного охорони здоров'я	16,7

Джерело: складено автором

Слід відмітити той факт, що, вказуючи на негативні наслідки розвитку ринкових відносин в сфері охорони здоров'я, більшість респондентів в належній мірі проявили притаманний професії гуманізм, особливо відзначивши в якості головного недоліку порушення принципів соціальної справедливості.

Крім цього, було проведено опитування 100 респондентів – споживачів послуг охорони здоров'я. Дані про склад респондентів та їх самооцінка здоров'я наведені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

**Статевовіковий склад респондентів (споживачів послуг) і
самооцінка стану здоров'я***

<i>Статевовіковий склад</i>	<i>Всього, %</i>	<i>Самооцінка стану здоров'я, у % до кожної групи</i>				
		<i>Відмінне</i>	<i>Добре</i>	<i>Задовіл.</i>	<i>Незадовіл.</i>	<i>Не змогли відповісти</i>
<i>Все населення</i>	100,0	-	26,6	50,0	6,7	16,7
<i>Чоловіки</i>	60,0	-	33,3	50,0	-	16,7
<i>Жінки</i>	40,0	-	22,2	50,0	11,1	16,7
<i>18-34 роки</i>	40,0	-	62,5	40,0	-	20,0
<i>35-49 років</i>	40,0	-	25,0	46,7	-	60,0
<i>50-64 роки</i>	16,7	-	12,5	13,3	50,0	20,0
<i>65 та старші</i>	3,3	-	-	-	50,0	-

Джерело: складено автором

Респонденти висловили свою думку про оптимальне співвідношення між різними формами медичного обслуговування: частка платного обслуговування повинна складати 26,7%, безкоштовного – 73,3%. Дана оцінка практично відповідає оцінці, яка дана виробниками медичних послуг.

При оцінці споживачами медичних послуг позитивних і негативних сторін введення системи обов'язкового медичного страхування і платної

медичної допомоги (таблиця 2.10), проблеми, що виділені, трохи відрізняються, ніж зазначені виробниками медичних послуг. Основними негативними наслідками введення системи обов'язкового медичного страхування споживачами були названі зниження якості безкоштовної медичної допомоги і слабе уявлення застрахованих про свої права.

Таблиця 2.10

Оцінки введення системи обов'язкового медичного страхування і розвитку платної медичної допомоги споживачами медичних послуг*

<i>Позитивні сторони</i>	<i>%</i>	<i>Негативні сторони</i>	<i>%</i>
1. Можливість отримання додаткових медичних послуг	56,7	1. Зниження якості безкоштовних медичних послуг	86,7
2. Більш шанобливе ставлення до роботи лікаря	43,3	2. Слабе уявлення застрахованих про свої права	83,3
3. Посилення відповідальності медичних працівників	40,0	3. Порушення принципу соціальної справедливості	66,7
4. Свобода вибору медичного закладу та лікаря	13,3	4. Зниження обсягу фінансування медичних установ державного сектора охорони здоров'я	43,3
5. Розвиток конкуренції на ринку медичних послуг і товарів медичного призначення	10,0	5. Слабка матеріально-технічна база медичних установ державного сектора	36,7
		6. Слабкість державного і громадського контролю за діяльністю суб'єктів охорони здоров'я	6,7

Джерело: складено автором

Якщо порівнювати погляд виробників і споживачів медичних послуг по даному питанню, то отримані дані свідчать про серйозну розбіжність думок, але в такій розбіжності немає видимого протиріччя, оскільки виробники медичних послуг мають більш глибокі теоретичні знання і досвід роботи в охороні здоров'я і більш інформовані про стан системи охорони здоров'я.

На основі проведеного автором опитування організаторів охорони здоров'я та споживачів медичних послуг і аналізу функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я були структуровані основні проблеми функціонування системи охорони здоров'я України (рисунок 2.1). Визначено

три основні групи проблем функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я:

- 1) недостатній обсяг фінансування системи охорони здоров'я та неефективне використання ресурсів;
- 2) порушення принципів соціальної справедливості;
- 3) недосконалість системи управління і планування в охороні здоров'я.

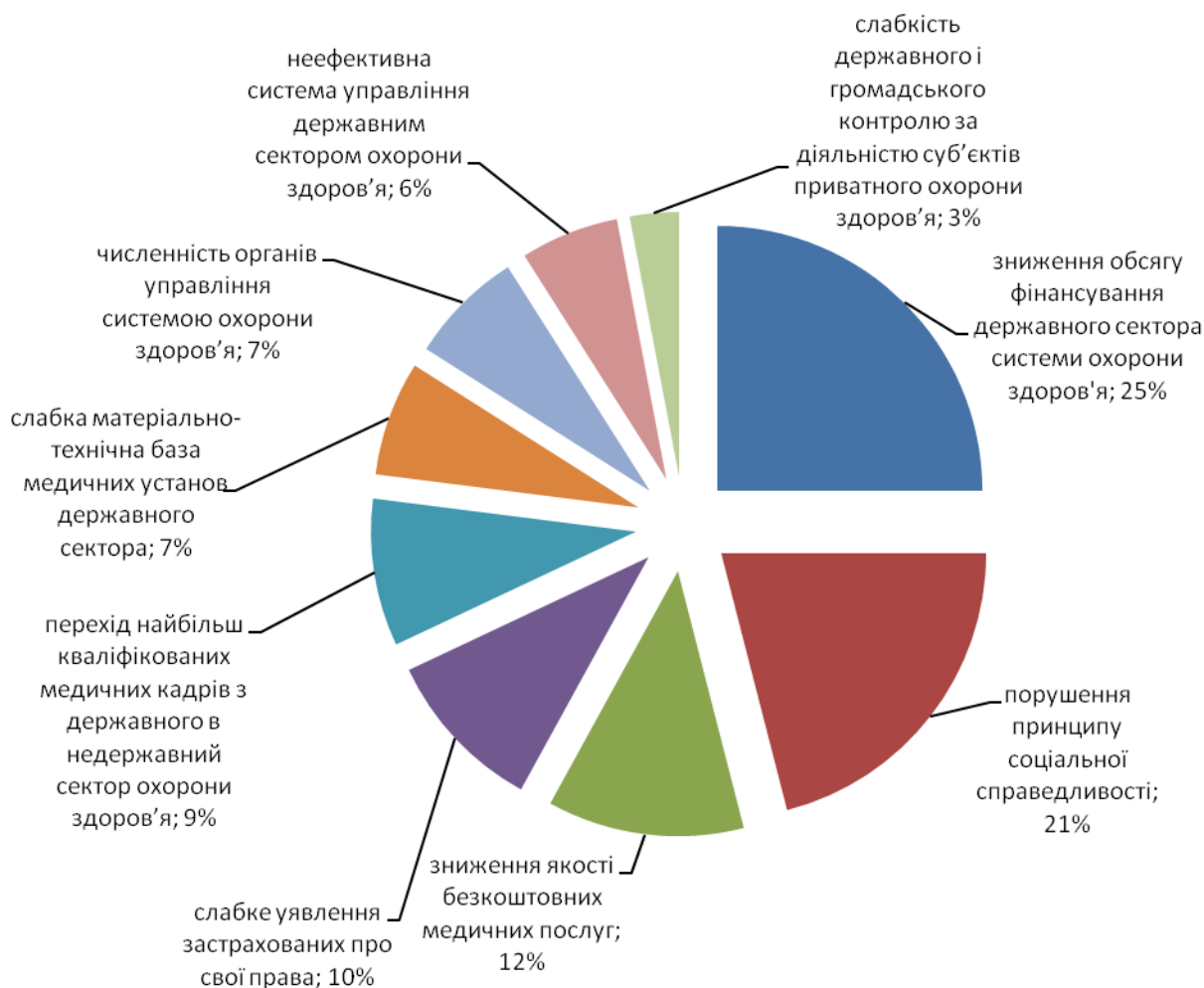


Рисунок 2.1. – Структура проблемного поля функціонування системи охорони здоров'я України (за узагальненою оцінкою виробників і споживачів послуг галузі)

На основі проведеного аналізу функціонування системи охорони здоров'я України до зазначених груп можна додати недоліки існуючої законодавчої бази і пояснити дані проблеми більш детально.

1. Недоліки нормативно-правової бази, що існують.

З метою аналізу законодавчого забезпечення охорони здоров'я в Україні доцільно детально розглянути закони, норми яких закріплюють, регулюють і захищають право людини на охорону здоров'я.

По-перше, це Конституція України, яка є головним джерелом, що регулює суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги. Стаття 49 Конституції України присвячена охороні здоров'я і медичній допомозі, у якій закріплено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування [61].

По-друге, Цивільний кодекс України, що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286) [1].

По-третє, Основи законодавства України про охорону здоров'я – нормативний документ, що присвячений регулюванню прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі.

Наступними треба відзначити: Сімейний кодекс України з метою охорони здоров'я встановлює шлюбний вік (ст. 22 СК); визначає осіб, які не можуть перебувати у шлюбі між собою (ст. 26 СК); гарантує державну охорону сім'ї, дитинства, материнства і батьківства (ст. 5 СК) та інше [57, 152]; Бюджетний кодекс України регулює питання розмежування видатків міждержавним та місцевими бюджетами; Кримінальний кодекс України містить численний перелік складів злочину, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі наданням медичної допомоги. Закони України: «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»; «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування», «Про загальнообов'язкове медичне страхування» та ін.

Аналіз законодавчої бази дозволяє виявити недоліки існуючої нормативно-правової бази, що регулює діяльність державного і приватного секторів системи охорони здоров'я, а також визначити те, що в даний час фактично відсутня необхідна законодавча основа охорони здоров'я. Нормативні правові акти, що регламентують діяльність у сфері охорони здоров'я, при достатній різноманітності і значущості, по суті, не систематизовані. В першу чергу, через те, що їх приймає дуже широке коло владних структур і за рахунок дублювання нормативних правових актів різними рівнями влади. Однак при відтворенні правових норм не завжди встановлюється порядок, відповідно до якого повинні реалізовуватися положення наказів і нормативів, а також міра відповідальності за їх порушення. Юридичне оформлення безкоштовної медичної допомоги в державних установах не має повних гарантій для її реалізації, незважаючи на те, що така допомога закріплена в Конституції.

У роботах вчених і фахівців [2, 22, 30, 40, 57, 160] механізм медичного страхування визначається як всього лише ще один механізм зі збору грошей – через державні фонди обов'язкового медичного страхування, основне заняття яких не медичне страхування, а перерозподіл коштів, які в період зміни економічної системи стають благодатним ґрунтом для корупції і розростання чиновницького апарату.

Аналіз нормативно-правових актів, прийнятих в Україні, свідчить про те, що в даний час практично відсутні нормативні правові акти з регулювання цілого ряду питань. На сьогоднішній день практично немає нормативних правових актів прямої дії з контролю за витрачанням фінансових ресурсів. Державні лікувально-профілактичні установи перевіряються групами контрольно-ревізійного управління (які перевіряють тільки бюджетні джерела фінансування). При цьому в теоретичній літературі відзначається, що з усіх існуючих на сьогоднішній день контролюючих структур найбільш незалежним є аудит [156, 178]. Але відповідно до чинного

законодавства аудиторській перевірці підлягають тільки фонди обов'язкового медичного страхування і страхові організації.

Існуючі в даний час нормативні правові акти спрямовані переважно на регулювання розвитку високотехнологічних видів медичної допомоги і деяке стимулювання розвитку інституту лікаря загальної практики. Само по собі це важливо, але не заповнює правову прогалину в питаннях збереження і економії ресурсів.

2. Недостатній обсяг фінансування галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу державна політика в галузі охорони здоров'я ставить перед собою кілька однакових цілей: забезпечити загальний і рівний доступ до охорони здоров'я прийнятної якості, утримати витрати на допустимому рівні і домогтися ефективного використання ресурсів. Імовірність досягнення цих цілей і сукупні витрати для суспільства залежать в першу чергу від способу фінансування системи охорони здоров'я.

Зміна структури фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я (включення приватного ринку медичних послуг і безпосередня оплата населенням) декларується в якості одного з основних напрямків реформування галузі. При цьому стверджується, що надання безкоштовної медичної допомоги має бути збалансованим з наявними ресурсами.

Крім недостатності обсягів фінансування системи охорони здоров'я в останнє десятиліття спостерігаються і істотні зміни структури витрат на охорону здоров'я. Збільшення частки приватних платежів в загальних витратах на охорону здоров'я веде тільки до більшої нерівності в доступності медичної допомоги. Особливо високими темпами зростають витрати населення на купівлю лікарських засобів, що пояснюється різким підвищенням цін на ліки, нездатністю держави обмежити цей процес і забезпечити необхідний рівень фінансування лікарського забезпечення населення з бюджету.

Діюча в даний час система управління і фінансування в охороні здоров'я визначили вкрай низьку ефективність використання ресурсів і

незбалансованість в структурі надання медичної допомоги. В умовах гострого дефіциту коштів в галузі відбувається зміщення структури надання медичної допомоги в сторону щодо дорогих її видів, зокрема, на стаціонарному рівні. При цьому основні втрати коштів пов'язані з незбалансованістю рівнів і ланок надання медичної допомоги і як справедливо зазначає ряд вчених: система охорони здоров'я сьогодні фінансується за залишковим принципом, а діє за витратним [150].

Не підлягає сумніву, що сьогодні вкрай актуальна єдність цілей органів соціального захисту населення, охорони здоров'я, обов'язкового медичного страхування. Одним з таких шляхів є єдиний підхід до збереження здоров'я конкретної людини. Очевидно, що для того, щоб не допускати виникнення хвороби і не витратити великі фінансові кошти на надання медичної допомоги, логічніше, і набагато економічніше попередити виникнення патологічного процесу, для чого повинна бути відновлена система попереджувальних заходів існуюча в радянський період. При цьому дана діяльність повинна бути не тільки підкріплена необхідними фінансовими засобами, а й забезпечена відповідними організаційними формами [178, 189].

3. *Порушення принципів соціальної справедливості.* Інструментом реалізації принципу соціальної справедливості повинна бути міжгалузева державна політика в сфері охорони здоров'я, що базується на системному підході, яка полягає в солідарному участю всіх секторів суспільства у вирішенні проблем, що стосуються охорони здоров'я, способу життя і місця існування.

4. *Недосконалість системи управління і макроекономічного планування в галузі охорони здоров'я.*

Теоретично правова відповідальність за надання послуг охорони здоров'я в межах певних територіальних кордонів повинна припускати прийняття рішень по кількості підтримуваних медичних установ, їх фінансування та контролю їх діяльності. В умовах недостатнього фінансування медичних установ, ці обов'язки повинні включати досить важкі

рішення по раціоналізації системи охорони здоров'я. На практиці ж спроможності місцевих органів влади повноцінно виконувати ці зобов'язання дуже обмежені як в професійному, так і в політичному відношенні.

Ще однією проблемою в сфері управління охороною здоров'я є неявне заміщення безкоштовної медичної допомоги платною. Це ніяк не формулюється в офіційних документах і нормативних актах, але реальність останніх років переконливо свідчать про те, що органи державного управління дотримуються даного напрямку. В першу чергу це проявляється в перекладанні на населення частини неоплачуваних державою витрат на лікарські засоби, вироби медичного призначення, харчування при стаціонарному лікуванні.

Надання безоплатної та платної медичної допомоги в державних установах тісно переплітається (як правило, в ньому беруть участь одні й ті ж медичні працівники, використовується одна і та ж техніка і т.д.). Технологічна залежність неминуче тягне за собою використання оплачуваних державою ресурсів для надання платної допомоги, простежити ж за тим, як використовуються ресурси, досить складно. Крім цього, слід враховувати, що наростання платності відбувається стихійно і слабо управляється державою.

Протягом останніх десятиліть, коли приватний сектор охорони здоров'я користувався вигодами від відкриття ринків (незважаючи на недостатнє регулювання), інфраструктура державного сектора охорони здоров'я не зазнала істотних змін. Помітно знизилася значення стратегічного планування в охороні здоров'я. Втрата колишніх адміністративних важелів управління мережею медичних установ адекватно не компенсоване методами економічного управління. Як органи управління охороною здоров'я, так і структури системи обов'язкового медичного страхування втрачають важелі впливу на установи охорони здоров'я, систему надання медичної допомоги в цілому.

Аналіз стану та систематизація проблем функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я на основі опитування організаторів та споживачів системи охорони здоров'я дав змогу розвинути *основоположні критерії державного регулювання економіки галузі охорони здоров'я*:

успішна реалізація державою функцій гаранта дотримання загального соціально-економічного інтересу суспільства – поліпшення здоров'я населення;

забезпечення реалізації принципу соціальної справедливості на основі міжгалузевої державної політики в сфері охорони здоров'я;

систематизація та взаємоузгодженість нормативно-правових актів в рамках реформування галузі із забезпечення соціальної справедливості, контролю витрачання фінансових ресурсів та їх економії;

наявність умов, що забезпечують доступність медичної допомоги всім категоріям громадян;

визначення співвідношення платної і безкоштовної для населення медичної допомоги, що забезпечує нормативне споживання медичних послуг як заможними, так і слабо соціально захищеними верствами населення;

забезпечення ефективності сертифікації, а також ліцензування ліків і медичної діяльності.

Ці критерії є найважливішою умовою успішного соціально-економічного розвитку як країни в цілому, так і її регіонів.

2.3. Методичне забезпечення макроекономічного планування за умов реформування галузі охорони здоров'я

До початку проведення реформ в галузі охорони здоров'я в Україні діяла система Семашко, яка будувалася на наступних принципах: загальнодоступність безкоштовного медичного обслуговування,

профілактика соціально значущих захворювань, якісне медичне обслуговування, тісна взаємодія медичної науки і практики і єдність пропаганди здорового способу життя, лікування і реабілітації.

В результаті була створена цілісна система загальнодоступного безкоштовного медичного обслуговування, основними рисами якої були [2, 147]: домінуюча роль держави, як в забезпеченні соціальних гарантій, так і в управлінні діяльністю охорони здоров'я;

пріоритетність заходів щодо заохочення народжуваності та забезпечення здоров'я матері і дитини;

профілактична спрямованість медичної політики: впровадження регулярних медичних оглядів дітей і працівників (обов'язкова диспансеризація; санаторії та оздоровчі центри були добре обладнані і вважалися неодмінною частиною медичного обслуговування);

гарантований доступ всього населення до медичної допомоги (платними були лише ліки, отримані поза лікарнею);

збалансована система лікування, профілактики, реабілітації та санітарно-епідеміологічного нагляду;

добре розвинена, чітко структурована система санітарно-епідеміологічної служби, спрямованої на боротьбу з інфекціями, професійними захворюваннями та хворобами, пов'язаними з екологічними проблемами (для медичного обслуговування робітників при промислових підприємствах створювали медико-санітарні частини);

сформована, добре розвинена на всіх рівнях інфраструктура галузі;

налагоджена система кадрового забезпечення.

Тим часом, зазначена система виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічної моделі суспільства і розвитку ринкової економіки. За період незалежності України, в процесі переходу від командно-адміністративного способу управління до ринкового, відсутність уваги до системи охорони здоров'я призвело до змін її структури і якісних характеристик.

Для оцінки готовності системи охорони здоров'я до проведеним реформам обов'язково необхідно провести аналіз якісного і кількісного складу медичних кадрів.

З табл. 2.11 можна бачити негативну динаміку чисельності як лікарів, так і середнього медичного персоналу, а також – негативну динаміку інших показників. Причиною такого явища є як низька матеріальна складова оплати праці, так і обумовлений нею низький престиж професії медика в Україні. Одночасно при зниженні відносної кількості лікувальних установ, збільшилася чисельність амбулаторно-поліклінічних установ, що відповідає напрямку руху до європейських стандартів.

Таблиця 2.11

Мережа та кадри закладів охорони здоров'я*

Рік	Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб	Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	Кількість лікарняних закладів, тис. од.	У них лікарняних ліжок, тис. од.	Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.
1990	227	607	4	700	7
1995	230	595	4	639	7
2000	226	541	3	466	7
2005	224	496	3	445	8
2009	225	467	3	431	9
2010	225	467	3	429	9
2011	224	459	2	412	8
2012	217	441	2	404	8
2013	217	441	2	398	11
2014	186	379	2	336	10
2015	186	372	2	333	10

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Більш детальна характеристика медичних кадрів представлена у Додатку Д. Так, експерти відзначають застарілу організацію системи медичного обслуговування, яка орієнтована не на задоволення потреб громадян країни в медичній допомозі, а на збереження ситуації ще в радянські роки інфраструктури. В Україні вдвічі більше, ніж в країнах

Євросоюзу, стаціонарних установ і ліжок, половина з яких використовується для госпіталізації осіб, котрі мають потреби в стаціонарному лікуванні. Медичні установи здебільшого погано оснащені застарілим обладнанням (знос обладнання становить понад 70%), а нове сучасне обладнання часто простоює. Чи не краще і ситуація з використанням кадрових ресурсів. Характеристика медичних кадрів представлена у табл. 2.12 та табл. ДЗ (Додатку Д.). Середньостатистичний лікар-хірург стаціонару виконує 50-60 операцій на рік, тобто оперує 1 раз в тиждень, що неминуче призводить до втрати його професійної кваліфікації, в той же час на одного дільничного терапевта доводиться навіть в містах більше 3000 населення. У малопотужних (насамперед сільських дільничних) лікарнях на утримання установ витрачається близько 94% коштів, а безпосередньо на пацієнта – всього 6% [139].

Таблиця 2.12

**Розподіл лікарів за окремими спеціальностями в Україні
на кінець 2015 р., осіб***

<i>Спеціальності</i>	<i>Усього</i>	<i>На 10000 населення</i>
<i>Кількість лікарів усіх спеціальностей, у тому числі:</i>	186234	43,7
терапевти	35819	8,4
хірурги	27665	6,5
акушери-гінекологи	11650	2,7
педіатри	11351	2,7
офтальмологи	4012	0,9
отоларингологи	3373	0,8
невропатологи	6632	1,6
психіатри і психіатри-наркологи	4848	1,1
фтизіатри	2363	0,6
дермато-венерологи	3385	0,8
рентгенологи і радіологи	4330	1,0
лікарі з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	522	0,1
лікарі санітарно-протиепідемічної групи	1605	0,4
стоматологи	26846	6,3
сімейні лікарі	13558	3,2
лікарі інших спеціальностей	28275	6,6

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

В цілому ресурси, що виділяються державою на охорону здоров'я і вкладаються населенням, використовуються вкрай неефективно. При правильній організації медичного обслуговування за ці ж кошти можна було б надати більше необхідних населенню послуг більш високої якості. Відсутність перетворень в цій сфері загрожує стрімким відтоком професійних кадрів із системи, подальшим погіршенням доступності, перш за все, якісної медичної допомоги і відповідно – погіршенням здоров'я громадян.

Тому охорона здоров'я в Україні вимагає невідкладного реформування і розробки державної програми щодо подальшого розвитку власної, адаптованої до історичних, політичних, економічних, демографічних, географічних і т.п. умов, моделі вітчизняної охорони здоров'я.

Основна мета реформи галузі охорони здоров'я, що проводиться в Україні – поліпшення здоров'я і тривалості життя населення. У даному відношенні відразу ж слід зазначити, що досягнення цієї мети вимагає удосконалення не тільки системи охорони здоров'я, а й усього процесу охорони здоров'я, в тому числі – на рівні профілактики захворюваності.

В рамках структурної реорганізації охорони здоров'я має бути поділ всіх видів надання медичної допомоги на рівні. Відповідно до європейських стандартів 80% хворих, що звертаються, повинні отримувати медичну допомогу на первинному рівні (поліклінічні відділення, амбулаторії). І тільки в 20% випадків (де не змогли впоратися дільничний лікар, сімейний лікар) пацієнт відправляється на другий рівень надання медичної допомоги – центральні районні та міські лікарні (стаціонари), які організовуються шляхом створення госпітальних округів з 5 видами лікувальних установ (для хворих з необхідністю реанімаційного лікування і цілодобового спостереження, лікарні планового лікування, хоспіси, діагностичні та консультаційні центри). Передбачається, що поділ медичної допомоги за рівнями дозволить в умовах обмеженого фінансування системи найбільш повно використовувати матеріально-технічні та кадрові ресурси.

Реформа медичної галузі, що проводиться в даний час передбачає як структурно-організаційне розмежування рівнів надання медичної допомоги, так і їх фінансово-економічне забезпечення. *Нова модель охорони здоров'я потребує вирішення наступних завдань:*

провести реструктуризацію мережі лікувальних установ з урахуванням потреб населення у медичній допомозі різних рівнів;

сформувати оптимальний маршрут пацієнта;

апробувати нові принципи фінансування охорони здоров'я та нові принципи оплати праці медпрацівників;

відпрацювати нові механізми контролю якості надання медичної допомоги [2].

Аналіз процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні потребує конкретизації її структури та основних функцій. Згідно з міжнародною класифікацією, медична допомога за видами ділиться на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та паліативну.

Екстрену допомогу надають людям, які знаходяться в невідкладному стані на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Первинна медична допомога – лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь. Її надають в амбулаторних умовах або за місцем проживання пацієнта лікарем загальної практики (сімейним лікарем, в тому числі приватним). Якщо людині потрібна додаткова консультація, його направляють до спеціалізованого лікаря для вторинної медичної допомоги. Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається тільки лікарем-фахівцем (у тому числі приватним), а не сімейним лікарем. Вона включає лікування в стаціонарі.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога – лікування із застосуванням високотехнологічного обладнання та / або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності. Її не можуть надавати лікарі-фізособи, тільки профільні медустанови.

На останніх стадіях невиліковних хвороб пацієнтам і членам їх сімей надається паліативна допомога, яка спрямована на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів. Її надають у напрямку державного або комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна.

Основою реалізованої в Україні реформи охорони здоров'я є реструктуризація закладів охорони здоров'я відповідно до даних видів медичної допомоги. Види медичної допомоги: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна (полегшення страждань) або третинна медична допомога.

До 2014 р Кабінет Міністрів України проводив пілотний проект медичної реформи в кількох регіонах країни – Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та у м. Києві. «Пілотний» регіон – це, по суті, експериментальний майданчик, на якому впроваджуються окремі елементи і реформа в цілому. Регулярно відслідковувати її результати, виявляти зони ризику, коригувати тактику проведення реформ – це і завдання, і технологія роботи в «пілотів». Її важливою складовою є відкрите інформування медичної громадськості про отримані результати.

У кожному регіоні повинен бути створений центр екстреної допомоги та медицини катастроф з відділеннями в різних містах і бригадами швидкої допомоги. Визначено головний показник ефективності: швидка повинна приїхати до пацієнта не більше, ніж за 20 хвилин.

Первинну допомогу надаватимуть амбулаторії загальної практики, куди можуть відправити працювати не тільки терапевтів і педіатрів, а й гінекологів, невропатологів, психіатрів, хірургів та інших лікарів.

Для вторинної медичної допомоги лікарні регіонів поділять на госпітальні округи, які будуть працювати на території кількох районів. З кожною медустановою буде підписаний договір, в якому вкажуть, який обсяг медичної допомоги він повинен забезпечити, головні показники якості послуг і норми фінансового забезпечення.

Більш детально, етапи процесу реформування системи охорони здоров'я включають такі основні заходи та напрями діяльності.

Перший етап. Першого січня 2012 р. завершився перший етап реформування охорони здоров'я, який почався в 2010 р. Згідно з проектом, у фельдшерсько-акушерських пунктах населення отримуватиме долікарську медичну допомогу, призначення лікаря, патронаж дітей 1-го року життя і вагітних жінок, проведення санітарно-протиепідемічних і санітарно-просвітницьких заходів. Функції амбулаторії не змінилися і включають профілактичні заходи, раннє виявлення хворих, диспансерне спостереження, надання населенню кваліфікованої позалікарняної медичної допомоги, своєчасне направлення хворих в лікувально-профілактичні установи інших рівнів.

Структура сімейної амбулаторії не вимагає змін і структурних підрозділів організовуються на основі наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.01 №303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини». При цьому амбулаторії втрачають статус юридичної особи і входять в якості структурного підрозділу в центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), отже, вони не будуть отримувати ліцензію на медичну практику та наркотики. Крім того, амбулаторії не займатимуться фінансово-економічною діяльністю, а будуть зосереджені на лікувально-профілактичній роботі.

Амбулаторії увійдуть до складу ЦПМСД, які візьмуть на себе як організацію і надання планової та невідкладної допомоги, забезпечення пільгової категорії населення медикаментами, забезпечення контролю якості надання медичної допомоги, планування і координацію діяльності структурних підрозділів, фінансовий і організаційний менеджмент. ЦПМСД є юридичною особою і саме ця структура візьме на себе отримання ліцензії на медичну практику та наркотичні засоби, буде проводити торги із закупівлі медикаментів, обладнання, витратних матеріалів, бензину.

ЦПМСД створюється в перерахунку до 100 тис. населення і має наступну структуру:

адміністративно-управлінський апарат;

господарську частину;

консультативне підрозділ, що забезпечує на період повного укомплектування сімейними лікарями, прийоми вузьких фахівців (педіатр, хірург, ЛОР, окуліст, невропатолог, акушер-гінеколог);

діагностичні служби (лабораторія, ЕКГ та ін.);

денний стаціонар;

фізіотерапевтичне підрозділ;

пункт невідкладної медичної допомоги.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я України» до 2020 р. всі дільничні лікарі повинні перекваліфікуватися в сімейних лікарів. Решта мережі лікувальних закладів первинної ланки отримає подальший розвиток і зміцнення матеріально-технічної бази.

Впровадження даного етапу реформи охорони здоров'я пов'язане з високим кадровим дефіцитом, браком коштів і недостатнім рівнем підготовки професійних кадрів.

Зокрема, для реалізації Закону та проведення реформи в охороні здоров'я необхідно укомплектувати ЦПМСД 3000 лікарів загальної практики – сімейними лікарями. До 2020 р. на курсах спеціалізації передбачається підготувати 900 лікарів, в тому числі протягом найближчих 3-х років – 390 осіб (по 130 лікарів щорічно); шляхом навчання в інтернатурі – понад 1700 чоловік, в тому числі за 3 роки – 375 (по 125 осіб щорічно) [9, 18, 68].

Фінансування первинної ланки медичної допомоги буде здійснюватися за рахунок місцевих бюджетів. Виходячи з цього, планується фінансування підготовки кадрів для ЦПМСД передати також на рівень місцевих бюджетів із залученням інших джерел фінансування. У даному відношенні слід відзначити, що результативність даного етапу реформування системи

охорони здоров'я України буде залежати безпосередньо від реформування бюджетної системи країни в напрямі надання більшої самостійності місцевим бюджетам і збільшенні доходів даного рівня бюджетування.

Другий етап. На другому етапі реформи охорони здоров'я, до 1 квітня 2012 року, в пілотних регіонах країни по плану закінчена реорганізація служби екстреної медичної допомоги шляхом створення єдиного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з мережею станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги та пунктів тимчасового базування виїзних бригад для забезпечення своєчасного прибуття до пацієнта. Оскільки основним критерієм реформи екстреної медичної допомоги є своєчасність прибуття до пацієнта, важливим компонентом є рівномірний перерозподіл по території регіонів підрозділів служби.

Впровадження єдиної вертикалі управління та фінансування дозволить усунути існуючу на сьогоднішній день залежність від адміністративної приналежності територій. А створення єдиної диспетчерської служби, проект якої вже розроблений, з системою сучасної зв'язку, комп'ютеризацією робочого місця диспетчера на станціях і підстанціях швидкої медичної допомоги дозволить підвищити можливості оперативного зв'язку з пацієнтом, медичним персоналом станцій швидкої медичної допомоги, фахівцями лікарень інтенсивного лікування, а також забезпечити найбільш раціональний маршрут кожного санітарного автомобіля.

На сьогоднішній день головним управлінням охорони здоров'я діє Концепція реформи екстреної медичної допомоги, план-графік її реалізації, визначена структура служби, оптимальна кількість основних станцій швидкої медичної допомоги з підрозділами, відпрацьована схема їх дислокації.

Звільнення служби екстреної медичної допомоги від невластивих їй функцій (введення знеболюючих, наркотичних засобів, надання першої допомоги хронічним хворим) і широке залучення до роботи виїзних бригад фельдшерів швидкої допомоги дозволить компенсувати кадровий дефіцит лікарів в системі.

Третій етап. Реорганізація третього рівня медичної допомоги проводиться постійно. В даний час відпрацьовується модель реорганізації спеціалізованої служби.

Найважливішим аспектом роботи на кожному рівні надання медичної допомоги буде вдосконалення контролю якості надання медичної послуги. Пропонується внести відповідні корективи в систему зовнішнього контролю (ліцензування, акредитація, атестація медичних працівників). Виникла необхідність посилити, а в деяких ЛПУ відродити внутрішній контроль за роботою ЛПУ і його структурних підрозділів. Це великий комплекс заходів, який буде включати зміни принципів і прийомів керівництва, зміцнення матеріально-технічної бази, навчання з медперсоналом, розвиток само- і взаємоконтролю, впровадження протоколів, стандартів в лікувально-діагностичний процес.

Структурна перебудова передбачає формування наближених до місця проживання установ, в яких буде надаватися первинна медична допомога лікарями загальної практики – сімейними лікарями всім членам сім'ї при неважких захворюваннях, що часто зустрічаються. Ці лікарі визначатимуть також оптимальний маршрут для пацієнтів, які потребують отримання спеціалізованої допомоги, і виступати в якості представників їх медичних інтересів (адвокатів), з тим щоб забезпечити призначення тільки необхідних відповідно до стану пацієнта і доведення ефективних досліджень і ліків, що дозволить оптимізувати (найчастіше зменшити) витрати населення і поліпшити результати лікування. Зацікавленість цих лікарів в якісному обслуговуванні забезпечується вільним вибором пацієнтом сімейного лікаря, що підкріплюється фінансуванням його діяльності в залежності від числа пацієнтів, що прикріпилися до нього.

З метою забезпечення керованості закладів первинної ланки, оптимізації використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, їх фінансової стійкості передбачається створення центрів первинної медичної допомоги, які забезпечують надання первинної

лікарської, долікарської та невідкладної допомоги жителям окремого сільського району або міста з чисельністю населення від 30 до 100 тис. осіб.

Наступний процес – перепрофілювання існуючих установ для надання спеціалізованої допомоги в лікарні для інтенсивного лікування, відновного лікування, планового лікування для хронічних хворих, установи для спільного надання лікування та догляду (медико-соціальної допомоги), хоспіси.

Така спеціалізація лікарень з поліклінічними відділеннями, що входять до їх складу, дозволить дооснастити ці установи і сконцентрувати необхідне обладнання і фахівців для надання медичної допомоги належної якості виходячи з медичних потреб пацієнтів. Так, лікарні інтенсивного лікування, які обслуговують 150-200 тис. населення, будуть оснащені сучасним обладнанням для хірургічних втручань, надання допомоги при травмах, сучасного лікування, здатного максимально запобігти інвалідності і смертельні випадки при інсультах, інфарктах та ін. Доставка пацієнтів в такі лікарні буде забезпечуватися в найкоротші терміни медичним транспортом (швидкою допомогою). Лікарні для відновного лікування будуть оснащені обладнанням, що дозволяє максимально відновити втрачені функції у зв'язку із захворюванням або травмою.

Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я орієнтована на стимулювання створення мережі установ та формування структури медичних послуг, адекватних потребам населення в медичній допомозі, і мотивацію медичного персоналу, оплата праці якого буде залежати від інтенсивності та якості його роботи.

Створення гарантій і забезпечення якості медичного обслуговування передбачає комплекс заходів щодо об'єктивізації позавідомчого контролю (ліцензування, акредитації, атестації), застосування державних соціальних стандартів і нормативів як механізму регулювання державних гарантій щодо надання медичної допомоги, підвищення прозорості діяльності та детінізації галузі, використання галузевих стандартів (клінічних протоколів, медичних

стандартів, лікарських формулярів), які забезпечують застосування сучасних ефективних медичних технологій і захищають пацієнта від непрофесійних і, певною мірою корупційних, дій (невиправданого призначення високовартісних і надлишкових лікарських препаратів, медичних технологій).

Галузь охорони здоров'я – дуже складна і досить інертна сфера. Тому серйозні результати у вигляді поліпшення здоров'я населення в цілому, підвищення тривалості і якості життя зажадають певного часу. Однак найближчим часом всі громадяни країни повинні відчувати, що система охорони здоров'я адекватно реагує на їхні запити, медична допомога стала доступнішою, захищеність від неякісної допомоги та неякісних ліків – вище, а фінансовий тягар у зв'язку з отриманням медичної допомоги відчутно поменшало.

Загальна забезпеченість практикуючими лікарями в Україні близька до середньоєвропейських показників. Надлишку практикуючих лікарів в країні немає. Має місце диспропорція між лікарями загальної практики, які надають первинну допомогу, і лікарями-фахівцями. Тому на перехідному етапі має використовуватись у складі центрів первинної медико-санітарної допомоги для консультативної підтримки певний перелік лікарів-фахівців, надавши їм в подальшому можливість:

а) перенавчання / отримання сертифіката лікаря загальної практики – сімейної медицини;

б) підвищити кваліфікацію в рамках своєї спеціальності і зайняти посаду в одному із закладів вторинного або третинного рівня.

У більшості установ вторинного рівня (лікарні для планового лікування, інтенсивного лікування, відновного лікування), що надають спеціалізовану допомогу, передбачаються амбулаторні консультативно-діагностичні центри, де можуть бути задіяні фахівці відповідного профілю і кваліфікації.

Тобто лікарський персонал буде затребуваний. Кожен зможе знайти собі застосування, хоча не виключається і навіть передбачається додаткова підготовка або перепідготовка персоналу. Витрати на рішення цього завдання держава планує взяти на себе.

Реформа позначиться також на оплаті праці медичного персоналу. Вона спрямована на усунення економічної мотивації до змісту надлишкових потужностей: будівель, ліжок тощо. Засоби, зекономлені на утриманні, будуть реінвестовані в поліпшення діагностики, лікування і профілактики (ресурсного наповнення випадку лікування – медикаментами, витратними матеріалами, обладнанням), а також підвищення заробітної плати медичного персоналу.

Оплата праці буде диференційованою в залежності від обсягів і якості виконаної роботи. Передбачаються зміни умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових в заробітній платі: постійної, яка буде визначатися традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів, і додаткової, яка буде базуватися на чітких і прозорих умовах обсягу і якості виконаної роботи. Причому додаткова частина може бути істотно більше основної або постійною.

Слід зазначити, що процес реформування системи охорони здоров'я в Україні не позбавлений характерного для будь-якої трансформації опору змінам. Реформа ще не стартувала в загальнонаціональному масштабі, а в суспільстві повзли чутки, тиражується в засобах масової інформації, в яких викладаються катастрофічні сценарії розвитку подій з масовим звільненням лікарів, закриттям лікарень, позбавленням людей навіть примарної можливості отримання медичної допомоги. Даний факт вимагає впровадження додаткових інформаційних заходів, спрямованих на роз'яснення громадянам суті проведених реформ – як найбільш важливого етапу зниження опору змінам.

Насправді ж, передбачається не закриття, а перепрофілювання лікарень. У кожному сільському районі залишається лікарня для планового

лікування хронічних хворих і доліковування пацієнтів, виписаних з лікарень для надання інтенсивної допомоги. До складу лікарні для планового лікування входять центр для надання амбулаторної та консультативної спеціалізованої допомоги та денний стаціонар, в якому можуть виконуватися дрібні, які не потребують інтенсивного лікування втручання, в тому числі і хірургічного характеру.

У випадках, які вимагають негайного втручання, пацієнтів спеціально обладнаний (має необхідні кошти для підтримки життєво важливих функцій організму – наркозно-дихальну та іншу апаратуру) машиною швидкої допомоги доставляють в лікарню інтенсивного лікування, тобто профільну установу для надання йому допомоги належної інтенсивності і профілю відповідно до діючих медичних стандартів. В результаті для кожного жителя України доступність якісної, адекватної стану пацієнта допомоги зросте.

Аналіз стану галузі, структурування проблем і характеристика напрямів реформування галузі дають можливість зробити висновок про те, що в цілому, чинники нинішнього незадовільного стану вітчизняної галузі охорони здоров'я лежать в площині як галузевих, так і позагалузевими проблем. Тому розробка стратегії і проведення реформування медичної галузі може спиратися на комплексний міжгалузевий підхід, про який говорилося раніше. Для поліпшення діяльності вітчизняної галузі охорони здоров'я пропонується реалізація наступних кроків:

1. Удосконалення законодавчого забезпечення галузі охорони здоров'я.

З метою забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні визначити базовий пакет надання медичних послуг, гарантованих державою, який надалі стане базовим для впровадження медичного страхування. З метою забезпечення законодавчої захищеності прав пацієнтів і медичних працівників в Україні прийняти закон України «Про захист прав пацієнта». З метою посилення ефективності механізмів реалізації чинного законодавства ввести систему моніторингу та відстеження якості виконання нормативно-правових актів, які регламентують

діяльність галузі охорони здоров'я. З метою комплексного врегулювання усіх аспектів нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я створити базовий документ – Кодекс законів України про охорону здоров'я.

2. Посилення ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

З метою забезпечення прозорого механізму фінансування сфери охорони здоров'я визначити чіткий перелік гарантованих державою послуг охорони здоров'я, виходячи з наявного обсягу фінансування скласти проблемну комісію з економістів, фінансистів, юристів, медиків тощо для розрахунку вартості послуг охорони здоров'я. Запровадити механізми інноваційного фінансування галузі охорони здоров'я шляхом, зокрема, введення механізму цільового використання акцизного збору на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру і т.п.) на потреби охорони здоров'я.

З метою удосконалення процедури державного забезпечення населення України базовим пакетом лікарських препаратів створити Державний реєстр цін на лікарські засоби; на державному рівні ввести систему фіксування цін на ряд соціально важливих лікарських засобів з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво.

З метою підвищення ефективності використання витрат на галузі охорони здоров'я, запровадити систему моніторингу, яка б оцінювала ефективність державних витрат з точки зору якісних наслідків для здоров'я суспільства.

Сприяти розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм: побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм і т.п.

3. Стимулювання розвитку добровільного медичного страхування. З метою забезпечення принципу багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я, сприятиме подальшому розвитку добровільного

медичного страхування, лікарняних кас; більш широко використовувати ресурси приватних медичних установ.

З метою підвищення якості медичної допомоги, забезпечення цілеспрямованого і контрольованого використання коштів, сприятиме подальшому розвитку лікарняних кас, залученню до них підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності. При цьому підприємства можуть сплачувати частину внесків або повний їх розмір за своїх співробітників.

З метою більш широкого використання добровільного медичного страхування, зниження цін на його послуги, ввести механізми фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення і тим самим – скорочення кількості страхових випадків.

4. Підвищення якості послуг охорони здоров'я.

З метою посилення громадського контролю, побудови двостороннього зв'язку між державою, галуззю охорони здоров'я та громадянським суспільством у галузі охорони здоров'я посилити роль Громадської ради МОЗ України шляхом забезпечення активного залучення його до аналітичної роботи з вивчення впливу механізмів реформування на діяльність галузі охорони здоров'я, задоволення населення результатами реформування; забезпечення професійної громадської експертизи галузевого законодавства.

Забезпечити розробку нових і оновлення існуючих медичних стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і додержанням цих стандартів.

З метою підвищення ефективності використання ресурсів в газузі охорони здоров'я, ввести систему диференційованої стимулюючої оплати праці в галузі охорони здоров'я та систему контрактних державних

закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між постачальниками медичних послуг (медичними установами, лікарями приватної практики) і споживачами, державними органами управління з прив'язкою до якості шкали складності надання медичної допомоги.

Створити програму безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у тому числі за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів і т.п.), які застосовуються на різних рівнях галузі охорони здоров'я, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю якості. Посилити мотиваційні механізми підвищення якості надання послуг, зокрема: посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів і т.п.); підвищити рівень заробітної плати; ввести стимулюючу систему оплати за профілактичну діяльність і т.п.

Саме становлення ринку медичних послуг могло б стати одним з найважливіших механізмів залучення додаткових коштів для фінансування системи охорони здоров'я. Вирішення цього завдання вимагає перетворення форм власності і організаційно-правових форм підприємницької діяльності в охороні здоров'я, розвиток *лібералізації економіки охорони здоров'я*. Її риси виражаються в наступному:

переважно інтенсивний розвиток економіки;

рівноправне існування всіх форм власності та організаційно-правових форм підприємництва в умовах збереження значного державного сектора в охороні здоров'я;

пріоритетність соціальної політики, оскільки перетворення економіки, реформування охорони здоров'я є не метою, а засобом створення умов для гідної та здорового життя кожної людини; реалізація і розробка загальнодержавних програм охорони здоров'я, підтримка профілактичної спрямованості медицини, пропаганда здорового способу життя;

створення стабільної законодавчої бази охорони здоров'я;

економічно обґрунтовані гарантії безкоштовної медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення;

пріоритетність державного фінансування соціальної сфери; збереження багатоканальної системи фінансування; розвиток фінансової інфраструктури в охороні здоров'я, так званих небанківських кредитних організацій, що дають позики на оплату високотехнологічних дорогих видів медичної допомоги; фінансова стабілізація системи охорони здоров'я;

досягнення ефективності медико-соціального страхування в результаті поліпшення загального економічного фону, підтримки промислових підприємств малого бізнесу, підприємництва, залучення інвестицій і, як результат, збільшення бази оподаткування для збору коштів в системі медико-соціального страхування;

стандартизація в охороні здоров'я як умова створення єдиної системи державного управління якістю медичної допомоги, визначення обґрунтованих обсягів фінансування і цін на медичні послуги;

переважно економічні методи управління охороною здоров'я;

пріоритетність якісних показників і показників ефективної діяльності закладів охорони здоров'я та на їх основі здійснення програмування та бізнес-планування;

підтримання балансу економічних інтересів держави, закладів охорони здоров'я та громадян.

5. Підвищення якості кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я.

З метою усунення диспропорції в кадровому забезпеченні галузі охорони здоров'я ввести систему прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії і темпів системних перетворень галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

Забезпечити підготовку та перепідготовку випереджаючими темпами лікарів загальної практики / сімейної медицини, сімейних медичних сестер,

середнього медичного персоналу з вищою освітою. Для цього в Державному бюджеті передбачити відповідну статтю фінансування.

На рис. 2.2. представлено методичне забезпечення макроекономічного планування галузі охорони здоров'я за умов реформування, яке ґрунтується на напрямках підвищення якості стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як елементу макроекономічного планування.



Рисунок 2.2. – Методичне забезпечення макроекономічного планування галузі охорони здоров'я за умов реформування (удосконалено автором з врахуванням [2, 9, 11, 57, 62, 117, 119, 126])

Методика включає методи оцінки ефективності охорони здоров'я з урахуванням міжгалузевого напрямку державної політики та системного підходу в галузі, а також необхідності побудови макроекономічного кластеру.

Аналіз і оцінка соціально-економічної ефективності охорони здоров'я. В охороні здоров'я економічна ефективність невіддільна від поняття ефективність медичної допомоги. Ефективність медичної допомоги є ступінь досягнення конкретних результатів (динаміка стану пацієнта) при певних рівнях витрат (матеріальних, трудових, фінансових).

1. Аналіз мінімізації витрат (cost-minimization analysis). Метод порівняльного дослідження витрат, при якому проводиться аналіз двох або більше видів лікування, різних за витратами, які можуть привести до однакових результатів.

2. Аналіз витрати-вигоди (cost-benefit analysis). Порівняння прибутковості або збитковості однієї програми в порівнянні з іншою, в результаті виходить оцінка ресурсів, що використовуються кожною програмою, в порівнянні з ресурсами, які кожна програма може зберегти або створити.

3. Аналіз витрати-ефективність (cost- effectiveness analysis). Аналіз, що порівнює витрати на досягнення якісно загальних ефектів, але різняться кількісно в відносних показниках. Результати такого аналізу можна виразити через витрати на одиницю ефекту.

4. Аналіз витрати-корисність (cost-utility analysis). Корисність розглядається як цінність певного рівня здоров'я (окремих людей або суспільства в цілому). Користь виражається такою умовною одиницею, як «виграш в роках життя» або «в запобігання смерті».

Однак, як вже зазначалося в попередньому розділі, недостатньо розглянути лікувальний заклад в якості господарської одиниці. Важливо поєднувати розглянутий аналіз з аналізом ефективності медичної діяльності, головним критерієм якої є здоров'я пацієнта; забезпечити зацікавленість

амбулаторно-поліклінічної ланки, як первинної медико-санітарної допомоги, в збереженні здоров'я населення і зниження частоти й тяжкості загострень захворювань у хронічних хворих; в збільшенні обсягу власної діяльності і скорочення необґрунтованих направлень до вузьких фахівців і в стаціонар; в раціональному використанні ресурсів. В стаціонарах потрібно зменшити число необґрунтованих госпіталізацій; стимулювати зацікавленість у скороченні тривалості перебування пацієнтів та підвищення ефективності використання об'єктивно обмежених ресурсів.

На рівні макроекономічної кластеру, частиною якого є охорона здоров'я, необхідно змінити застосовувану систему соціальних норм і нормативів. Міжгалузевим результатом ефективності застосування цієї системи повинна стати її орієнтація на поліпшення здоров'я населення, а критеріями ефективності – підвищення відповідальності громадян за особисте здоров'я та соціальної відповідальності держави за економічну безпеку охорони здоров'я як господарюючого суб'єкта макроекономічного кластеру. Посилення соціальної орієнтованості в ринковій поведінці всіх суб'єктів макроекономічного кластеру, включаючи постачальників економічних ресурсів для охорони здоров'я, також може виступити критерієм ефективності нових соціальних нормативів.

Підвищення відповідальності громадян за особисте здоров'я має виражатися не тільки в продуктивній праці, що створює умови життя на досягнутому рівні цивілізованості, але в прагненні підвищувати свою кваліфікацію як елемент саморозвитку, підтримувати і зміцнювати тілесно-фізіологічне, психо-емоційне і духовно-моральне здоров'я, причому, не тільки своє, а й оточуючих людей.

Підвищення соціальної відповідальності держави за стан і розвиток охорони здоров'я має, в свою чергу, виражатися в створенні умов для підтримки громадського здоров'я, заохочення екологічно безпечних підприємств податковими пільгами, субсидіями і безпроцентними кредитами,

розвитку нормативно-правової бази, що захищає здоров'я суспільства і кожної людини.

Таким чином, трансформація системи охорони здоров'я України відбувається в напрямку збільшення рівня її децентралізації зі збереженням принципу солідарності.

Висновок до розділу 2.

1. Аналіз матеріалів про становлення, розвиток і організації систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах дозволяє зробити наступні висновки:

еволюція і формування обов'язкового медичного страхування в більшості країн Європи та Північної Америки відбулися в один історичний період в кінці XIX – початку XX століть, що було обумовлено перш за все становленням і розвитком капіталістичних виробничих відносин і ринкової економіки;

прагнення створити регульовану систему медичного страхування стало передумовою формування державної охорони здоров'я («беверіджська» модель – фінансована за рахунок загального оподаткування і керована державою) в країнах Північної Європи, тоді як в країнах Центральної та Східної Європи набула поширення «бісмаркська» модель (фінансування здійснюється за рахунок страхових внесків роботодавців і працівників, а управління представниками самих застрахованих);

в розвитку світової охорони здоров'я в даний час проявляється тенденція, яка полягає в розширенні кола медичних послуг, їх ускладненні і, як наслідок, у збільшенні потоку економічних ресурсів в цю галузь;

аналіз застосовуваних в даний час способів фінансування систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах показав, що системи охорони здоров'я, що спираються на загальне оподаткування або систему

обов'язкового медичного страхування, створюють міцну основу для рівноправності та доступності медичного обслуговування, тоді як частка фінансування призводить до менш ефективного використання ресурсів охорони здоров'я і більшої нерівноправності.

2. Аналіз стану галузі охорони здоров'я показав наступне:

нормативні правові акти, що регулюють діяльність з охорони здоров'я, не гарантують отримання безкоштовної медичної допомоги жителями країни, а з регулювання ряду питань, наприклад, контролю, фактично відсутні;

опитування виробників і споживачів медичних послуг показав, що найбільш актуальними проблемами функціонування системи охорони здоров'я України в даний час є недостатній обсяг фінансування системи охорони здоров'я та неефективне використання ресурсів, порушення принципів соціальної справедливості, недосконалість системи управління і планування в охороні здоров'я;

крім скорочення обсягів фінансування охорони здоров'я в останнє десятиліття, постійно збільшується частка приватних платежів (легальних і нелегальних) в загальних витратах на охорону здоров'я;

неефективне використання обмежених ресурсів охорони здоров'я обумовлено в першу чергу існуючою системою управління і планування, а також відсутністю комплексності та системно підходу у вирішенні питань охорони здоров'я населення.

3. Проведено аналіз можливостей реформування системи охорони здоров'я України. В сучасних умовах ключовими питаннями вирішення проблем системи охорони здоров'я в рамках реформи є: підготовка нормативно-правових документів, що стосуються регламентації і регулювання державного і недержавного секторів ринку медичних послуг; впорядкування принципів поєднання державного і приватного страхування і фінансування медичних програм; економічне регулювання діяльності медичних установ, зайнятих в реалізації послуг за програмами обов'язкового медичного страхування (ОМС); розвиток системи добровільного медичного

страхування (ДМС) і ринку платних медичних послуг за умови їх підлеглого, додаткового характеру по відношенню до системи обов'язкового медичного страхування.

Основні результати досліджень, викладені в даному розділі, опубліковані в [103, 106, 110, 111].

РОЗДІЛ 3

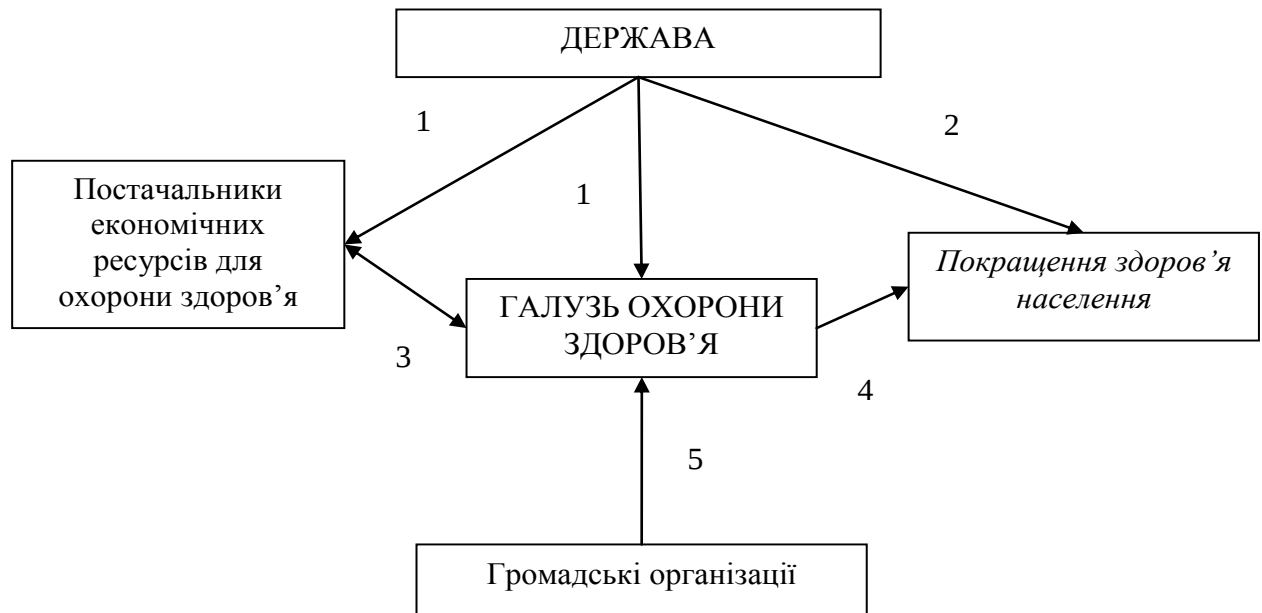
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МАКРОЕКОНОМІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕКОНОМІКИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Організаційно-методичне забезпечення реформування галузі охорони здоров'я в системі державного регулювання економіки

Сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я поки не дозволяє повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян. Однак підтримка здоров'я населення не пов'язано тільки з галуззю охорони здоров'я. Воно залежить від загального економічного зростання, від вироблення і реалізації дієвої громадської політики зміцнення здоров'я, від створення сприятливого навколишнього середовища, від роботи багатьох галузей і сфер, які обслуговують охорону здоров'я або побічно впливають на зміну здоров'я населення, включаючи поведінкові і навіть біологічні фактори. Контроль над цими факторами і управлінський вплив на них з метою досягнення очікуваних результатів, вимагає розвитку кластерних (корпоративних) відносин в охороні здоров'я, об'єднання або координації зусиль не тільки різних відомств і установ, неурядових, приватних організацій, а й використання регулюючих функцій з боку центральних і місцевих органів влади. Найважливіше значення при цьому має мати посилення регулюючих функцій держави – гаранта виконання Конституції країни.

Сучасна концепція охорони здоров'я повинна включати міжгалузеву сукупність заходів економічного, політичного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідеміологічного характеру, а також активну роль держави. Саме тому пріоритетним напрямком є

формування гнучкої моделі кластерного управління охороною здоров'я. В даному випадку, під кластером розуміється союз, що об'єднується спільністю професійних інтересів учасників, які працюють на ринку медичних послуг, покликаних забезпечувати процес поліпшення здоров'я населення. У цьому сенсі, економічні відносини охорони здоров'я за формою, змістом і соціально-економічною природою відображають діяльність макроекономічного кластера, що з'єднує різнопрофільні виробництва, галузі та сектори економіки, регульовані державою, прямо або побічно обслуговують охорону здоров'я. На рис. 3.1 представлена схема взаємовідносин в рамках макроекономічного кластера сфери охорони здоров'я.



Умовні позначення:

- 1 – державне регулювання
- 2 – соціальна мета
- 3 – договори
- 4 – результат
- 5 – контроль громадянського суспільства

Рисунок 3.1. – Схема взаємовідносин в рамках макроекономічного кластера сфери охорони здоров'я (розроблено автором)

У зв'язку з цим надзвичайно важливим напрямом організаційного розвитку кластерних відносин в охороні здоров'я є формування мережесистем, що забезпечують різні форми взаємодії господарюючих суб'єктів на рівні галузі, регіону і держави. Принципом формування таких систем є визнання автономії і взаємодії суб'єктів корпоративних відносин. При цьому всі суб'єкти мають рівні права, а ступінь їх участі в макроекономічному кластері визначається потенційним внеском в досягнення міжгалузевої мети, в даному випадку, поліпшення здоров'я населення. Керівництво та контроль в зазначеному кластері, можливо, здійснювати за допомогою договорів, спільного прийняття рішень, нормативних оцінок.

Діяльність кожного суб'єкта кластера орієнтована на проміжні галузеві завдання, однак, кінцева мета – поліпшення здоров'я населення – повинна бути реалізована у вигляді узагальнюючого результату взаємодії кожного з суб'єктів кластера. У зв'язку з цим, структурна перебудова галузей, які обслуговують охорону здоров'я, передбачає перехід до міжгалузевих показників роботи, орієнтованих на поліпшення здоров'я населення. Як інтегральною оцінкою результатів діяльності макроекономічного кластера може виступати середній прибуток, обсяг інноваційного продукту, продуктивність, ступінь задоволення потреб у благах медичного призначення. При цьому економічний механізм реалізації відповідальності за поліпшення здоров'я населення, повинен бути гнучкою системою правових, фінансово-економічних відносин, а активізація міжгалузевих дій обумовлена наданням пільг, податкових заохочень, субсидій та безпроцентних кредитів галузям економіки, які працюють на розвиток охорони здоров'я і підвищує його ефективність. Розвиток добросусідських відносин всередині макроекономічного кластера в результаті повинно привести до формування стратегічних альянсів, що дозволяють спільно вирішувати питання технологічного розвитку та створення, нових благ медичного призначення, що поліпшують здоров'я населення.

У самому охороні здоров'я в цьому випадку народжується модель «керованої медичної допомоги», яка організаційно є медико-страхове об'єднання з загальними управлінськими структурами і внутрішнім комерційним розрахунком, яка діє як кластер, який розробляє загальні правила управління і адміністрування, а для визначення обсягів фінансування використовує загальний душевий норматив.

Проте, специфічні риси соціального сектора як елемента структури суспільного виробництва також визначають розвиток економічних відносин в охороні здоров'я. Тому необхідно виявити особливості соціального сектора, що впливають на економіку охорони здоров'я.

Соціальний сектор – це комплекс галузей господарства, що виконують функції обслуговування матеріальних і духовних потреб населення, це сукупність витрат на соціальну допомогу, соціальне страхування і соціальні послуги [120, 135, 147]. Тут забезпечуються соціальні потреби суспільства, створюються умови життєдіяльності людини. Крім того, організовується обслуговування процесу споживання з метою задоволення попиту населення на соціальні послуги. У соціальному секторі виробляються як матеріальні, так і нематеріальні послуги, використовуються основні засоби, матеріальні та трудові ресурси, здійснюється інвестиційне забезпечення. У цьому сенсі соціальний сектор можна розглядати як організоване виробництво, де соціальні критерії є визначальними. Фактично соціальний сектор повинен вирішити такі питання: як переваги споживачів перетворити в цілі, переслідувані державою? які блага поставляти на ринок? як їх поставляти найбільш ефективно?

Соціальний сектор виконує наступні функції: розподіл і обмін; надання споживчих послуг; охорона здоров'я населення; просвіта; управління; охорона громадського порядку.

У соціальний сектор включаються: охорона здоров'я; фізична культура; соціальне забезпечення; просвіта; Культура та мистецтво; наука і наукове обслуговування; страхове обслуговування; управління; діяльність

громадських організацій (і деякі інші види діяльності, що створюють сприятливі умови для життя).

Все це галузі нематеріального виробництва. Нематеріальне виробництво – це сфера докладання сервісної праці, в якій в рамках економічних відносин виробляються як матеріальні, так і нематеріальні послуги, а також організовується обслуговування процесу споживання соціальних послуг.

Критеріями віднесення тієї чи іншої галузі до сфери нематеріального виробництва можуть бути такі [84, 178]:

соціальна спрямованість послуг: мета надання послуг – задоволення соціальної потреби людини;

збіг умов виробництва і споживання послуг: споживач може оцінити корисність послуги тільки після акту «виробництво – споживання» і заздалегідь не має можливості оцінити її якість;

можливості зберігання і транспортування: загальним критерієм є неможливість зберігання і транспортування послуг;

зв'язок послуги з її виробником: послуга не існує окремо від виробника, і в процесі її виробництва здійснюється особистий контакт споживача і виробника.

Соціальний сектор, в тому числі охорону здоров'я, є частиною мікроекономічного кластера.

Економічні відносини охорони здоров'я за формою, змістом і соціально-економічною природою повинні відображати діяльність цього макроекономічного кластера, що об'єднує різнопрофільні виробництва і сектора економіки, регульовані державою. Здоров'я населення, що одержує послуги в системі охорони здоров'я, виступає в якості узагальнюючого результату економічного, технологічного та організаційного взаємодії кожного з суб'єктів корпорації. Їх діяльність повинна бути орієнтована на проміжні галузеві завдання, які стратегічно, через гнучкі фінансово-економічні, матеріальні і мотиваційні механізми підпорядковані кінцевої

мети функціонування кластера – поліпшення здоров'я населення, що одержує послуги в системі охорони здоров'я – в завершальній ланці кластеру, спеціалізованому на даному виді діяльності. Джерелами розвитку соціально-економічних відносин охорони здоров'я є позитивні зміни, що зумовлюють поліпшення здоров'я населення і реалізовані через адекватні нормативно-правові, організаційні, фінансово-економічні, технологічні, управлінські механізми взаємодії суб'єктів відносин, включаючи координуючі та регулюючі функції держави.

Ілюстрацією до сказаного може бути рис. 3.2, який відображає як суб'єкти макроекономічного кластера в охороні здоров'я, так і його цілі і завдання. Економічною основою діяльності кластера є різноманіття форм власності, а система управління його – на базі договірних відносин і формування стратегічних альянсів. Міжгалузевим результатом, до якого прагне макроекономічний кластер шляхом економічної, технологічної та організаційної взаємодії його суб'єктів, стає поліпшення здоров'я населення і кожної людини.

Відповідно до міжнародних принципів здоров'я визначається, як властивість людини виконувати свої біосоціальні функції в мінливому середовищі, з перевантаженнями і без втрат, при відсутності хвороб і дефектів. Здоров'я буває фізичним, психічним і моральним. Здоров'я – це соціальний і особистий ресурс для повсякденного життя. З точки зору медицини, здоров'я – це відсутність ознак патології, захворювання. З точки зору соціології, здоров'я – це самооцінка людиною свого стану, як відсутність болю, нервозності, депресії, труднощі пересування, нездатності впоратися з повсякденними обов'язками. З точки зору економіки, здоров'я – це життя без болю; тривалість якісного життя; соціальний і особистий ресурс.

Охорона здоров'я – це система, спрямована на створення і зміцнення здоров'я нації, кожної людини, підтримання активної довголітньої життя громадян, надання їм медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

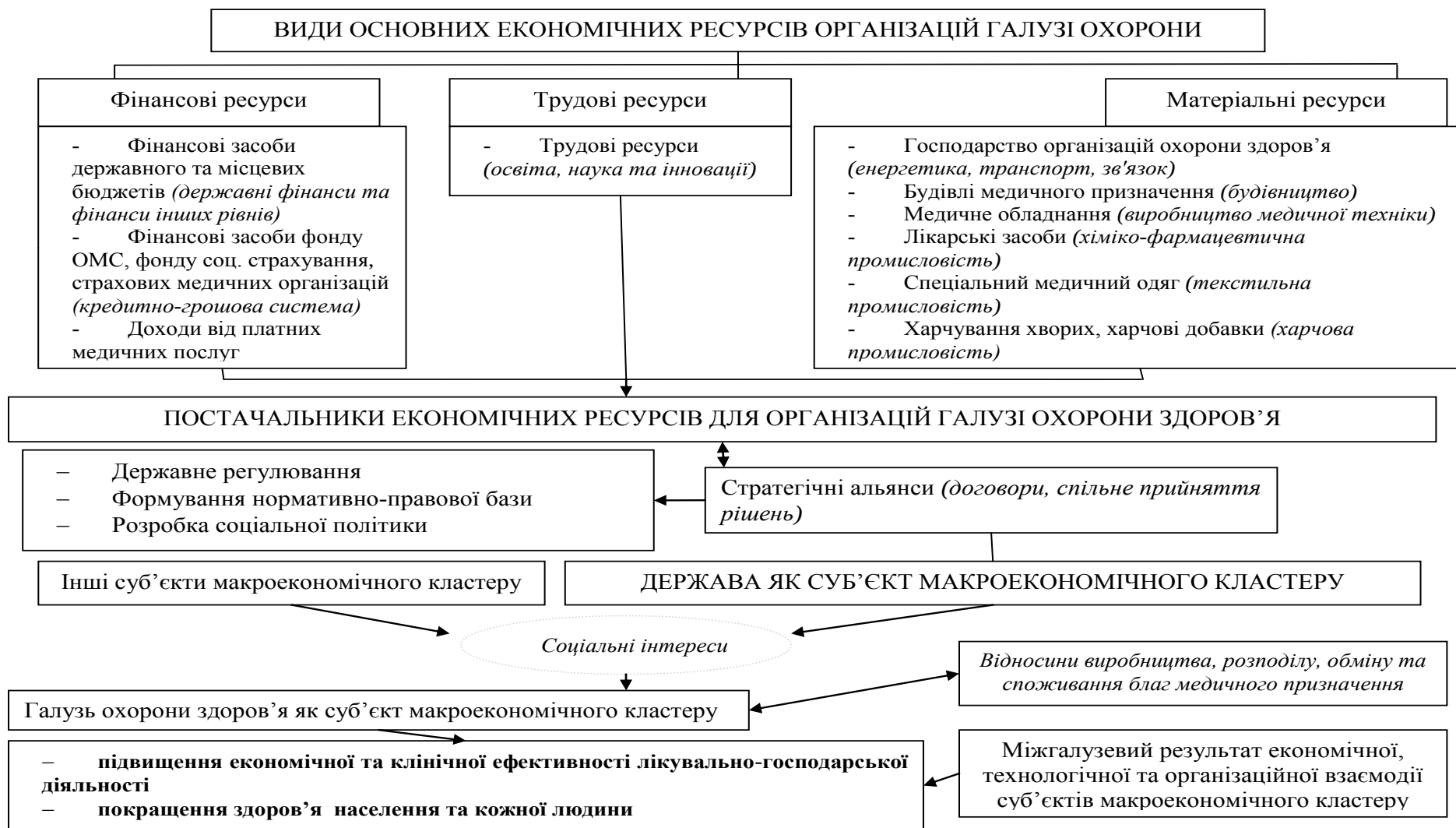


Рисунок 3.2. – Економічні відносини сфери охорони здоров'я як макроекономічного кластеру (розроблено автором)

Економічні відносини охорони здоров'я за формою, змістом і соціально-економічною природою повинні відображати діяльність макроекономічного кластера, що об'єднує різнопрофільні виробництва і сектори економіки, регульовані державою. Стан здоров'я населення залежить від якості цих відносин і є узагальнюючим, кінцевим результатом економічного, організаційного і технологічного взаємодії кожного з суб'єктів корпорації. Їх діяльність через галузеві проміжні завдання повинна бути стратегічно орієнтована на кінцевий результат, через гнучкі фінансово-економічні, матеріальні і мотиваційні механізми, що інтегрують і координують процес функціонування кластера, націлюють його діяльність на поліпшення здоров'я населення, що одержує послуги в завершальному ланці кластера, спеціалізованому на даному виді діяльності – в системі охорони здоров'я. Джерелами розвитку економічних відносин охорони здоров'я є позитивні зміни, зумовлюють поліпшення здоров'я населення і реалізовані через адекватні нормативно-правові, організаційні, фінансово-економічні, технологічні, управлінські механізми взаємодії суб'єктів відносин, включаючи координуючі та регулюючі функції держави.

Становлення економічних відносин в охороні здоров'я в серйозній мірі стримується через відсутність сучасної теорії їх пізнання і практики реалізації. Система кластерних економічних відносин в охороні здоров'я є єдність виробництва, розподілу, обміну та споживання соціальних благ – послуг охорони здоров'я і товарів медичного призначення. Виробництво (створення) благ медичного призначення є процес перетворення ресурсів в послуги охорони здоров'я та медичні товари (наприклад, штучні судини, кришталики, клапани, «ноу-хау»). Розподіл – це визначення часток і обсягів благ медичного призначення, що надходять суб'єктам економічної діяльності. Обмін – це процес надання соціальних благ медичного призначення господарюючим суб'єктам замість економічних ресурсів. Обмін може виглядати також як обмін товарами і послугами медичного характеру. Споживання – це задоволення потреб в соціальних благах медичного

призначення. В охороні здоров'я, як і в ряді інших галузей сфери послуг, процес виробництва і споживання нерідко збігаються, що вимагає врахування цієї специфіки. Макроекономічний кластер, в даному контексті, є союз охорони здоров'я з різнопрофільними виробництвами галузей і секторів економіки, прямо або побічно обслуговуючими охорону здоров'я та регульованими державою.

Пріоритетними напрямками реалізації концепції є формування гнучкої моделі кластерного управління охороною здоров'я, відповідної цілям, завданням, функціям кластера, орієнтованим на поліпшення здоров'я населення; структурна перебудова галузей, які обслуговують охорону здоров'я, що передбачає поступовий перехід до міжгалузевих показників роботи, а саме, до кінцевого ефекту, одержуваного в охороні здоров'я; реструктуризація лікувальної мережі, з відновленням і розвитком функції профілактики здоров'я.

Громадська охорона здоров'я (Public Health as a system) – це система забезпечення охорони і поліпшення здоров'я громадян, що включає профілактичні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, здійснювані під контролем суспільства і з використанням суспільних ресурсів [180, 190].

Громадське здоров'я (Public Health as a resource) – медико-соціальний ресурс і потенціал суспільства, що сприяє забезпеченню національної безпеки. Громадське здоров'я обумовлене комплексним впливом соціальних, економічних, поведінкових і біологічних факторів; його поліпшення сприяє збільшенню тривалості і якості життя, добробуту людей, гармонійному розвитку особистості і суспільства [178].

У зв'язку з цим ключовим аспектом попиту на медичні послуги є те, яким чином можна було б скоротити потребу в медичних послугах і прийти до поліпшення головних показників здоров'я населення.

Тут виникають два важливих питання. Перший: реформи сектора охорони здоров'я повинні сприяти поліпшенню здоров'я населення. Друге

питання: якою мірою сформована система охорони громадського здоров'я може сприяти плануванню та здійсненню реформ сектора охорони здоров'я.

З самого початку необхідно визначити, що розуміється під охороною громадського здоров'я.

Широко використовуються два визначення. Перше визначення, це – «організовані зусилля спільноти, спрямовані на попередження хвороб і зміцнення здоров'я»; друге визначення: це «наука і мистецтво запобігання хворобам, продовження життя і забезпечення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства».

У діяльності з охорони здоров'я виділяються п'ять напрямів: розробка громадської політики зміцнення здоров'я, створення сприятливого навколишнього середовища, посилення громадської активності, розвиток особистих умінь і знань, переорієнтація служб охорони здоров'я.

Центральним аспектом цих питань є необхідність міжгалузевих дій. Якщо такі фактори, як бідність, харчування і споживання тютюну, є однією з основних причин захворювань, то необхідно задіяти різні установи. У їх число входить центральні і місцеві органи влади, неурядові організації та громадські групи, а також приватні організації.

До факторів суспільної охорони здоров'я відносяться: біологічні, навколишнє середовище, поведінкові, організація різних служб. Отже, під охороною здоров'я розуміється сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідемічного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримання його активної довголітньої життя.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я населення України зумовлена цілим рядом обставин, головними з яких є [10, 18, 30, 57, 62]: кардинальні зміни, що відбуваються в економічному устрої країни; недооцінка комплексності проблеми охорони здоров'я; втрата довіри значної частини населення до якості надання медичної допомоги і перш за все в

первинній ланці охорони здоров'я; невідповідність існуючої мережі лікувальних установ економічним можливостям областей і держави в цілому.

Метою реформи є створення системи охорони здоров'я населення України, інтегрованої в нові економічні умови. Ця система повинна являти собою багаторівневий механізм забезпечення реалізації заходів, спрямованих на створення і зміцнення здоров'я кожної людини.

Для проведення і закінчення успішної реформи системи охорони здоров'я з боку держави необхідно: змінити пріоритети у функціях механізму управління охороною здоров'я; змінити систему фінансування охорони здоров'я населення; реструктуризувати систему лікувально-профілактичної допомоги населенню; створити на всіх рівнях органи, що регулюють і координують соціальну політику в галузі охорони здоров'я населення; змінити кадрову політику і систему підготовки кадрів, в тому числі, в галузі управління та економіки галузі.

Основними принципами охорони здоров'я громадян є [136, 147, 190]:

дотримання прав людини (і громадянина) в області охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з цими правами державних гарантій;

пріоритет профілактичних заходів в області охорони здоров'я громадян;

доступність медико-соціальної допомоги;

соціальна захищеність громадян у випадку втрати здоров'я;

відповідальність органів державної влади і управління, підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, посадових осіб за забезпечення прав громадян в галузі охорони здоров'я громадян.

Основними завданнями в галузі охорони здоров'я є поліпшення якості та забезпечення доступності медичної допомоги, реалізація цільових програм, спрямованих на забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, створення економічних і соціальних умов, що сприяють зниженню поширеності негативних чинників ризику і зменшення їх впливу на людину. Для їх реалізації першочерговими заходами є:

забезпечення міжвідомчої і багаторівневого підходів в питаннях підвищення якості життя, поліпшення умов праці, побуту і відпочинку населення, формування здорового способу життя;

створення постійно діючої інформаційної системи, спрямованої на формування здорового способу життя, профілактику захворювань; створення умов та залучення різних груп населення в активні заняття фізичною культурою і спортом; забезпечення населення якісною безкоштовною медичною допомогою в рамках програми державних гарантій.

Основні напрямки діяльності в галузі охорони здоров'я населення.

Законодавчого забезпечення вимагає фінансова політика, що сприяє розвитку програм зміцнення здоров'я і профілактики захворювань з урахуванням, зокрема, того, що витрати на охорону здоров'я повинні поступово збільшуватися.

Так само необхідно зміцнення нормативної і фінансової бази для роботи лікаря загальної практики, вдосконалення системи медичного страхування. Важливим є уточнення критеріїв оцінки ризику порушення здоров'я працівників внаслідок впливу факторів виробничого середовища, здійснення заходів щодо поліпшення умов праці, зниження професійної та виробничої обумовленої захворюваності;

навчання водіїв транспортних засобів і співробітників інспекцій з безпеки дорожнього руху, а також пожежної інспекції прийомам надання першої долікарської допомоги.

За експертними оцінками, реалізація заходів щодо профілактики тільки двох найбільш поширених факторів ризику (артеріальної гіпертонії і куріння) призведе до зниження за п'ятиріччя їх поширеності на 20 %, зменшення смертності від серцево-судинних захворювань на 15 %, що рівносильне збереженню життя щорічно приблизно 25 тис. чоловік працездатного віку.

Поліпшення структури харчування населення і підвищення якості харчових продуктів з одночасним збільшенням на 25-30 % числа осіб, які систематично займаються фізкультурою, забезпечать зниження поширеності

надлишкової маси тіла на 20-30 % і, як наслідок, зменшення захворюваності та смертності від основних хронічних неінфекційних захворювань на 10 % і 5 % відповідно.

Джерелами фінансування профілактичних заходів є кошти бюджетів всіх рівнів, медичного і соціального страхування, підприємств, установ і організацій, особисті кошти громадян і інші джерела, не заборонені законодавством.

Важливим джерелом поповнення коштів, що спрямовуються на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, можуть стати галузеві програми зміцнення здоров'я працівників та членів їх сімей.

Доцільно передбачити можливість використання частини коштів, одержуваних від оподаткування виробництва та продажу тютюну і алкоголю, а також від стягнення штрафів за порушення законодавства про охорону здоров'я населення, для фінансування заходів по питань охорони здоров'я населення, перш за все спрямованих на профілактику куріння і алкоголізму.

Фактори, що перешкоджають проведенню реформ в охороні здоров'я, такі: низький рівень санітарно-гігієнічної культури населення і відповідну поведінку; несприятлива екологічна середовище; різко виражене розшарування населення; невідповідність державних гарантій і зобов'язань, які є в реалії можливостям; посилення відмінностей у фінансовому забезпеченні між областями і групами населення; невідповідність між обсягами профілактичної та лікувально-діагностичної діяльності, між первинною і спеціалізованою допомогою; зниження рівня керованості системою (горизонтальна і вертикальна фрагментація, різке ослаблення ролі поточного і стратегічного планування, відсутність необхідного законодавства та стандартів); наростання структурних диспропорцій при дефіциті ресурсів охорони здоров'я, неповне і не завжди виправдане їх використання; недостатність стимулів до праці для медпрацівників; стихійне наростання прихованої і явної платності; відсутність достатніх гарантій прав людини і пацієнта.

Багато дослідників вважають [22, 27, 57, 66, 79, 91, 115, 127], що в сучасних умовах ключовими питаннями є: підготовка нормативно-правових документів, що стосуються регламентації і регулювання державного і недержавного секторів ринку медичних послуг; впорядкування принципів поєднання державного і приватного страхування і фінансування медичних програм; економічне регулювання діяльності медичних установ, зайнятих в реалізації послуг за програмами обов'язкового медичного страхування; розвиток системи добровільного медичного страхування і ринку платних медичних послуг за умови їх підлеглого, додаткового характеру по відношенню до системи обов'язкового медичного страхування. Саме становлення ринку медичних послуг могло б стати одним з найважливіших механізмів залучення додаткових коштів для фінансування системи охорони здоров'я.

Вирішення цього завдання вимагає перетворення форм власності і організаційно-правових форм підприємницької діяльності в охороні здоров'я, розвиток лібералізації економіки охорони здоров'я. Її риси виражаються в наступному:

- переважно інтенсивний розвиток економіки;

- рівноправне існування всіх форм власності та організаційно-правових форм підприємництва в умовах збереження значної державного сектора в охороні здоров'я;

- пріоритетність соціальної політики, оскільки перетворення економіки, реформування охорони здоров'я є не метою, а засобом створення умов для гідної і здорового життя кожної людини; реалізація і розробка загальнодержавних програм охорони здоров'я, підтримка профілактичної спрямованості медицини, пропаганда здорового способу життя;

- створення стабільної законодавчої бази охорони здоров'я;

- економічно обґрунтовані гарантії безкоштовної медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення;

пріоритетність державного фінансування соціальної сфери; збереження багатоканальної системи фінансування; розвиток фінансової інфраструктури в охороні здоров'я, так званих небанківських кредитних організацій, що дають позики на оплату високотехнологічних дорогих видів медичної допомоги; фінансова стабілізація системи охорони здоров'я;

досягнення ефективності медико-соціального страхування в результаті поліпшення загального економічного фону, підтримки промислових підприємств малого бізнесу, підприємництва, залучення інвестицій і, як результат, збільшення бази оподаткування для збору коштів в системі медико-соціального страхування;

зміна податкової системи охорони здоров'я, введення єдиного соціального податку і передача функцій зі збору страхових внесків податковим органам; надання податкових пільг охорони здоров'я як соціально значущої галузі, яка переживає дефіцит фінансових коштів, з метою накопичення ресурсів, посилення соціальної відповідальності суспільства за економічний розвиток охорони здоров'я. Стандартизація в охороні здоров'я як умова створення єдиної системи державного управління якістю медичної допомоги, визначення обґрунтованих обсягів фінансування і цін на медичні послуги;

переважно економічні методи управління охороною здоров'я;

пріоритетність якісних показників і показників ефективної діяльності закладів охорони здоров'я та на їх основі здійснення програмування і бізнес-планування;

підтримання балансу економічних інтересів держави, закладів охорони здоров'я та громадян.

Все це характеризує охорону здоров'я як корпоративну систему в складі макроекономічного кластера соціальної сфери.

Посилення економічної ролі держави в охороні здоров'я проявляє себе в такому явищі, як програмування. Від інших форм державного регулювання програмування відрізняється постановкою глобальних макроекономічних

завдань і прагненням до збалансованості довготривалого економічного розвитку. Програмування включає в себе аналіз поточного стану охорони здоров'я та суміжних з ним галузей і секторів, складання узагальнюючого прогнозу на майбутнє, формулювання найбільш загальних цілей економічної політики в сфері кластерних відносин охорони здоров'я, розробку заходів, спрямованих на досягнення намічених цілей, координування дій усіх суб'єктів макроекономічного кластера охорони здоров'я. Програмування зводить воедино різні традиційні важелі впливу на економічні структури і доповнює їх новими елементами.

Оскільки формування макроекономічного кластера охорони здоров'я є довготривалим процесом, то використання в цій галузі такої форми макроекономічного планування, як програмування, представляється найбільш перспективним. Оскільки суб'єкти макроекономічного кластера охорони здоров'я діють автономно, мають рівні права і можуть здійснювати свою діяльність як на базі державно-корпоративної власності, так і використовувати всі інші форми власності, то програмування має тяжіти ні до плану-програми, а до плану-прогнозу, який визначає найбільш спільні цілі і міжгалузеві показники ефективності діяльності. В рамках стратегічного альянсу макроекономічного кластера охорони здоров'я можуть бути прийняті часткові галузеві плани. В цілому план-прогноз повинен відображати співпрацю всіх суб'єктів корпоративних відносин, в тому числі, держави і охорони здоров'я, і виконувати, перш за все, замовлення самої держави на певний обсяг медичної допомоги та виробництво товарів медичного призначення, інших матеріальних і нематеріальних благ і послуг, спрямованих на поліпшення здоров'я населення. Методом здійснення подібних програм є цілеспрямована інвестиційна політика, а також створення умов для самофінансування галузей, що входять в макроекономічний кластер охорони здоров'я. Як правило, такі програми повинні мати індикативний характер або характер прогнозу, тим не менш, шляхом спільного прийняття рішень можливо і визначення нормативних показників програми, що змусить

автономні і суб'єкти кластера, що само організуються, діяти для досягнення єдиної мети поліпшення здоров'я населення.

Таким чином, кластерна система може бути представлена як союз охорони здоров'я з різнопрофільними виробництвами галузей і секторів економіки, прямо або побічно обслуговуючими охорону здоров'я та регульованими державою. Ця система повинна пройти етап становлення збалансованих виробничих відносин на державному і місцевому рівнях управління за допомогою активного використання державою різних методів регулювання, націленого на зміцнення громадського здоров'я та здоров'я кожної людини.

3.2. Інструментарій макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я

В даний час одним з найважливіших елементів соціально-економічної політики є політика в галузі охорони здоров'я, що передбачає активне державне регулювання. На сучасному етапі необхідне формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я і свідоме перспективне державне регулювання функціонування системи охорони здоров'я на основі наукової методології передбачення її напрямків і форм, адаптації до загальних цілей розвитку і постійно змінюваних умов довкілля, про що вже говорилося в попередніх розділах роботи.

Як відомо, регіональний рівень управління потенційно здатний ефективно вирішувати значну частину територіальних проблем, тому що саме тут є більш повна інформація і великі можливості контролю з боку регіонального співтовариства [54, 62, 122]. Як наукова категорія термін «політика» означає сукупність цілей і завдань стратегічного і тактичного характеру, а також механізму їх реалізації [26, 41, 54, 140]. Таким чином, дії

держави повинні бути взаємопов'язані, скоординовані і спрямовані, тобто здійснюватися в рамках однієї загальної соціально-економічної політики. Ця політика повинна базуватися на методологічних підходах концепції стратегічного управління [7, 60, 66, 127], оскільки саме стратегічне управління та планування враховує не тільки сформовані тенденції розвитку (тобто звичайне планування, засноване на екстраполяції цих тенденцій), але і систему можливостей і небезпек розвитку, здатних змінити сформовані тенденції в майбутньому періоді [135, 140, 154].

Еволюція загальноуправлінських ідей базується на уявленнях про управління як особливої функції організації, реалізація якої забезпечує цілеспрямованість і організованість її існування відповідно до зовнішніх і внутрішніх умов діяльності організації та її результатів [41, 114, 158].

В даний час виділяється три основні змістовні підходи, що характеризують динаміку розвитку стратегічного управління:

1) в рамках першого, традиційного підходу, стратегія визначається як детальний всебічний комплексний план, призначений для забезпечення досягнення цілей розвитку соціально-економічної системи. Керуючі зусилля фокусуються на здійсненні радикальних змін і виходять з прогнозу імовірнісних тенденцій, на основі яких формулюються головні цілі (Акофф Р., Тейлор Ф., Томпсон С., Файоль А., Емерсон Х.);

2) другий підхід до управління ґрунтується на концепції управління як процесі взаємопов'язаних функцій, що синтезують підходи об'єктивного соціально-економічного розвитку і людського фактора в управлінні у єдину модель. Даний підхід ототожнює перехід від формальної влади до лідерства, яке характеризується не стільки особливостями систем, скільки якостями керівника і його ставленням до справи (Вебер М., Гьюлик Л., Урвик Л., Шелтон Р.);

3) третій підхід до стратегічного управління базується на теорії системи, що безперервно розвивається в стратегічному напрямку досягнення стану Organization Development (організаційний розвиток) (Лоранж П.).

Грамотно складена стратегія управління в галузі охорони здоров'я повинна враховувати дані підходи комплексно і на їх основі виконувати наступні функції: бути основою для раціонального прийняття рішень, визначати загальну спрямованість і впровадження нововведень, що забезпечують розвиток системи, забезпечувати ефективний контроль за використанням ресурсів і ін.

При розходженні форм і методів, сфери і проблеми макроекономічного планування в цілому аналогічні для всіх областей України. Основні позитивні тенденції в практиці регіонального планування: розширення участі громадськості, перехід до середньо- і довгостроковим стратегічним документам соціально-економічного розвитку, формування єдиної методології розробки документів стратегічного розвитку. Об'єктивною основою всіх цих тенденцій є такі сучасні умови розвитку, як зростання відкритості регіональних економік і їх залежності від нестабільного зовнішнього середовища, яким і покликане відповідати стратегічне планування. В цілому ж можна стверджувати, що стратегічне планування стає не тільки найважливішим інструментом реалізації політики, а й комплексний механізм її проведення, що включає в себе ряд взаємопов'язаних етапів – від постановки цілей політики до моніторингу, оцінки ефективності та коригування політики.

Регіональна політика в галузі охорони здоров'я є конкретизацію і додаток парадигми стратегічного управління до тієї чи іншої області країни. У зв'язку з цим, необхідно систематизувати основні принципи формування та реалізації регіональної політики в галузі охорони здоров'я та управління в системі охорони здоров'я.

У кожному конкретній випадку використання стратегічного підходу до формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я та управління в системі охорони здоров'я дозволяє вирішувати наступні завдання:

конкретизація місії шляхом встановлення коротко- і довгострокових цілей;

формування стратегії для досягнення цілей;
здійснення і виконання стратегії;
оцінка результатів діяльності галузі охорони здоров'я;
реалізація необхідних організаційних змін [82, 140, 154].

У процесі стратегічного управління в галузі охорони здоров'я можна виділити три основні стадії: формування, виконання та оцінка стратегії, кожна з яких характеризується власним цільовим змістом (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Стадії стратегічного управління в системі охорони здоров'я*

<i>стадія</i>	<i>зміст</i>
формування	Визначення місії, цілей і цінностей Дослідження зовнішнього і внутрішнього середовища Діагностика достоїнств і недоліків (SWOT – аналіз) Вибір раціональної стратегії на основі порівняльного аналізу можливих варіантів
виконання	Розробка і виконання медико-соціальної та фінансово-економічної політики та планів використання наявних медико-виробничих ресурсів відповідно до обраної стратегії
оцінка	Забезпечення відповідності реалізованої стратегії місії та цілям

**Джерело: складено автором з врахуванням [67, 69, 154, 180]*

При формулюванні місії і цілей необхідно враховувати стан і динаміку зовнішнього середовища, внутрішні ресурси, систему цінностей і тип формування стратегії. Важливу роль при формуванні і реалізації регіональної політики в галузі охорони здоров'я і в стратегічному управлінні охороною здоров'я відіграють властиві системи цінностей [2, 30]. У кожній такій системі можна виділити шість основних ціннісних орієнтацій в сукупності роблять вирішальний вплив на прийняття управлінських рішень (табл. 3.2).

Крім цього, при формуванні державної стратегії в галузі охорони здоров'я також необхідно визначати цілі і цінності і, що особливо важливо, забезпечувати їх відповідність з кінцевими результатами при оцінці реалізованої стратегії [68, 156].

Таблиця 3.2

Система цінностей сфери охорони здоров'я*

<i>Ціннісні орієнтації</i>	<i>Категорії цінностей</i>	<i>Типи цілей</i>
Теоретичні	Лікарське мистецтво; Професійні знання; наукове мислення	Фундаментальні дослідження і розробки
Деонтологічні (сукупність етичних норм і принципів поведінки медичних працівників при виконанні професійних обов'язків)	Відповідність поняттю і змісту лікарського обов'язку; Забезпечення соціально-психічного благополуччя	Реалізація антипатерналістського підходу до організації охорони здоров'я (залучення пацієнтів до активної участі в лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходах)
Медико-соціальні	Забезпечення необхідного рівня здоров'я населення; Гуманістичні відносини, засновані на повазі особистості і безконфліктному співпраці	Соціальна відповідальність щодо прибутковості; Сприятлива атмосфера; Конкуренція з зовнішньої професійно-діловим середовищем
Економічні	Примноження потенціалу здоров'я народу як нематеріального багатства країни; практичність; корисність	Нарощування обсягів та якості послуг; Медико-економічна результативність; прибутковість
Медико-правові	Дотримання права громадян на отримання інформації про стан свого здоров'я, діагноз, прогноз, методи лікування і ризик	Інформована згода пацієнтів на медичне втручання
Естетичні	Естетика лікувально-профілактичних і реабілітаційних процесів	Висока культура обслуговування; Дизайн приміщень і лікувально-діагностичної апаратури

*Джерело: складено автором з врахуванням [2, 30, 156]

Для оцінки внутрішніх ресурсів галузі охорони здоров'я необхідно провести аналіз наступних складових:

організаційні можливості – тип організаційної структури, рівень централізації і децентралізації, розподіл відповідальності та повноважень, системи планування і контролю;

маркетинговий потенціал – сегментація ринку, стратегія виробництва медичних і інших послуг, цінова політика, система просування послуг;

кадровий потенціал – система підготовки та перепідготовки медичного персоналу, трудові відносини, компетентність керівництва, система заохочень;

медико-виробничий потенціал – медико-виробничі потужності, рівень технології виробництва медичних і інших послуг, управління запасами й ін.;

фінансовий стан – ефективність фінансово-господарської діяльності, фінансова стійкість, інвестиційний потенціал й ін.

При формуванні регіональної політики в галузі охорони здоров'я і стратегії управління охороною здоров'я доцільно застосування SWOT-аналізу. Стосовно галузі охорони здоров'я, SWOT-аналіз дозволяє розглянути загальні, галузеві і внутрішні чинники середовища і показує, які з них підлягають використанню, а які становлять потенційну загрозу як для системи охорони здоров'я в цілому, так і для кожного конкретного медичного закладу. Методика SWOT-аналізу передбачає побудову трьох видів матриць: матриці можливостей, матриці загроз і SWOT - матриці.

Процедура SWOT-аналізу полягає у визначенні різних поєднань показників достоїнств і недоліків галузі охорони здоров'я з оцінкою її можливостей і загроз. В результаті перегляду всіх логічних пар генеруються чотири основні комбінації:

поєднання основної гідності галузі з її ключовою можливістю;

поєднання основної гідності з головною загрозою;

поєднання основного недоліку з ключовою можливістю;

поєднання основного недоліку з головною загрозою.

Таким чином, з точки зору відображення потенційної загрози і використання нових можливостей роль SWOT-аналізу в процесі стратегічного управління охороною здоров'я зводиться до пошуку відповіді на три основні питання:

- 1) в якому положенні галузь охорони здоров'я перебуває зараз,
- 2) в якому положенні, на думку керівництва, вона повинна перебувати в майбутньому,

3) що необхідно зробити керівництву, щоб перемістити систему охорони здоров'я з сьогоdnішнього положення в передбачуване [10].

Аналіз SWOT-матриці дозволяє виявити можливі поєднання, комбінації і виробити як стратегію зміни галузі охорони здоров'я, так і стратегію поведінки кожного медичного закладу.

У разі необхідності прийняття рішення з якого-небудь окремого питання необхідно використання ситуаційного підходу до управління галуззю охорони здоров'я [64, 151]. В даному випадку побудова системи управління є не що інше, як відповідь на різні за своєю природою впливу на систему охорони здоров'я з боку її динамічною професійно-ділового середовища в таких, зокрема, сферах, як технологія виробництва медичних послуг і людський фактор. Загальна схема ситуаційного підходу до управління системою охорони здоров'я представлена на рис. 3.3.

Застосовуючи даний підхід до управління регіональною системою охорони здоров'я в цілому або конкретним медичним закладом, можна або силами працівників охорони здоров'я або організації, або із залученням сторонніх консультантів провести аналіз управління і виробити пропозиції щодо його вдосконалення.

Таким чином, аналіз робіт за методологією формування державної політики на регіональному рівні дозволяє зробити наступні висновки:

в існуючих соціально-економічних умовах необхідно формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я і усвідомлене перспективне державне регулювання системи охорони здоров'я на регіональному рівні на основі планування напрямів і форм, адаптації до загальних цілей розвитку і мінливих умов внутрішнього і зовнішнього середовища;

регіональна політика в галузі охорони здоров'я представляє конкретизацію і додаток концепції стратегічного управління, що передбачає застосування загальних правил і принципів при розробці регіональної політики і дозволяє враховувати особливості соціально-економічного розвитку конкретної області і що склалася там системи охорони здоров'я;

застосування концепції макроекономічного управління при формуванні регіональної політики в галузі охорони здоров'я і при управлінні регіональною системою охорони здоров'я дозволяє виявити наявні та потенційні проблеми, загрози і можливості розвитку системи охорони здоров'я, що дає можливість вибору найбільш раціональної стратегії реформування системи на основі порівняльного аналізу запропонованих стратегій і SWOT-аналізу можливих варіантів подальшого розвитку;

застосування в управлінні галуззю охорони здоров'я ситуаційного підходу істотно доповнює стратегічне управління охороною здоров'я, сприяє розумінню ефективності функціонування окремих елементів галузі охорони здоров'я і дає достовірну інформацію для прийняття управлінських рішень.



Рисунок 3.3. – Схема застосування ситуаційного підходу до управління системою охорони здоров'я (складено автором з врахуванням [64, 151, 161])

Принцип соціальної справедливості, який є основою будь-якої суспільної системи, у вітчизняній галузі охорони здоров'я поступово втрачає свою роль. Здорові та багаті дедалі меншою мірою платять за хворих і бідних. Існуючі державні зобов'язання носять фактично декларативний характер. Хвора людина залишається один на один з власною хворобою і в разі серйозного захворювання змушений нести такі витрати, які ставлять його на межу фінансового розорення. Найменш забезпечені верстви населення змушені витратити на медицину досить велику частину своїх сімейних бюджетів і частіше відмовлятися від лікування і придбання необхідних лікарських засобів. На основі проведеного автором опитування організаторів охорони здоров'я та споживачів медичних послуг (п. 2.2) і аналізу функціонування регіональної системи охорони здоров'я були виявлені основні якісні характеристики розвитку галузі охорони здоров'я на регіональному рівні, SWOT-аналіз яких представлений в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

SWOT - аналіз розвитку регіональної системи охорони здоров'я

України*

<i>Сильні сторони</i>	<i>Слабкі сторони</i>
1. Наявність розвиненої інфраструктури охорони здоров'я і можливостей її подальшого вдосконалення 2. Високий рівень кваліфікації медичного персоналу 3. Наявність унікальних медичних установ регіонального рівня 4. Прагнення законодавчої і виконавчої гілок влади до розвитку міжрегіональних і міжнародних зв'язків 5. Добре розвинене міжнародне співробітництво в сфері охорони здоров'я населення	1. Недостатній обсяг фінансування системи регіональної охорони здоров'я 2. Висока частка в загальному обсязі фінансування охорони здоров'я особистих платежів громадян 3. Незбалансованість державних гарантій безкоштовного медичного обслуговування та їх фінансового забезпечення 4. Недостатній досвід роботи регіональних органів управління охороною здоров'я в частині макроекономічного і стратегічного планування; пріоритет оперативного управління 5. Низький рівень медичної профілактики 6. Слабка матеріально-технічна база медичних установ державного сектора охорони здоров'я 7. Недостатньо розвинена система вищої та середньої медичної освіти в окремих областях 8. Низька з / плата медичного персоналу 9. Висока залежність соціально-економічної ситуації в області від діяльності обмеженого кола підприємств

Продовж. табл. 3.3

<i>Можливості</i>	<i>Погрози</i>
1. Міжгалузева взаємодія державних, місцевих і приватних організацій на основі системно-мережевого підходу в сфері охорони здоров'я 2. Розвиток державного і регіонального законодавства з регулювання відносин у системі охорони здоров'я 3. Зміцнення фінансової бази системи охорони здоров'я на державному та регіональному рівні 4. Впровадження сучасних технологій управління регіональною системою охорони здоров'я 5. Зростання реальних грошових доходів населення країни 6. Інтерес до регіону, який виявляють фінансовими і громадськими організаціями зарубіжних країн	1. Неефективне державне і регіональне управління системою охорони здоров'я 2. Перехід найбільш кваліфікованих медичних кадрів з державного в приватний сектор охорони здоров'я 3. Дисгармонізація відносин місцевих органів управління охороною здоров'я з державним центром 4. Бюджетна криза в областях країни 5. Екологічні та техногенні катастрофи

**Джерело: складено автором з врахуванням [2, 11, 22, 43, 62, 66, 73, 96, 139, 150, 157]*

Таким чином, на основі даного аналізу можна зробити наступні висновки:

основною проблемою галузі охорони здоров'я областей України в даний час є низький обсяг фінансування державного сектора охорони здоров'я, що в сукупності з неефективним державним і місцевим управлінням системою охорони здоров'я може привести до ще більшої кількості проблем в даній галузі і примітивізації регіональної системи охорони здоров'я;

для вдосконалення системи охорони здоров'я областей країни необхідно застосування системно-мережевого підходу при формуванні ефективної системи охорони здоров'я, формування інтегрованої системи охорони здоров'я на основі міжгалузевої взаємодії різних організацій державного і приватного секторів економіки.

Процеси розвитку охорони здоров'я, що відбуваються в даний час, переконливо свідчать про те, що без реального фінансового забезпечення

державних зобов'язань і застосування політичних методів вельми важко здійснювати реформування галузі.

Процес макроекономічного планування передбачає розробку і реалізацію стратегії розвитку системи охорони здоров'я. Стратегія – довготривалі, принципові установки, плани уряду, адміністрації регіону; загальний план ведення роботи, виходячи з ситуації, що насправді на даному етапі розвитку.

Проведений автором аналіз основних принципових стратегій реформування регіональної системи охорони здоров'я, пропонованих низкою авторів, що займаються проблемами охорони здоров'я показав, що в існуючих соціально-економічних умовах жодна з розглянутих стратегій в повній мірі не може забезпечити реалізацію принципу соціальної справедливості. Цей недолік можливо усунути за допомогою реалізації пропонованої стратегії формування міжгалузевої регіональної політики в галузі охорони здоров'я (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Порівняльний аналіз можливих стратегій реформування
регіональної системи охорони здоров'я***

Стратегія	Мета	Засоби реалізації	Оцінка можливих результатів застосування стратегії		Можливості реалізації
			Соціальна справедливіс ть	Економічна ефективніст ь	
Реструктуризація надання медичної допомоги	Медико-економічна результативність	Скорочення обсягів стаціонарної допомоги	Зниження	Тільки при збільшенні витрат на охорону здоров'я і лікарняний сектор	Може розглядатися тільки на короткостроков у перспективу (1-3 роки) і як доповнює
Виключення з програми держ. гарантій частини мед. допомоги	Медико-економічна результативність	Скорочення обсягів деяких видів мед. допомоги / елементів витрат	Зниження	Можлива, але може привести до додаткових нелегальним платежах пацієнтів	Може розглядатися тільки на середньострокову перспективу (3-5 років) і як доповнює

Продовж. табл. 3.4

Створення єдиної системи медико-соціального страхування	Створення єдиної раціональної фінансової політики	Зниження державних гарантій з надання мед. допомоги та соц. забезпечення	Зниження	Дозволить скоротити загальні витрати	Можна здійснити тільки при зміні чинного законодавства в сфері соціального забезпечення
Введення соціальних платежів для громадян	Прибутковість системи охорони здоров'я	Залучення пацієнтів до активної участі у фінансуванні	Зниження	Дозволить значно збільшити витрати на охорону здоров'я	Можна здійснити тільки при значному збільшенні доходів населення
Регіональна міжгалузева політика в системі охорони здоров'я	Медико-економічна і соціальна результативність	Системно-мережевий підхід в організації охорони здоров'я	Зниження	Дозволить значно збільшити витрати на охорону здоров'я	Може розглядатися як основна, як в короткостроковому, так і в довгостроковому плані

**Джерело: складено автором з врахуванням [13, 57, 99, 140]*

Дані стратегії аналізуються з урахуванням мети і методів виконання кожної стратегії, а також оцінки можливих результатів їх застосування при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні. Найважливіший критерій їх оцінки – можливість реалізації двох основних цілей:

реалізація принципу соціальної справедливості: підвищення якості та доступності безоплатної медичної допомоги;

забезпечення економічної ефективності використання обмежених фінансових ресурсів регіональної системи охорони здоров'я.

Стратегія 1: реструктуризація надання медичної допомоги.

Дана стратегія є основою державних гарантій забезпечення громадян медичною допомогою в багатьох країнах пострадянського простору. Вона передбачає зменшення обсягу стаціонарної допомоги за рахунок розвитку видів медичної допомоги, що заміщують стаціонар, і зростання частки витрат держави на амбулаторно-поліклінічну допомогу в загальному обсязі витрат

на медичну допомогу. Дана стратегія характеризується наступними основними недоліками:

скорочення лікарняної мережі без збільшення загальних витрат на охорону здоров'я і лікарняний сектор призведе тільки до зниження доступності медичної допомоги;

не враховується дисперсність розселення жителів областей;

не враховується та обставина, що кількість госпіталізацій в Україні не є надмірною, враховуючи високий рівень захворюваності населення, ускладнення патології і несвоєчасне звернення за медичною допомогою (обумовлене в першу чергу прагненням приховати дефекти свого здоров'я на ринку праці).

Тому малоімовірна можливість забезпечення фінансової збалансованості державних гарантій тільки за рахунок переміщення частини стаціонарної допомоги в денні стаціонари і поліклініки. По-перше, для здійснення реструктуризації знадобиться чимало часу і велика підготовча робота. Необхідно, як мінімум, налагодити комплексне планування надання медичної допомоги в регіоні, змінити характер діяльності страховиків, перетворити дієві способи оплати медичної допомоги таким чином, щоб вони забезпечували оптимізацію обсягів стаціонарної допомоги і розширення амбулаторно-поліклінічної допомоги. По-друге, у багатьох випадках для здійснення реструктуризації необхідні значні додаткові кошти, що, відповідно, не дозволить усунути фінансовий дефіцит програми державних гарантій.

Дана стратегія також пов'язана з виведенням із системи громадської охорони здоров'я частині фінансово незабезпечених або зайвих потужностей лікарень. Там, де ця стратегія частково вже реалізується, закриваються, головним чином, невеликі дільничні лікарні, причому, як правило, шляхом їх перетворення в інші установи (лікарські амбулаторії, соціальні лікарні, прийомні лікарів загальної практики і ін.). В даному випадку, реально закриття можна розглядати тільки в великих містах, де існує розвинена

мережа медичних установ і де можна перегрупувати потужності окремих стаціонарів.

До примітивізації системи охорони здоров'я може привести і пропоноване реформування її первинної ланки, основу якого повинні скласти лікарі загальної практики. В даний час система первинної медичної допомоги забезпечує професійну кооперацію лікарів різних спеціальностей, до якої зараз прагнуть лікарі догоспітального сектора в інших країнах [12, 157]. Вона забезпечує можливість комплексного обслуговування пацієнтів і спільного використання лікарями медичної техніки та адміністративно господарських служб, тобто вона є більш зручною (для пацієнтів) і більш економічною (для охорони здоров'я) системою [181, 190].

Таким чином, аналіз дозволив зробити висновок, що подібна стратегія повинна розглядатися лише як та, що доповнює при реформуванні регіональної системи охорони здоров'я, з урахуванням економічної обґрунтованості її проведення в кожному конкретному випадку.

Стратегія 2: виключення з державних гарантій частини медичної допомоги, що надається населенню безкоштовно.

Такі спроби робляться в ряді західних країн щодо особливо дорогих медичних технологій (план Даннінга в Нідерландах, Орегонський план в США, план реструктуризації пакетів медичних послуг в Новій Зеландії) [178]. Результати цих спроб мінімальні, перш за все, в силу політичних причин. Крім того, не вирішено багато методологічних проблем оцінки витратної ефективності порівняльних методів медичної допомоги та формування пріоритетів фінансування. Всесвітній Банк рекомендує країнам, що розвиваються, стратегію формування «вітального» пакета послуг, що включає первинну медичну допомогу, заходи з підтримки медико-санітарного благополуччя, лікування інфекційних захворювань і т.п. При цьому рекомендується скоротити державні зобов'язання по фінансуванню секторів вторинної та третинної медичної допомоги [170, 176].

Однак, необхідно враховувати, що в нашій країні існує протилежний вектор змін – від безкоштовної допомоги до платної, а не навпаки, як в більшості країн. План по виведенню частини видів допомоги при певних захворюваннях важко обґрунтувати і ще важче провести в життя. Тому стратегія виключення може бути заснована, головним чином, на скороченні обсягів деяких видів медичної допомоги або елементів покриваються витрат.

Можливий варіант даної стратегії – виключення з програми державних гарантій сервісних послуг, тобто елементів витрат, не пов'язаних безпосередньо з лікувально-діагностичним процесом. В першу чергу, це стосується комунальних послуг і в якійсь мірі – харчування хворих в стаціонарі.

Інший варіант поглиблення цієї стратегії – визначення по кожній нозологічній формі (захворюванню) мінімального набору медичних послуг і лікарських засобів, які гарантуються кожному хворому. Для цього необхідно розробити стандарти (клінічні протоколи) лікувально-діагностичного процесу і виділити в їх складі мінімальний набір медичних послуг, оплачуваних державою. Реалізувати цей підхід для реформування системи охорони здоров'я досить складно через наступні випадки:

- клінічні протоколи важко розробити для великого кола захворювань, особливо в ув'язці з фінансовими ресурсами;

- складно контролювати дотримання мінімальних стандартів, що може привести до додаткових поборів з пацієнтів;

- досить важко пояснити хворому, що він має право тільки на певні види послуг, які не забезпечують його лікування, а за інші треба платити.

Ще одним варіантом скорочення витрат є обмеження числа одержувачів безкоштовної медичної допомоги. У ряді країн застосовують модель обов'язкового медичного страхування з конкуренцією страховиків і виробників медичних послуг (наприклад, в Німеччині) заможні групи населення (з доходом вище встановленого ліміту) мають право вийти з системи обов'язкового медичного страхування і отримувати медичну

допомогу за рахунок власних коштів або через добровільне медичне страхування [12, 117, 132]. В даному випадку порушується принцип суспільної солідарності, а суспільна система охорони здоров'я втрачає кошти заможних громадян, які направляються на оплату медичної допомоги щодо бідних верств населення.

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що подібна стратегія неприйнятна в даний час для нашої країни і її областей, оскільки близько половини фінансових коштів системи охорони здоров'я надходить за рахунок внесків і податків відносно невеликий платоспроможної частини населення.

Стратегія 3: розвиток системи обов'язкового медико-соціального страхування. Даний напрямок реформування системи медичного страхування закріплено законодавчо і Уряд намагається втілити в життя в даний час. Єдину систему медико-соціального страхування передбачається створювати на основі об'єднання систем обов'язкового медичного страхування і соціального страхування. Можливість такого об'єднання пов'язана з тим, що об'єкт обов'язкового медичного страхування – захворювання застрахованого – є основним об'єктом існуючої системи соціального страхування. Однак механізми фінансування допомоги по непрацездатності та лікування роз'єднані.

Доцільність створення єдиної системи медико-соціального страхування визначалася наступними обставинами:

дане об'єднання сформувало б інституційні передумови для проведення єдиної раціональної політики у фінансуванні витрат, пов'язаних із захворюванням застрахованого;

дозволило б раціоналізувати умови виплати допомоги по соціальному страхуванню і скоротити витрати не пов'язані з чітко вираженими страховими випадками;

на основі злиття фондів обов'язкового медичного страхування і соціального страхування можливе створення більш керованої системи в порівнянні з системою ОМС.

Основними недоліками даної стратегії є:

зниження доступності медичної допомоги, тому що медико-соціальне страхування може дати ефект лише у разі зміни законодавства в бік зниження державних гарантій перед застрахованими (і особливо непрацездатними жителями);

подібне об'єднання може ще більше ускладнити фінансову ситуацію в охороні здоров'я, оскільки чинне законодавство більш конкретно визначає міру державних гарантій у сфері соціального страхування, ніж в сфері медичного страхування;

кошти з об'єднаного фонду підуть в першу чергу на соціальне страхування, а охорона здоров'я буде фінансуватися за залишковим принципом.

Таким чином, незважаючи на суттєві переваги даної стратегії в даний час вона має і значні недоліки, оскільки без відповідної зміни законодавства може призвести до значного зниження доступності медичної допомоги.

Стратегія 4: введення доплатежів (доплат) для громадян.

Пропонується введення доплатежів в момент споживання пацієнтом медичної допомоги, така модель ОМС застосовується в даний час у Франції. Тобто, при кожному зверненні до лікаря (при наданні як амбулаторної, так і стаціонарної допомоги) пацієнт платить відносно невелику фіксовану суму, що надходить в загальний дохід медичного закладу. При цьому для непрацюючих пенсіонерів та інвалідів потрібна їм медична допомога повинна залишитися безкоштовною. Для ряду категорій громадян (хронічних хворих і тривало хворіють) слід встановити граничні розміри доплатежів. Ставки доплатежів будуть залежати від рівня громадського фінансування програми державних гарантій.

Істотним недоліком даної стратегії є те, що населення з низькими доходами може просто перестати звертатися до медичних установ в початковій стадії захворювання, що призведе тільки до погіршення показників захворюваності та зростання смертності. Даний шлях має і іншими потенційними недоліками: система фінансування, в якій частина населення легально доплачує за медичну допомогу, а частина – ні, буде дуже складним для практичної реалізації і потребує значних зусиль по впровадженню і контролю за її роботою. Високий ризик і того, що легальні соплатежі не замінять існуючі нелегальні платежі, а виявляться доповненням до них.

Можливий і інший варіант даної стратегії – введення доплатежів страхового внеску на обов'язкове медичне страхування для працюючих громадян, тобто перехід до моделі ОМС з конкуренцією страховиків і виробників, яка застосовується в Німеччині. Крім внеску роботодавця, працівник платить таку ж суму у вигляді певного відсотка від заробітку, при цьому діє сімейний принцип страхування – роботодавці та працівники солідарно страхують і членів сімей працівників. На відміну від доплатежів в момент споживання медичної допомоги, який змушені платити хворі люди, розмір доплатежів страхового внеску пропорційний особистого доходу, і платять його все працівники, проявляючи велику ступінь суспільної солідарності.

Однак введення цього доплатежів пов'язане з рядом проблем:

введення доплатежів призведе до додаткового податкового навантаження на доходи населення;

необхідна серйозна роз'яснювальна робота з акцентом на те, що ці доплатежів можуть знизити ризики великих одноразових витрат на медичну допомогу;

в даний час в суспільній свідомості відсутня пряма залежність між рівнем медичного обслуговування і наявністю / відсутністю внесків на обов'язкове медичне страхування.

Таким чином, застосування даної стратегії дозволить значно збільшити загальні витрати на охорону здоров'я, але її можна реалізовувати лише за умови зростання реальних доходів населення, а також більш чіткого визначення категорій громадян, які можуть здійснювати доплатежі.

Стратегія 5: формування міжгалузевої регіональної політики в сфері охорони здоров'я на основі системно-мережевого підходу.

Дана стратегія передбачає застосування системно-мережевого підходу при формуванні єдиної політики в сфері охорони здоров'я населення на основі міжгалузевої співпраці установ і організацій системи охорони здоров'я, всіх секторів народного господарства, засобів масової інформації, неурядових організацій, окремих людей в рамках єдиної стратегії досягнення більш високого рівня здоров'я для всіх жителів.

Політика в сфері охорони здоров'я як система може бути розглянута з двох сторін: змістовної та організаційної [135]. Зі змістовної точки зору структурний розгляд політики в галузі охорони здоров'я передбачає певний набір елементів, що характеризують її внутрішній зміст. Як цих елементів автором пропонується розглядати основні напрямки політики в галузі охорони здоров'я, які визначають сукупність впливів на процеси в галузі охорони здоров'я. Змістова модель політики в галузі охорони здоров'я повинна являти собою сукупність регулятивних заходів, за допомогою яких суб'єкт впливає на об'єкт для досягнення певного якісного стану останнього (процес формування і реалізації регіональної політики в галузі охорони здоров'я представлений на рис. 3.4).

З організаційного боку системність міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я виражається у взаємодії суб'єктів і об'єкта з метою упорядкування останнього, збереження його якісної визначеності і цілеспрямованого розвитку. Об'єкт (керована підсистема) і суб'єкт (керуюча підсистема) утворюють основу системи політики в галузі охорони здоров'я, а зв'язки між ними – її структуру (пропонована організаційна модель

міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я представлена на рис. 3.5).

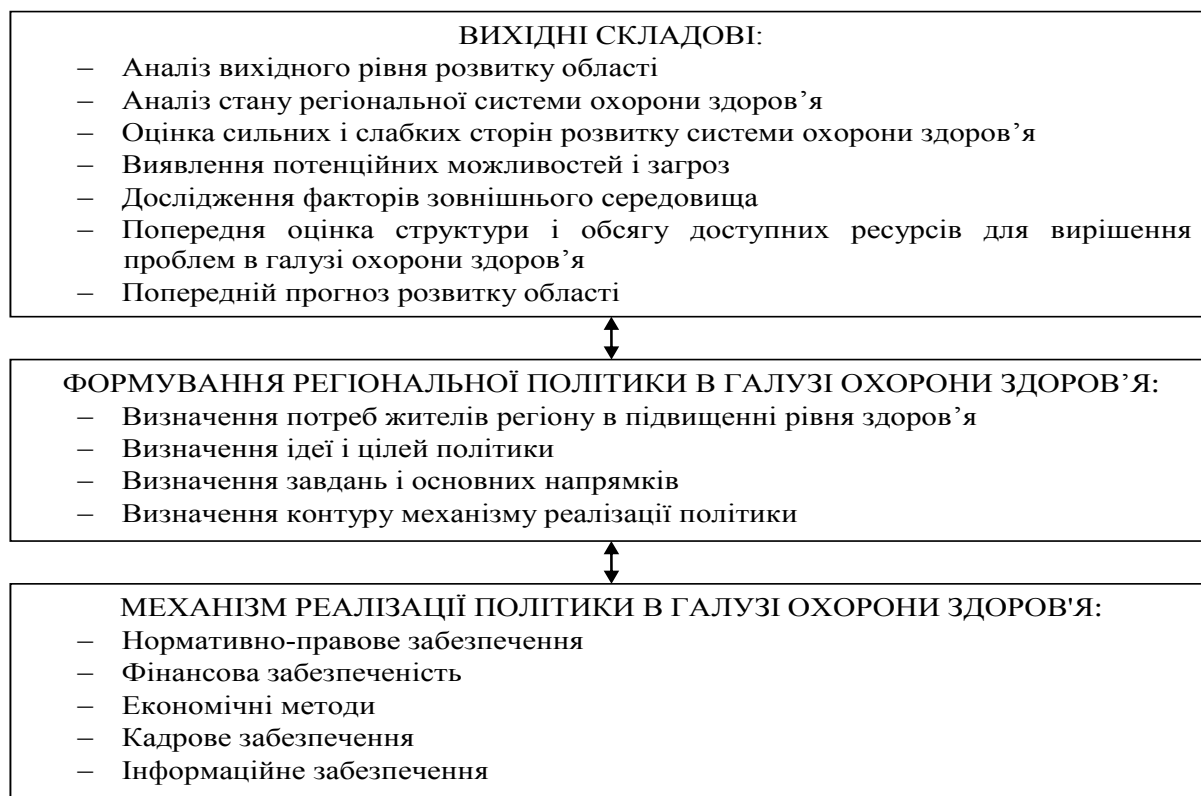


Рисунок 3.4. – Схема формування та реалізації регіональної політики в системі охорони здоров'я (складено автором)



Рисунок 3.5. – Організаційна модель міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я (складено автором)

Взаємодія партнерів при реалізації регіональної політики в галузі охорони здоров'я повинна реалізовуватися на постійній основі. Представники регіональних органів влади, органів управління охороною здоров'я, засобів масової інформації та інші, що входять до Комісії з охорони здоров'я, будуть формувати основні пріоритети та напрямки регіональної політики. Розширення міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я забезпечить новою інформацією та сприятиме перспективному розвитку системи.

Поряд з цим необхідно розширювати можливості окремих людей і заохочувати їх до прийняття позитивних, що зміцнюють здоров'я самостійних рішень з таких питань, як споживання тютюну, надмірне споживання алкоголю, нездоровий харчовий раціон і небезпечний секс.

Відсутність в даний час системного мережевого підходу в охороні здоров'я населення визначає необхідність формування інтегрованої системи охорони здоров'я населення, розширення державної статистики громадського здоров'я та розробки механізмів взаємодії системи охорони здоров'я з іншими системами і взаємозв'язків з власними підсистемами. Мережевий підхід в організації охорони здоров'я та охорони здоров'я можна охарактеризувати наступним чином:

1. економія ресурсів створюється головним чином інновацією, як в процесах, так і в продуктах. Сама інновація залежить від двох умов: дослідного потенціалу та здатності до специфікації, тобто нове знання повинно бути відкрито, а потім застосовано при вирішенні поставлених завдань;

2. виконавські завдання вирішуються ефективніше, коли інструкції з вищого рівня можна пристосувати до їх специфічного застосування та коли вони можуть створювати ефекти зворотного зв'язку в системі;

3. організація охорони здоров'я повинна бути заснована на здатності створити гнучкий процес вироблення стратегічних рішень і здатності досягти

інтеграції між усіма елементами / суб'єктами реалізації політики в сфері охорони здоров'я;

Виходячи з цих особливостей мережевої організації, основними принципами формування єдиної системи охорони здоров'я повинні бути:

законодавче закріплення за державою відповідальності за здоров'я громадян та формування єдиної політики охорони здоров'я;

правове забезпечення координації державного, регіонального і місцевого рівнів при реалізації завдань охорони здоров'я населення і спільної відповідальності при оцінці результатів;

міжгалузева взаємодія державних, регіональних і приватних організацій, що стосуються охорони здоров'я населення і охорони здоров'я;

розвиток місцевих стратегій (наприклад, реалізація проектів міст здоров'я);

створення умов для активності громадян в підтримці особистого здоров'я.

Фінансування міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я передбачається здійснювати за рахунок: коштів державного, обласного та місцевого бюджетів; коштів фонду обов'язкового медичного страхування; добровільних внесків від юридичних і фізичних осіб, в тому числі зарубіжних; інших джерел, не заборонених законодавством.

Виходячи з вищесказаного можна зробити висновок: реалізація міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я призведе не тільки до більш високого рівня здоров'я населення. У плані залучення нових ресурсів такий підхід допоможе включити всі ресурси регіону в цілому: не тільки фінансові, а й політичні, адміністративні, кадрові та ін. Крім цього реалізація міжгалузевої регіональної політики в системі охорони здоров'я дозволить більш ефективно використовувати ресурси галузі охорони здоров'я, в першу чергу за рахунок переносу «центру ваги» з лікування на профілактику, на постійне активне збереження здоров'я у здорових.

3.3. Організаційно-інформаційне забезпечення управління системою охорони здоров'я

Крім того, що в даний час існує потреба в міжгалузевій співпраці в цілях підвищення рівня здоров'я населення країни, необхідно і вдосконалення безпосередньо самої системи охорони здоров'я. Потрібно відзначити, що сьогодні ринкові механізми, закладені в обов'язковому медичному страхуванні, не отримали можливості розвитку, в силу чого обов'язкове медичне страхування не стало тією системою, яка передбачалася спочатку.

Ринкові відносини на основі різних видів власності змінили охорону здоров'я як соціальний інститут, в якому залишився залишковий принцип фінансування мережі медичних установ при зниженні відносних показників їх забезпеченості фінансовими ресурсами. Введення обов'язкового медичного страхування не ввело страхові механізми, які сприятимуть розвитку конкуренції, не включила в ресурсний оборот охорони здоров'я необхідний обсяг фінансових коштів, не сформував механізми їх ефективного використання. Підсумком стало зниження доступності та якості медичної допомоги для більшості населення, погіршуються показники здоров'я.

У зв'язку з цим, основною метою подальшої роботи в сфері охорони здоров'я видається збереження гарантованого державою обсягу медичних послуг і підвищення їх якості на основі послідовного формування ефективної системи охорони здоров'я, яка враховує регіональну специфіку.

Реформа охорони здоров'я в першу чергу повинна бути спрямована на поліпшення здоров'я і добробуту громадян, що є кінцевою метою соціального та економічного розвитку областей і країни в цілому. При цьому найважливішими показниками при оцінці підсумків соціально-економічного

розвитку країни та областей повинні бути показники тривалості життя, народжуваності і смертності, а не темпи зростання ВВП.

Слід прагнути до задоволення потреб громадян: необхідно орієнтуватися на підтримку гідності людини, соціальної справедливості та солідарності. Охорона і зміцнення здоров'я повинні бути одним з основних пріоритетів всього суспільства. Зміни в стані охорони здоров'я вимагають здійснення політики досягнення здоров'я для всіх громадян за допомогою проведення відповідної регіональної і національної політики в сфері охорони здоров'я.

Дані зміни передбачають вдосконалення наступних складових:

нормативно-правової бази системи охорони здоров'я;

фінансових методів та інструментів;

кадрового забезпечення регіональної системи охорони здоров'я.

Одним з важливих чинників, який може сприяти поліпшенню в системі охорони здоров'я, є відповідне законодавство, що регулює її діяльність. Макроекономічне планування ресурсного забезпечення функціонування системи охорони здоров'я вимагає правової підтримки на різних рівнях [79, 114]. У зв'язку з цим, для забезпечення правового регулювання системи охорони здоров'я необхідно розвивати *на державному рівні*:

законодавство, спрямоване на створення соціальних умов і умов навколишнього середовища для забезпечення здорового способу життя;

розробку нормативних актів, що носять комплексний, міжвідомчий характер, для координації дій різних міністерств і відомств. При виданні нормативних правових актів, що регулюють різні питання діяльності медичних установ необхідно закладати в них правові норми, що передбачають:

фінансування передбачених напрямків роботи медичних установ;

розвиток механізмів, що забезпечують «прозорість» фінансових потоків, їх надходження і використання;

розширення організаційно-правових форм діяльності медичних установ;

впровадження стратегічного планування ресурсного забезпечення медико-соціальної допомоги;

впровадження методів, спрямованих на раціональне використання наявних ресурсів при збереженні якості наданої медичної допомоги, придбання вітчизняної конкурентоспроможної медичної техніки та ін.

На обласному та місцевому рівні:

забезпечення виконання чинного законодавства, виділяючи належні фінансові кошти для реалізації мінімальних державних соціальних стандартів з надання медичних послуг жителям областей і міст;

законодавче закріплення за органами місцевого самоврядування відповідальності за забезпечення фінансування надання безкоштовної медичної допомоги непрацюючих громадян в системі обов'язкового медичного страхування.

В рамках збільшення обсягів фінансування охорони здоров'я та комплексного територіального планування в регіональній системі охорони здоров'я в першу чергу необхідно збільшити суспільні витрати на охорону здоров'я. По-перше, це можливо за рахунок зростання дохідної частини бюджету. По-друге, за рахунок зростання оплати праці в реальному секторі та бюджетній сфері, що дозволить не тільки збільшити базу прибуткового оподаткування, а й дасть можливість підвищити витрати на охорону здоров'я шляхом введення легальних доплатів населення (у вигляді внесків працівників в систему обов'язкового медичного страхування). При цьому реалізація перерахованих заходів призведе і до зниження диференціації в доходах населення.

Таким чином, реструктуризація медичної допомоги можлива лише при переході вітчизняної охорони здоров'я до сучасних медичних технологій, технічного переозброєння як лікарняних, так і амбулаторно-поліклінічних

установ, значного збільшення забезпеченості їх медикаментами, тобто при істотному збільшенні обсягів фінансування охорони здоров'я.

У сучасних соціально-економічних умовах необхідно введення системи комплексного територіального планування в охороні здоров'я для вирішення проблем координації дій органів влади різних рівнів один з одним і з суб'єктами обов'язкового медичного страхування. Необхідно передбачити спільну відповідальність місцевих органів управління охороною здоров'я та регіональних фондів обов'язкового медичного страхування за розробку і реалізацію програм обов'язкового медичного страхування і програм розвитку регіональної системи охорони здоров'я відповідно до реального фінансовим забезпеченням.

З метою удосконалення та розвитку матеріально-технічної бази медичних установ та всієї регіональної системи охорони здоров'я, можливе застосування фінансового механізму взаємодії суб'єктів обов'язкового медичного страхування за рахунок створення інвестиційного фонду на розвиток медичних установ. Під інвестиціями фонду в даному випадку розуміються всі види майнових, фінансових та інтелектуальних цінностей.

Інвестиційний фонд може бути створений на базі регіонального фонду обов'язкового медичного страхування на основі співпраці з місцевими органами управління охороною здоров'я, яке може здійснюватися через Комісію по медико-економічним стандартам і впровадження медичних технологій (рис. 3.6).

Фінансові кошти інвестиційного фонду можуть утворюватися за рахунок: цільових бюджетних коштів; добровільних внесків від юридичних і фізичних осіб, в тому числі зарубіжних; інших джерел, не заборонених законодавством України.

Метою інвестицій повинні бути реконструкція матеріальної бази медичних установ, розвиток медичних технологій, матеріальне забезпечення лікувально-діагностичного процесу та ін. Інвестиційні кошти можуть надаватися у формі кредитів на поворотній основі, погашення яких може

здійснюватися з одержуваних медичним закладом коштів як по лінії обов'язкового медичного страхування, так і бюджетних.

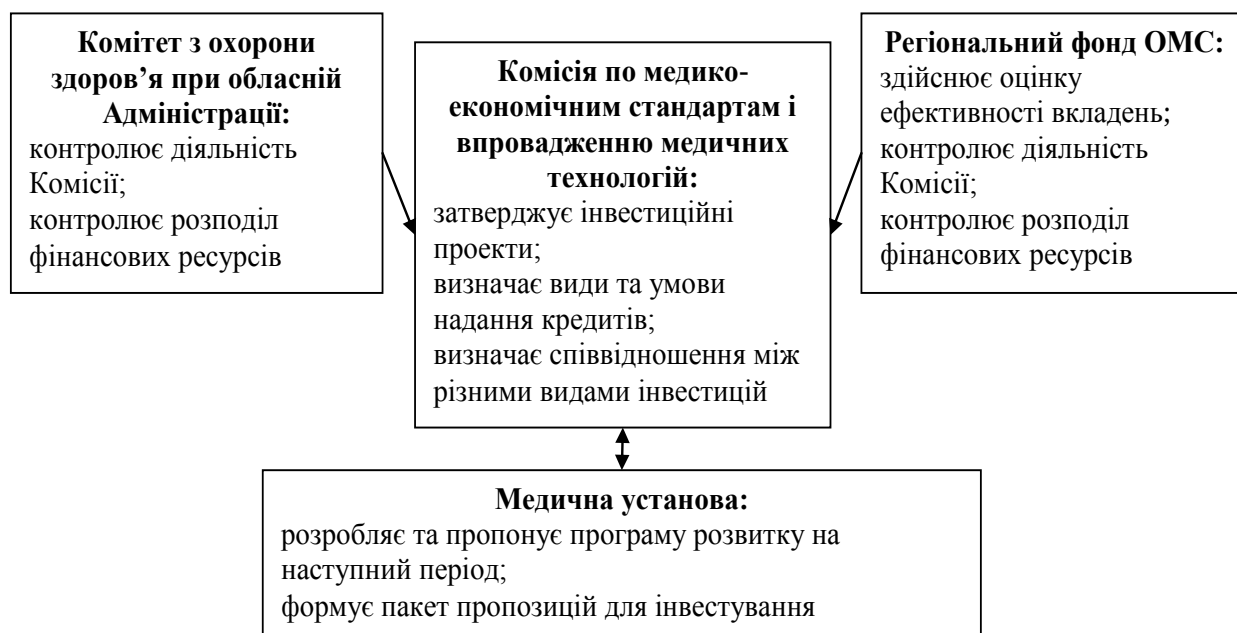


Рисунок 3.6. – Організаційно-функціональна модель регіонального інвестиційного фонду розвитку охорони здоров'я *(розроблено автором)*

Беручи рішення про структуру медичної допомоги з точки зору медичних технологій, необхідно керуватися поняттями ефективності, як клінічного результату (тобто медична ефективність), так і ефективності розподілу фінансових ресурсів і ефективності діяльності. В умовах обмежених ресурсів для обґрунтованого прийняття рішень необхідно здійснювати економічну оцінку ефективності різних медико-профілактичних програм і медичних технологій [119, с. 31] як на державному та регіональному рівнях, на рівні медичного закладу і, безпосередньо, лікаря.

Аналіз економічної ефективності завжди виконується з однією головною метою – полегшення вибору між альтернативами використання наявних ресурсів. Характеристики чотирьох основних типів економічного аналізу представлені в таблиці 3.5.

Проводячи цей аналіз, необхідно враховувати, що ціною виконання будь-якої програми з охорони здоров'я є не гроші, на неї витрачені, а та

медична допомога, яку можна було б надати, використовуючи ці гроші іншим, більш ефективним чином.

Таблиця 3.5

Зміна витрат і результатів в різних методах оцінки економічної ефективності*

<i>Тип аналізу</i>	<i>Вимірювання / оцінка витрат за альтернативами</i>	<i>Ідентифікація результатів</i>	<i>Зміна / оцінка результатів</i>
<i>Витрати-ефективність</i>	Грошовий еквівалент	Єдиний результуючий ефект однаковий для обох альтернатив, але ступінь його досягнення різна	Натуральні показники (додаткові роки життя і т.п.)
<i>Аналіз мінімізації витрат</i>	Грошовий еквівалент	Ідентичні у всіх відносинах	Не виконується
<i>Витрати-корисність</i>	Грошовий еквівалент	Результуючі ефекти необов'язково збігаються по обидва альтернативам, ступінь досягнення однакових результатів може бути різна щодо запропонованих альтернатив	Дні / роки здорового життя, скориговані на її якість
<i>Витрати-вигода</i>	Грошовий еквівалент	Результуючі ефекти необов'язково збігаються по обидва альтернативам, ступінь досягнення однакових результатів може бути різна щодо запропонованих альтернатив	Грошовий еквівалент

*Джерело: складено автором з врахуванням [16, 23, 136, 138]

Аналіз витрати-ефективність повинен виконуватися для проміжних і остаточних результатів наявних альтернатив з різним ступенем їх досягнення. Метод застосуємо в тих випадках, коли всі порівнювані медико-соціальні програми призводять до однієї чітко виділеної мети (наприклад, скорочення днів непрацездатності). Мета даного аналізу – порівняння витрат на одиницю ефекту. В окремому випадку, коли результати абсолютно ідентичні, аналіз зводиться лише до порівняння витрат, тобто є аналізом мінімізації витрат.

Аналіз витрати-корисність виконується тільки для остаточних результатів і спрямований на якісну сторону медичного ефекту. Аналіз виконується на основі експертних оцінок, оцінок на підставі наукової літератури та оцінок за вимірюваннями на вибірці пацієнтів. Аналіз витрати-корисність повинен виконуватися для визначення найкращого виду лікування. Оцінка остаточних результатів здійснюється на основі років життя з урахуванням якості QALY (Quality Adjusted Life Years). QALY (раніше DALE – очікувана тривалість життя, скоригована на інвалідність), доповнює очікувану тривалість життя (комбінований параметр смертності) за рахунок проведення оцінок нелетальних результатів при коригуванні ступеня тяжкості останніх, тобто це відрізок життя в повному здоров'ї без зниження працездатності [138]. При аналізі витрати-корисність значення QALY отримують множенням виграних років життя на коефіцієнт, званий корисністю (utility) і змінюється в межах від 0 (смерть) до 1 (повне здоров'я) в залежності від стану хворого. У разі дослідження захворювання, що не приводить до смертельного результату, порівнюються значення QALY, отримані множенням тривалості хворобливого стану по обох програмах на відповідні корисності.

В аналізі проведеному Torrance та ін. (1982 р.) використовувалася система класифікації станів здоров'я (для людей у віці від двох років і старше), засновану на чотирьох ознаках, представлених в таблиці 3.6. Дана система характеризує стан здоров'я дітей і дорослих в широкому діапазоні

захворювань. Кожна з чотирьох характеристик стану здоров'я розбита на кілька рівнів, щоб класифікувати стан здоров'я людини в певний момент (всього 960 станів здоров'я).

Таблиця 3.6

Система класифікації стану здоров'я жителів у віці понад двох років*

<i>Рівень X1 – фізичний стан: рухливість і активність</i>	
Код	Опис
P1	Здатний ходити в приміщенні, у дворі, в околицях, по даній місцевості без сторонньої допомоги. Відсутні обмеження фізичної можливості вставати, йти, бігати, стрибати, нагинатися.
P2	Здатний ходити в приміщенні, у дворі, в околицях, по даній місцевості без сторонньої допомоги. Наявність деяких обмежень фізичної здатності вставати, йти, бігати, стрибати, нагинатися.
P3	Здатний ходити в приміщенні, у дворі, в околицях, по даній місцевості без сторонньої допомоги, але при пересуванні потребує механічної опори.
P4	Потребує сторонньої допомоги при пересуваннях по дому, двору, околицях або даної місцевості. Наявність деяких обмежень фізичної здатності вставати, йти, бігати, стрибати, нагинатися.
P5	Потребує сторонньої допомоги при пересуваннях по дому, двору, околицях або даної місцевості. При пересуванні потребує механічної опори.
P6	Потребує сторонньої допомоги при пересуваннях по дому, двору, околицях або даної місцевості. Чи не в змозі користуватися або керувати руками і ногами.
<i>Рівень X2 – повсякденна життєдіяльність: самообслуговування та інші форми</i>	
R1	Здатний приймати їжу, одягатися, приймати ванну, користуватися туалетом без сторонньої допомоги. Відсутні будь-які обмеження щодо участі в іграх, відвідування школи, трудової діяльності, інших занять.
R2	Здатний приймати їжу, одягатися, приймати ванну, користуватися туалетом без сторонньої допомоги. Наявність деяких обмежень при іграх, відвідування школи, трудової діяльності, інших занять.
R3	Здатний приймати їжу, одягатися, приймати ванну, користуватися туалетом без сторонньої допомоги. Чи не здатний брати участь в іграх, відвідування школи, у трудовій діяльності та інших заняттях.
R4	Потребує допомоги при прийнятті їжі, прийнятті ванни, користуванні туалетом. Наявність деяких обмежень при іграх, відвідування школи, трудової діяльності, інших занять.
R5	Потребує допомоги при прийнятті їжі, прийнятті ванни, користуванні туалетом. Не здатний брати участь в іграх, відвідування школи, у трудовій діяльності та інших заняттях.
<i>Рівень X3 – соціо-емоційні функції: емоційне благополуччя і соціальна активність</i>	
S1	Щасливий і розкутий завжди або в більшій частині. Має середню кількість друзів і контактів з ними.
S2	Щасливий і розкутий завжди або в більшій частині. Має мало друзів і контактів з ними.
S3	Неспокійний або знаходиться в стані депресії все або значну частину часу. Має середню кількість друзів і контактів з ними.
S4	Неспокійний або знаходиться в стані депресії все або значну частину часу. Має мало друзів і контактів з ними.
<i>Рівень X4 – проблеми здоров'я</i>	
H1	Немає проблем зі здоров'ям.
H2	Має невеликі фізичні відхилення або дефекти (наприклад, шрам).
H3	Потребує слуховому апараті.

Продовж. табл. 3.6

H4	Має проблеми зі здоров'ям, що виражаються в болях і дискомфорті протягом двох днів поспіль через кожні два місяці.
H5	Має потребу в навчанні в спеціальній школі через проблеми з пам'яттю.
H6	Проблеми із зором навіть при користуванні очками.
H7	Проблеми через нерозуміння його оточуючими.
H8	Сліпота, глухота або німота.

*Джерело: [138]

Кожна з чотирьох характеристик стану здоров'я розбита на кілька рівнів, щоб класифікувати стан здоров'я людини в певний момент (всього 960 станів здоров'я). Кожному значенню для кожного рівня приписаний свій коефіцієнт – мультиплікативний фактор корисності (значення мультиплікативний факторів корисності наведені в табл. 5.7). Значення мультиплікативний факторів корисності отримані на основі вимірів корисності на вибірці з здорових дорослих людей.

Таблиця 5.7

Мультиплікативні чинники корисності m_i *

<i>фізичний стан: рухливість і активність</i>		<i>повсякденна життєдіяльність: самообслуговування та інші форми</i>		<i>соціо-емоційні функції: емоційне благополуччя і соціальна активність</i>		<i>проблеми здоров'я</i>	
Рівень	m_1	Рівень	m_2	Рівень	m_3	Рівень	m_4
P1	-1,00	R1	1,00	S1	1,00	H1	1,00
P2	0,91	R2	0,94	S2	0,96	H2	0,92
P3	0,81	R3	0,77	S3	0,86	H3	0,91
P4	0,80	R4	0,75	S4	0,77	H4	0,91
P5	0,61	R5	0,50			H5	0,86
P6	0,52					H6	0,84
						H7	0,83
						H8	0,74

*Джерело: [138]

Значення корисності можна визначити для кожного з цих 960 станів здоров'я за допомогою формули наведеної нижче, яка дає значення корисності за стандартною шкалою, де здоров'я оцінюється одиницею, а смерть – нулем. Однак, оскільки деякі стану здоров'я оцінюються як гірші,

ніж смерть, найменше значення корисності відповідають стану P6, R5, S4, H8 і дорівнює -0,21.

$$U = 1.42 * (m_1 * m_2 * m_3 * m_4) - 0.42 \quad (3.1)$$

де: U – значення корисності; m_1 – мультиплікативний фактор корисності для рівня характеристики 1 з таблиці 3.6; m_2 – мультиплікативний фактор корисності для рівня X 2; m_3 – мультиплікативний фактор корисності для рівня X 3; m_4 – мультиплікативний фактор корисності для рівня X 4.

Таким чином, вимірявши значення корисності (до і після лікування) можна віддати перевагу тому чи іншому виду лікування.

При *аналізі витрати-вигода* результати вимірюються за допомогою грошової вигоди, порівнюєш із загальними витратами на реалізацію. Результати виражаються або у формі відносини грошових витрат на грошову вигоду, або у вигляді простої суми (можливо і негативною). Цей тип аналізу повинен проводитися при: формуванні Регіональної програми державних гарантій забезпечення населення областей України безоплатною медичною допомогою; прийнятті рішень про закупівлю дорогого устаткування; виборі альтернативних технологій діагностики, профілактики та лікування захворювань; плануванні профілактичних заходів та ін.

В рамках методу аналізу «витрати-вигода» запропонована модель оцінки економічного ефекту участі страхової організації в роботі Інвестиційного фонду розвитку медичних установ:

$$\mathcal{G}_t^i = \sum_z \mathcal{G}_{z,t}^i$$

$$\mathcal{G}_{z,t}^i = \begin{cases} \hat{\mathcal{G}}_{z,t}^i & | \hat{\chi}_{z,t}^i > \chi_{z,t}^i \\ -\tilde{\mathcal{G}}_{z,t}^i & | \hat{\chi}_{z,t}^i < \chi_{z,t}^i \end{cases}, \quad (3.2)$$

де: $\mathcal{G}_t^i$ – сумарний економічний результат від участі i -ої страхової організації в роботі Інвестиційного фонду розвитку медичних установ в момент часу t ; $\mathcal{G}_{z,t}^i$ – економічний результат від участі i -ої страхової організації в роботі Інвестиційного фонду за z -му інвестиційному проекту в момент часу t ; $\hat{\mathcal{G}}_{z,t}^i$ – доходи від реалізації медико-профілактичних програм і медичних технологій по z -му інвестиційному проекту i -ої страхової організації в роботі Інвестиційного фонду в момент часу t ; $\tilde{\mathcal{G}}_{z,t}^i$ – витрати на

реалізацію медико-профілактичних програм і медичних технологій; $\chi_{z,t}^i$ – частка захворювання в загальній структурі захворювань в рамках реалізації медико-профілактичних програм і медичних технологій по z -му інвестиційному проекту; $\hat{\chi}_{z,t}^i$ – відсоток зниження захворювання в результаті реалізації медико-профілактичних програм і медичних технологій по z -му інвестиційному проекту.

Нижче наведено приклад аналізу витрати-вигода заходів з профілактики ГРВІ, які може провести страхування медична організація або Регіональний фонд обов'язкового медичного страхування, в умовах, коли керівництво поставлено перед вибором найбільш ефективного використання обмежених ресурсів. Всі дані, наведені в аналізі, є показниками на 1 січня 2015 року з Донецької області фактичні або ті, що прогнозуються на основі досвіду європейських країн, де успішно функціонує програма обов'язкового медичного страхування.

Таблиця 3.8

**Аналіз витрати-вигода заходів з профілактики ГРВІ по
Донецькій обл. у 2015 р.***

Чисельність наявного населення області	4 297 200 чоловік
Кількість застрахованих жителів	22,7% або 977 600 чоловік
Сумарна кількість днів непрацездатності населення	3995000 днів на рік
Всього випадків непрацездатності	101900 в рік
Частка ГРВІ в загальній структурі захворювань	47,5% або 1069400 днів на рік
Кількість звернень в поліклініку з приводу лікування ГРВІ	379777 в рік
Вартість одного звернення, оплачувана за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування	70 грн.
Сума витрат, пов'язана з лікуванням ГРВІ	$379777 * 70 = 26584390$ грн. на рік
Проведення профілактичних заходів здатне знизити захворюваність на 50%	$26584390 * 0,50 = 13292195$ грн. на рік
Профілактика ГРВІ досягається за рахунок покупки медикаментозних засобів профілактики (середні витрати на одного застрахованого становлять 6,5 грн.)	$6,5 * 977.600 = 6354400$ грн. на рік
Вигода складає	$13.292.195 - 6.354.400 = 6.937.795$ грн. на рік
Вигода на одиницю витрат складає	1,19 грн.

*Джерело: складено та розраховано автором з врахуванням [11, 43, 136, 138, 186,

Крім цього, в даному випадку присутній і непрямий ефект:

- 1) застосування профілактичних заходів знижує захворюваність на ГРВІ, а значить, і витрати в майбутніх періодах;
- 2) безсумнівний позитивний ефект для застрахованого населення від проведення профілактичних заходів.

Крім наведеного прикладу, коли результати аналізу виражені в формі відносини грошових витрат на грошову вигоду, можливий варіант аналізу двох і більше програм, результати якого показують пріоритетність використання однієї програми щодо іншої.

В якості однієї з аналізованих програм візьмемо розглянуту вище програму профілактики ГРВІ, іншу – профілактику захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Частка захворювань шлунково-кишкового тракту в загальній структурі захворюваності – 3,5%, що становить 15600 днів на рік. З них на випадки стаціонарного лікування доводиться 35% або 5460 днів на рік. Вартість одного оплачуваного ліжка-дня – 267 грн. Таким чином, загальна сума витрат на стаціонарне лікування випадків захворювань шлунково-кишкового тракту:

$$5.460 * 267 = 1458420 \text{ грн. на рік}$$

Ефективна профілактика захворювань шлунково-кишкового тракту досягається дотриманням режиму харчування, праці і відпочинку, прийомом препаратів до і під час сезонних загострень і т.д., що знижує число необхідних госпіталізацій на 40%, таким чином, зменшуються витрати:

$$1458420 * 0,40 = 582968 \text{ грн.}$$

Витрати пов'язані з пропагандою профілактичних заходів захворювань шлунково-кишкового тракту. Оскільки основний пік захворюваності припадає на весну та осінь, то така пропаганда повинна проводитися саме в ці періоди, що здешевлює завдання. Однак в цьому випадку отриманий економічний ефект необхідно скорегувати з урахуванням коефіцієнта ефективності реклами.

Коефіцієнт ефективності реклами приймається рівним 30%, тобто при проведенні адекватної рекламної політики 30% застрахованих жителів, які страждають захворюваннями шлунково-кишкового тракту, буде займатися профілактикою. У цьому випадку економічний ефект від проведення профілактичних заходів складе:

$$582968 * 0,30 = 174890 \text{ грн. на рік.}$$

Витрати на здійснення рекламної кампанії (вартість одного рекламного оголошення в газетах, по телебаченню, радіо, помножене на кількість оголошень) дорівнюють 80000 грн. Таким чином, вигода складе:

$$174890 - 80000 = 94890 \text{ грн. на рік.}$$

Вигода страхової організації на одиницю витрат складе 1,26 грн.

Також як і у випадку розглянутого вище варіанту профілактики ГРВІ тут присутній і непрямий ефект: зниження витрат в майбутніх періодах та позитивний ефект для застрахованих жителів. Таким чином, можна провести порівняльну характеристику обох програм профілактики (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Порівняльна характеристика результатів аналізу економічної
ефективності профілактичних програм***

<i>Програма</i>	<i>Строк</i>	<i>Витрати, грн.</i>	<i>Вигода, грн.</i>	<i>Вигода на од. витрат, грн.</i>
профілактика ГРВІ	1 рік	6354400	6937795	1,19
профілактика ШКТ	1 рік	80000	94890	1,26

**Джерело: розраховано автором*

Отже, більш ефективною з точки зору вигоди є програма профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту: на одну грн. витрат вона дає 1,26 грн. вигоди. Але з огляду на те, що частка захворюваності жителів області на ГРВІ в загальній структурі захворювань становить 47,5%, найбільш вигідною є реалізація цієї профілактичної програми.

Таким чином, аналіз економічної ефективності показав, що фінансування профілактичних заходів вигідніше, ніж лікування жителів, крім того, зниження захворюваності дозволить збільшити фінансування системи охорони здоров'я регіону, скоротити навантаження на лікарський персонал.

Удосконалення кадрового забезпечення регіональної системи охорони здоров'я є також одним з основних елементів реформування регіональної системи охорони здоров'я. Потреби інтегрованого реформування і подальшого розвитку охорони здоров'я, з урахуванням змін в практиці медико-фармакологічного обслуговування населення на основі комплексного вирішення проблем охорони та зміцнення громадського здоров'я, організації медико-соціальної допомоги, удосконалення управління галуззю і підвищення ефективності нових економічних механізмів природним чином, обумовлюють необхідність кардинальної зміни змісту і методів викладання соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я [135, с.80]. Всі ці питання повинні постійно перебувати в центрі уваги органів охорони здоров'я і медичної громадськості.

Ще з часів командно-адміністративної системи в медичному співтоваристві існує думка про те, що адміністраторами та чиновниками в охороні здоров'я часто стають лікарі низької кваліфікації. Щоб докорінно змінити ситуацію, що склалася, необхідно більш чітко визначити межу між вимогами, що пред'являються до практичних лікарів і лікарів-менеджерам.

Провідну роль у формуванні кадрового складу організаторів охорони здоров'я, як і раніше грає система післядипломної освіти. Безсумнівно, традиційні схеми підвищення кваліфікації та перенавчання лікарів – не єдиний і далеко не найкращий спосіб підготовки менеджерів для охорони здоров'я. Однак в умовах активізації реформ, коли основним завданням стає якнайшвидше насичення галузі керівниками, що розбираються в ринкових відносинах, не залишається нічого іншого, як вважати саме цей спосіб найбільш прийнятним. До того ж кожен такий лікар-менеджер буде мати досвід практичної роботи в охороні здоров'я, що, безумовно, допоможе йому

при вирішенні проблем, пов'язаних як з життям і здоров'ям пацієнтів, так і з умовами праці і життям всіх категорій медичних працівників.

Протилежну спрямованість має широко дискутовану пропозицію активніше залучати в сферу охорони здоров'я «чистих» управлінців (менеджерів-універсалів) [134, с. 333]. Від лікарів-менеджерів їх відрізняє фундаментальний характер професійної підготовки і розвинене економічне мислення. Однак при цьому їм не вистачає повного розуміння всієї суті реальних процесів і особливостей функціонування сфери охорони здоров'я, умовного характеру її приналежності до вільного ринку і принципам неокласичного Економікс і наукової школи управління.

Найбільш же завданням сучасної системи охорони здоров'я відповідає цільова базова підготовка фахівців в галузі управління охороною здоров'я безпосередньо в медичних вузах. Майбутніх лікарів менеджерів спочатку необхідно орієнтувати на виконання організаційно-управлінських функцій в системі охорони здоров'я, передачу управлінських повноважень керівникам діючих підрозділів, які мають досвід практичної роботи.

У зв'язку з вищесказаним заслуговує вивчення і поширення на сферу охорони здоров'я досвід роботи інженерних вузів, що мають економічні факультети і кафедри управління, що надають студентам інженерних факультетів можливість отримання другої вищої освіти за напрямом «менеджмент». Молоді фахівці, що мають подвійне інженерно-економічну освіту, значно легше адаптуються до ситуації на ринку праці і більш повно реалізують свій творчий потенціал.

Висновок до розділу 3.

1. Концепція розвитку економічних відносин в охороні здоров'я включає в себе: необхідність створення економічно ефективного механізму соціального захисту населення в області охорони здоров'я; державні гарантії медико-соціальної допомоги в умовах переходу суспільства до ринкових відносин; реформування відносин власності; розвиток нових організаційно-правових форм підприємництва в охороні здоров'я; вдосконалення економічного механізму управління; участь населення в оплаті медичної допомоги; посилення ролі держави та громадянського суспільства в системі соціального контролю і регулювання ринку послуг охорони здоров'я; зміна економічного становища самого медичного працівника. Економічні відносини в охороні здоров'я є єдність виробництва, розподілу, обміну та споживання соціальних благ медичного призначення. Їх функціонування пов'язано не тільки з економічною доцільністю, а й з соціальною відповідальністю всіх суб'єктів економічних відносин. Пріоритетними напрямками реалізації концепції розвитку економічних відносин охорони здоров'я є формування гнучкої моделі корпоративного управління охороною здоров'я, відповідної цілям, завданням, функціям кластера, орієнтованим на поліпшення здоров'я населення; структурна перебудова галузей, які обслуговують охорону здоров'я, що передбачає поступовий перехід до міжгалузевих показників роботи, а саме, до кінцевого ефекту, одержуваного в охороні здоров'я; реструктуризація лікувальної мережі, з відновленням і розвитком функції профілактики здоров'я. Економічні відносини охорони здоров'я повинні відображати діяльність макроекономічного кластера, що об'єднує різнопрофільні виробництва і сектора економіки, регульовані державою. Стан здоров'я населення залежить від якості цих відносин і є узагальнюючим кінцевим результатом економічного, організаційного і технологічного взаємодії кожного з суб'єктів кластера. Найважливішим напрямком організаційного розвитку кластерних відносин в охороні здоров'я є формування мережових систем, що забезпечують різні форми взаємодії господарюючих суб'єктів на рівні галузі, регіону і держави в цілому.

Розвиток корпоративних зв'язків всередині макроекономічного кластера здатен привести до формування стратегічних альянсів, що дозволяють спільно вирішувати питання фінансово-економічного і технологічного розвитку процесу створення нових благ медичного призначення, що поліпшують здоров'я населення.

2. Регіональна політика в галузі охорони здоров'я представляє конкретизацію і додаток концепції стратегічного управління, що передбачає застосування загальних правил і принципів при розробці регіональної політики і дозволяє враховувати особливості соціально-економічного розвитку конкретної області і що склалася там системи охорони здоров'я. Застосування концепції макроекономічного управління при формуванні регіональної політики в галузі охорони здоров'я і при управлінні регіональною системою охорони здоров'я дозволяє виявити наявні та потенційні проблеми, загрози і можливості розвитку системи охорони здоров'я, що дає можливість вибору найбільш раціональної стратегії реформування системи на основі порівняльного аналізу запропонованих стратегій і SWOT-аналізу можливих варіантів подальшого розвитку. При реформуванні охорони здоров'я повинна враховуватися стратегія реструктуризації медичної допомоги, але тільки з урахуванням економічної обґрунтованості і в сукупності з іншими заходами, спрямованими на підвищення доступності медичної допомоги. Державне регулювання обсягів і цін на платні послуги (пряме і непряме) не вирішує проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. Дана стратегія може розглядатися тільки як доповнює, причому тільки на середньострокову перспективу (3-5 років), а в більш довгостроковому плані доцільно розглядати надання платних послуг переважно в мережі приватних медичних організацій. Можливе застосування стратегії залучення особистих коштів населення через участь працюючих громадян у фінансуванні системи обов'язкового медичного страхування, але тільки в разі значного збільшення реальних доходів населення і за умови чіткішого визначення категорій громадян, які в змозі здійснити ці платежі, і

кордонів між безкоштовної і платної медичної допомоги. Найбільш перспективною виглядає запропонована стратегія формування міжгалузевої регіональної політики в галузі охорони здоров'я на основі інтегрованої взаємодії державних, місцевих та приватних організацій різних секторів економіки.

3. Головним пріоритетом при формуванні ефективної системи охорони здоров'я необхідно вважати примноження потенціалу здоров'я жителів як нематеріального багатства країни і забезпечення доступності медичної допомоги для населення. В даний час необхідно забезпечення законами і підзаконними нормативними актами змісту, умов діяльності та взаємодії суб'єктів, що беруть участь в охороні здоров'я населення, законодавче закріплення за державою відповідальності за здоров'я громадян. Необхідність інтегрованого реформування і розвитку охорони здоров'я обумовлюють формування єдиної системи охорони здоров'я населення, заснованої на міжгалузевої взаємодії організацій різних галузей і комплексному територіальному плануванні в охороні здоров'я. В умовах обмежених фінансових ресурсів направляються на охорону здоров'я населення найбільш розумно застосування оцінки економічної ефективності для обґрунтованого прийняття рішень при формуванні напрямків розвитку галузі на державному та регіональному і рівні.

Основні результати досліджень, викладені в даному розділі, опубліковані в [107, 109].

ВИСНОВКИ

Результатом наукового дослідження є сукупність теоретичних, методично-організаційних положень і практичних рекомендацій, що визначають концептуальні основи та шляхи вирішення актуального науково-практичного завдання – удосконалення макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я.

1. Розвинуто класифікації видів планування, в основу яких закладено принципи раціоналізації, системності та розподілу за певними критеріями в конкретні групи, що дозволяє підвищити ефективність прийнятих регуляторних рішень в економіці. Представлено теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки, який передбачає узгодження макроекономічного, галузевого і регіонального стратегічного планування, шляхів і засобів їх досягнення, розвитку інструментарію формування і коригування макроекономічної і галузевої стратегій.

2. Сформульовано концептуальні положення стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як складової макроекономічного планування. В основу концептуальних положень закладено теоретичні засади (теорія стратегічного планування, концепція макроекономічного планування, теорія соціально-економічного планування), моделі (модель галузі І. Ансоффа, аналіз і синтез, структурно-функціональний метод побудови управлінських систем, ситуативний підхід в управлінні) та методи (порівняльний галузевий аналіз, конкурентний аналіз, SWOT-аналіз для галузі, PIMS-аналіз, мережеве планування, стратегічний аудит, системний аналіз) для галузі охорони здоров'я. Запропоновані концептуальні положення відрізняються від існуючих тим, що використовують запропонований у роботі теоретико-методичний підхід до підвищення адаптивності макроекономічного планування в системі

державного регулювання економіки, формування макроекономічного кластеру в рамках запровадженого МОЗ України реформування галузі охорони здоров'я.

3. Визначено сутність вітчизняної діяльності з охорони здоров'я, яка полягає в сукупності узгоджених дій будь-яких організацій, інститутів і об'єднань ресурсів з різних джерел для діяльності в інтересах здоров'я. Систематизовані типи систем охорони здоров'я зарубіжних країн за принципами адміністрування та фінансування, сформульовані переваги і недоліки різних моделей страхування в галузі. Оцінено стан галузі охорони здоров'я в Україні за основними показниками: індекс людського розвитку та його складові, видатки на охорону здоров'я у % до ВВП, тощо. Динаміка і стан захворюваності громадян України вимагають посилення ролі превентивної функції системи охорони здоров'я. Проведено експертне опитування споживачів та виробників медичних послуг і визначено основні групи проблем функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я: недостатній обсяг фінансування системи охорони здоров'я та неефективне використання ресурсів; порушення принципів соціальної справедливості; недосконалість системи управління і планування в охороні здоров'я. Це дало змогу розвинути напрями підвищення якості стратегічного планування розвитку галузі охорони здоров'я як елементу макроекономічного планування.

4. Проведено аналіз якісного і кількісного складу медичних кадрів, надана оцінка готовності системи охорони здоров'я до проведення реформ, відмічено застарілу організацію системи медичного обслуговування, яка орієнтована не на задоволення потреб громадян країни в медичній допомозі, а на збереження ситуації та інфраструктури, що дало змогу удосконалити методичне забезпечення макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки за умов реформування галузі охорони здоров'я на основі застосування методів оцінки ефективності охорони здоров'я з урахуванням міжгалузевого напрямку державної політики та

системного підходу в галузі, а також необхідності побудови макроекономічного кластеру.

5. Сформульовано необхідні складові розвитку економічних відносин галузі охорони здоров'я: удосконалення економічно ефективного механізму соціального захисту населення; забезпечення державних гарантій медико-соціальної допомоги; розвиток економічного механізму управління галузі; посилення ролі держави та громадянського суспільства в системі соціального контролю галузі охорони здоров'я тощо. Доведено, що пріоритетним напрямом розвитку економічних відносин галузі охорони здоров'я є формування макроекономічного кластеру. Викладене склало основу удосконалення організаційно-методичного забезпечення реформування галузі охорони здоров'я в системі державного регулювання економіки.

6. Запропонована стратегія реформування державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я, що базується на принципі соціальної солідарності, міжгалузевому підході, системно-мережевому принципі і передбачає посилення взаємодії суб'єктів господарювання державного і приватного секторів економіки різних галузей, громадських організацій, органів влади і управління усіх рівнів, що дозволило удосконалити інструментарій макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки в цілому.

7. Доведено, що реформа галузі охорони здоров'я в першу чергу повинна бути спрямована на поліпшення здоров'я і добробуту громадян, що є кінцевою метою соціального та економічного розвитку областей і країни в цілому. З метою вирішення проблеми підвищення якості лікування при недостатньому фінансуванні галузі розвинуто організаційно-інформаційне забезпечення фінансового механізму взаємодії суб'єктів обов'язкового медичного страхування, за рахунок створення Інвестиційного фонду на розвиток медичних установ і економічної оцінки ефективності різних медико-профілактичних програм і медичних технологій.

8. Дисертаційне дослідження дозволило суттєво розвинути теоретико-методичні засади макроекономічного планування в системі державного регулювання економіки, а також, на основі діагностики стану вітчизняної сфери охорони здоров'я і її ролі в забезпеченні стратегічного розвитку національного господарства, визначити шляхи і методичні й організаційні засади удосконалення макроекономічного планування в системі державного регулювання галузі охорони здоров'я.

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, 2010. – 196 с.
2. Авраменко Н. В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Н. В. Авраменко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 194-196.
3. Артюхіна М. В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі / М. В. Артюхіна // Економічний вісник Донбасу. – 2011. – № 2 (24). – С. 135-137.
4. Аунапу Т. Ф. Некоторые научные методы принятия управленческих решений / Т. Ф. Аунапу, Ф. Ф. Аунапу. – Барнаул : Алт.кн. изд-во, 1975. – 135 с.
5. Бакаєв О. О. Мікроекономічне моделювання і інформаційні технології / О. О. Бакаєв, В. І. Гриценко [та ін.] . – Наукова думка, 2003 . – 182 с.
6. Бакуменко В. Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії методології, практики : [моногр.] / В. Д. Бакуменко. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – 328 с.
7. Балдин О. Управленческие решения: теория и технологии принятия. [Учебник для вузов] / О. Балдин, С. Воробьев. – М.: Проект, 2006. – 304 с.
8. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – 2014. – К.: ТОВ «Аграр Медіа Груп». – 2014. – 52 с.
9. Бетлій О. Чи може зачекати реформа системи охорони здоров'я? / О. Бетлій [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу:

<http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments?pid=3486>.

10. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я / О. В. Бобришева // Вісник Дніпропетровського університету. – 2014. – № 10/1, том 22. – С. 12-18.

11. Богачев Р. М. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та деяких країнах світу / Р. М. Богачев // Вісник НАДУ – 2013. – № 4. – С. 24-30.

12. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А. В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку : [збірник наукових праць] / Відповідальний редактор О. Є. Кузьмін. – Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2011. – С. 357-364.

13. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. екон. наук : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Л. В. Бондарева. – Одеса, 2014. – 20 с.

14. Бурков В. Н. Механизмы функционирования организационных систем / В. Н. Бурков, В. В. Кондратьев. – М. : Наука, 1981. – 384 с.

15. Бурцева О. Є. Планування та прогнозування як основа прийняття управлінських рішень: зміст, класифікації та порівняння / О. Є. Бурцева, Ю. Є. Пефтієва // Бізнес Інформ: науковий журнал. – Харків: «ІНЖЕК», 2016. – № 11. – С. 392-397.

16. Вайс К. Оцінювання: методи дослідження програм та політики / К. Вайс; [пер. з англ. Р. Ткачука та М. Корчинської]; Наук. ред. пер. О. Кілієвич. – К. : Основи, 2000. – 671 с.

17. Василенко В. А. Теорія і практика розробки управлінських рішень: [навч. посіб.] / В. А. Василенко. – К.:ЦУЛ, 2003. – 420 с.

18. Васильєва І. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я: деякі політико-економічні аспекти / І. В. Васильєва, С. Д. Місержи

// Держава і право. – 2010. – № 47. – С. 708-715.

19. Веймер Д. Аналіз політики: концепції і практика / Д. Веймер, Е. Вайнінг ; [пер. з англ. І. Дзюб, А. Олійник]. – К. : Основи, 1998. – 654 с.

20. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел]. – К., Ірпінь: Перун, 2004. – 1440 с.

21. Воробйов В. В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Держава та регіони. Сер. Держ. упр. – 2011. – Вип. 4. – С. 10-17.

22. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. – 2014 – № 1144. – С. 94-96.

23. Геєць В. М. Моделі і методи соціально-економічного прогнозування: Підручник для студ. вузів / В. М. Геєць, Т. С. Клебанова, О.І. Черняк, В. В. Іванов, Н. А. Дубровіна; Харків. нац. економ. ун-т. – Харків: ВД «ІНЖЕК», 2005. – 396 с.

24. Геєць В. Економіка та суспільство: непізнані грані взаємовпливу (роздуми над прочитаним) / В. Геєць, А. Гриценко // Економіка України. – 2012. – № 3. – С. 4-24.

25. Генеза ринкової економіки (політекономія, мікроекономіка, макроекономіка, економічний аналіз, економіка підприємства, менеджмент, маркетинг, фінанси, банки, інвестиції, біржова діяльність): Терміни, поняття, персоналії. / За заг. ред. Г.І. Башнянина, В.С. Іфтемінчука. – К.: Магнолія плюс, 2004. – 688 с.

26. Государственное управление: основы теории и организации: Учебник. В 2 т. Т. 2 / Под ред. В. А. Козбаненко. Изд. 2-е, с изм. и доп. – М. : «Статут», 2002. – 592 с.

27. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні / В. Р. Григорович // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2010. – № 2 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93.

28. Грицяк І. А. Європейське управління: теоретико-методологічні засади: монографія / І. А. Грицяк. – К.: К.І.С., 2006. – 398 с.
29. Губерная Г. К. Социально-экономические асимметрии как проблема совершенствования государственной региональной политики / Г. К. Губерная, В. Д. Котельников // Вісник економічної науки України. – №1. – 2005. – С. 30-36.
30. Даниленко І. В. Основні соціальні детермінанти здоров'я населення України. Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства / І. В. Даниленко, К. А. Кизілова, І. І. Кузіна та ін. – 2010. – С. 568-586.
31. Данилишин Б. Новітні виміри сучасної практики соціально-економічних перетворень у державі / Б. Данилишин / Економіка України. – 2010. – № 8. – С. 40-50.
32. Данилишин Б. Соціальна безпека – підґрунтя сталого розвитку / Б. Данилишин, В. Куценко // Вісник національної академії наук України. – 2010. – № 1. – С. 20-28.
33. Данилів А. І. Формування ринку медичних послуг в Україні: структура фінансування та витрат / А. І. Данилів // Наукові записки НаУКМА: Економічні науки. – 2012. – Том 133. – С. 49-56.
34. Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ; напрями раціоналізації та підвищення ефективності. Т. 4. Державні соціальні видатки. – ДННУ. – К., 2011. – 607 с.
35. Державне регулювання економіки: Навч. посібник / [С. М. Чистов, А. Є. Никифоров, Т. Ф. Куценко та ін.] – К.: КНЕУ, 2000. – 316 с. Державне управління і менеджмент : [навч. посіб. у табл. і схемах] / [Г. С. Одінцова, Г. І. Мостовий, О. Ю. Амосов та ін.] ; за заг. ред. Г. С. Одінцової. - Х. : ХарРІ УАДУ, 2002. – 492 с.
36. Державне управління в Україні: навчальний посібник / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К.: Юрінком Інтер, 1998. – 432 с.
37. Державне управління: словник-довідник / за заг. ред.

В. М. Князева, В. Д. Бакуменка. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 116-117.

38. Дегтяр А. Використання статистичних методів у процесі прогнозування наслідків державно-управлінських рішень / А. Дегтяр // Вісн. УАДУ. – 2002. – № 4. – С. 47-51.

39. Дегтяр А. О. Організаційно-аналітичне забезпечення державного управління інтеграційними процесами в Європейське співавторство / А. О. Дегтяр // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз : Матеріали наук.-практ. конф. / За заг.ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 83-87.

40. Діденко С. В. Зміна джерел фінансування медичної галузі як чинник підвищення якості медичних послуг / С. В. Діденко, А. В. Носульчак // Економіка і регіон. – 2012. – № 5 (36) – С. 164-168.

41. Дітківська Л. І. Державне регулювання економіки: Навч. посіб. / Л. І. Дітківська, Л. С. Головка – К.: Знання-Прес, 2006. – 209 с.

42. Жаліло Я. А. Теорія та практика формування ефективної економічної стратегії держави: монографія / Я. А. Жаліло. – К.: НІСД, 2009. – 336 с., іл.

43. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році. Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України ; за ред. О.О. Кармазіна. – К. : 2016. – 92 с.

44. Економічна теорія: Підручник / за ред. В. М. Тарасевича. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 784 с.

45. Економічна енциклопедія : У трьох томах. – Т. 1 – / Редкол. : С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін. – К. : Видавничий центр «Академія», 2001. – 848 с.

46. Економічна енциклопедія: У трьох томах. – Т. 2. – / Редкол. : С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін. – К. : Видавничий центр «Академія», 2001. – 848 с.

47. Історія економічних вчень (Сучасна економічна думка): Навч. посіб. / за заг. ред. Мочерного С. В. – Львів: Новий світ-2000, 2004. – 480 с.

48. Индекс развития человеческого потенциала. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006-2015. Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/human-development-index/human-development-index-info>.
49. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я [Текст] / Т. М. Камінська // Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право: зб. наук. пр. / Національний університет «Юридична академія України ім. Ярослава Мудрого». – Х.: Право, 2012. – № 1 (8). – С. 284-285.
50. Камінська Т. Некомерційні інститути охорони здоров'я у постіндустріальній економіці: досвід для України [Текст] / Т. Камінська // Вісник НУ «Юридична академії України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право. – 2012. – № I (8). – С. 39-48.
51. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні / Т. М. Камінська // Економічна теорія та право. – 2015. – №1. – С. 38-50.
52. Карагодін О. В. Методологічні підходи до побудови механізму прийняття та реалізації державно-управлінських рішень / О. В. Карагодін // Менеджер: Вісник ДонДУУ – №2(69). – 2014. – С. 95-103.
53. Карагодін О. В. Підвищення ефективності державно-управлінської діяльності, за умови використання різноманітних форм комунікативного впливу / О. В. Карагодін // Менеджер: Вісник ДонДУУ – №3(70). – 2014. – С. 25-32.
54. Карагодін О. В. Рішення як важливий елемент системи державного управління на регіональному рівні / О. В. Карагодін // Соціальний менеджмент і управління інформаційними процесами: [зб. наук. праць] / Донецький держ. ун-т управління. – Донецьк: ДонДУУ, 2012. – Т. XIII. – С. 460-467. – (Серія «Державне управління»; вип. 222).
55. Катуніна Е. Г. Европейский аспект безопасности здоровья - внедрение проекта страховой медицины // Тр. Одес. политехи, ун-та. – 2013.

– Вин. 2(41). – С. 301-306.

56. Качество государственного управления. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2016. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/governance-matters/governance-matters-info>.

57. Кикуш О. Умови реформування ринку медичних послуг / О. Кикуш // Галицький економічний вісник. – 2012. – № 1 (34). – С. 38-42.

58. Классики менеджмента / Под ред. М. Уорнера / [пер. с англ. под ред. Ю. Н. Каптуревского]. – СПб.: Питер, 2001. – С. 548-553.

59. Князев В. М. Програмно-цільовий підхід до наукового забезпечення реформи державного управління: дослідження, технології, методики / В. М. Князев, В. Д. Бакуменко, Є. О. Рал-дугін, Ю. В. Бакаев / За заг. ред. В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ. – 1999. – С. 17-28.

60. Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. наук з державного управління: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / С. О. Козуліна. – Одеса, 2004. – 17 с.

61. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР (поточна редакція від 30.09.2016) [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

62. Корнійчука О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О. П. Корнійчука // Український медичний часопис. – 2013. – № 4 (96). – С. 20-26.

63. Котлер Ф. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы = The Quintessence of Strategic Management: What You Really Need to Know to Survive in Business. / Ф. Котлер, Р. Бергер, Н. Бикхофф. – М. : Альпина Паблишер, 2012. – 144 с.

64. Котуза А. Економічна ефективність в охороні здоров'я як інструмент оцінювання досягнутого результату / А. Котуза, І. Цанько // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – № 12. – С. 58-65.

65. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-

функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж. Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління: зб. наук, праць. – Х.: Вид-во ХарРі НАДУ «Магістр», 2010. – Вип. 3(30). – С. 82-88.

66. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня доктора наук з державного управління: спец. 25.00.02 «Механізм державного управління» / Н. П. Кризина. – К., 2008. – 36 с.

67. Куцин І. Проактивні методи державного управління та регулювання розвитку медичної галузі сфери охорони здоров'я України / І. Куцин // Ефективність державного управління [Текст]: зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – Вип. 29 [за заг. ред. чл.-кор. НАН України В.С. Загорського, доц. А.В. Ліпінцева]. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. – С. 279-289.

68. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Е. О. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Е. Еінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5-19.

69. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Е. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – Число 1 (105). – С. 20-36.

70. Людиноцентрична система державного управління в Україні: утопія чи шанс // Монографія / [за заг. ред. Г. А. Дмитренка]. – К.: 2014. – 350 с.

71. Малець К. М. Використання маркетингових інструментів у сфері медицини в Україні / К. М. Малець, М. Ф. Гончар // Маркетинг та логістика в системі менеджменту: тези доповідей IX Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 8-10 листопада 2012 р.). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2012. – С. 265-266.

72. Марова С. Ф. Управління безпекою життєдіяльності [Текст] :

монографія / С. Ф. Марова; Донецький держ. ун-т управління. – Донецьк : Вебер, Донецька філія, 2009. – 342 с.

73. Мартусенко І. В. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країн // І. В. Мартусенко, Т. Д. Сіташ // Проблеми економіки. – 2013. – № 1. – С. 321-325.

74. Марущак В. Адміністративно-правові аспекти регіонального стратегічного планування / В. Марущак // Зб. наук. пр. УАДУ при Президентіві України : У 4 ч. / За аг. Ред.. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ, 2000. – Вип. 2. – Ч. 1. – С. 171-173.

75. Марущак В. П. Планування в умовах ринкової економіки / В. П. Марущак. – Одеса : Пальміра, 2008. – 284 с.

76. Мескон М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; [пер. с англ.] – М.: Дело, 2001. – 799 с.

77. Матковський П. Є. Модернізація економіки України: витоки, сутність, очікувані результати / П. Є. Матковський // Прикарпатський нац. ун-т ім. В. Стефаника. – 2012. – С. 171-182.

78. Махнуша С. М. Маркетингова система охорони здоров'я у сучасних соціально-економічних умовах / С. М. Махнуша, О. Ю. Шевченко / Економічні проблеми сталого розвитку: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті проф. Балацького О. Ф. (м. Суми, 24-26 квітня 2013 р.): у 4 т. / За заг. ред. О. В. Прокопенко. – Суми: Сумський державний університет. – 2013. – Т. 4. – С. 86-87.

79. Мачуга Н. З. Деякі аспекти функціонування ринку медичних послуг / Н. З. Мачуга // Соціально-економічні, політичні та культурні оцінки і прогнози на рубежі двох тисячоліть: Тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених. – Тернопіль, 2007. – С. 230-232.

80. Модернізація державного управління та європейська інтеграція України: наук. доп. / авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка. – К.: НАДУ,

2013. – 120 с.

81. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. -2012. – № 2-3 (18-19). – С. 10-19.

82. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я; підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Таран та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.

83. Мельник А. Ф. Національна економіка / А. Ф. Мельник. – Економіка, Донецьк. – 2014. – 200 с.

84. Мельникова В. І. Національна економіка / В. І. Мельникова. – Навч. посіб. 2-ге вид. перероб. та доп. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 248 с.

85. Мельникова М. В. Моделирование механизма взаимодействия элементов хозяйственного комплекса / М. В. Мельникова, С. В. Богачев, Н. Д. Прокопенко // Механизм хозяйствования предприятий и объединений трансформационной экономики: моногр. / И. П. Булеев, Н. Д. Прокопенко, Н. Е. Брюховецкая и др. – Донецк: ИЭП НАН Украины, 2007. – С. 314-351.

86. Милль Д. Ст. Основы политической экономии и некоторые аспекты ее применения к социальной философии / Д. Ст. Милль – Новосибирск: Издательский дом «Сибирь», 1993. – 409 с.

87. Михальченко Г. Г. Вплив демографічної ситуації на відтворення та розвиток населення України / Г. Г. Михальченко // Научные труды ДонНТУ. – Серия: экономическая. – 2012. – Выпуск 41. – С. 239-251.

88. Моделювання та прогнозування економічного розвитку регіонів України / О. І. Амоша, В. М. Геєць, С. О. Довгий, І. В. Сергієнко, В. П. Вишневський, НАН України. Ін-т економіки та прогнозування, НАН України, Ін-т економіки пром-сті, НАН України. Ін-т кібернетики ім. В. М. Глушкова; За ред. О. І. Амоша, В. М. Геєць. – К.: Інформаційні системи, 2013.– 439 с.

89. Надюк З. Сучасні проблеми державного управління якістю

надання медичної допомоги населенню України / 3. Надюк // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 74-78. – (Сер. «Держ. упр.»).

90. Наукові основи національної стратегії сталого розвитку України / [за наук. ред. акад. НААН України, д.е.н., проф. М. А. Хвесика]; Державна установа «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку Національної академії наук України». – К.: ДУ ІЕПСР НАН України, 2013. – 40 с.

91. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.twirpx.com/file/1824951/>

92. Національна економіка : навч. посібник / В. І. Мельникова, О. П. Мельникова, Т. В. Сідляру та ін. – 2-е вид. перероб. та доповн. – К. : Центр навчальної літератури, 2012. – 248 с.

93. Національна економіка : Навчальний посібник / [Мельник А.Ф., Васіна А. Ю., Желюк Т. Л., Попович Т. М.]. – К. : Знання / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pidruchniki.ws/1584072041779/>

94. Нижник Н. Формування рішень органами державного управління / Н. Нижник, С. Мосов // Вісник НАДУ. – 2000. – № 2. – С. 13-18.

95. Нижник Н. Р. Державне управління в Україні: мета реформування / Н. Р. Нижник // Український правовий часопис. – 1999. – Вип. 5. – С. 20-27.

96. Новіков В. Соціальні наслідки Євроінтеграції України. Система охорони здоров'я / В. Новіков, К. Никонюк [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>

97. Носуліч Т. М. Формування ринку медичних послуг на регіональному рівні (організаційно-економічний аспект): Дис. канд. наук: 08.00.05 / Носуліч Тетяна Миколаївна – К., 2008. – 247 с.

98. Одінцова Г. С. Соціальна орієнтація державно-управлінських трансформаційних процесів / Г. С. Одінцова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. : У 2 ч. – Х. : Вид-во ХарРІ УАДУ

«Магістр», 2002. – № 2 (13). – Ч. 1. – С. 146-150.

99. Пак С. Я. Організаційно-правове забезпечення державного управління охороною суспільного здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: проблеми та шляхи вирішення / С. Я. Пак // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології: зб. наук. пр. – Вип. 1(6). – Херсон, 2012. – С. 167-172.

100. Пал Леслі А. Аналіз державної політики / Пал Леслі А. [пер. з англ. І. Дзюб]. – К. : Основи, 1999. – 422 с.

101. Пашков В. Державний сектор надання медичних послуг та забезпечення медичною допомогою / В. Пашков // Підприємництво, господарство і право. – 2006. – №12. – С. 14-17.

102. Пефтієва Ю. Є. Державне регулювання в системі економічних відносин охорони здоров'я: форми, протиріччя, шляхи вирішення // Ю. Є. Пефтієва // Institutional vector of economic development: зб. наук. праць МІДМУ «КПУ». – Мелітополь: МІДМУ «КПУ», 2016. – Вип. 9(2). – С. 100-108.

103. Пефтієва Ю. Є. Зарубіжний досвід макроекономічного планування економіки галузі охорони здоров'я / Ю. Є. Пефтієва // Розвиток економічних методів управління національною економікою та економікою підприємства: зб. наук. праць ДонДУУ. – Донецьк: ДонДУУ, 2014. – Т. XV. – С. 309-315. – (серія «Економіка»; вип. 282).

104. Пефтієва Ю. Є. Макроекономічне планування: розвиток класифікацій / Ю. Є. Пефтієва // The development of International Competitiveness: State, Region, Enterprise: Internat. Scient. Conf. (Dec. 16th, 2016, Lisbon, Portugal. – Lisbon: Baltija Publishing, 2016. – Part I. – P. 105-108.

105. Пефтієва Ю. Є. Методика адаптаційного макроекономічного планування та прогнозування в галузі охорони здоров'я: концептуальні положення / Ю. Є. Пефтієва // Держава та регіони: науково-виробничий журнал Класичного приватного університету. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2016. – № 6 (93). – С. 23-28. (Серія «Економіка та

підприємництво»).

106. Пефтієва Ю. Є. Методичне забезпечення макроекономічного планування за умов реформування галузі охорони здоров'я / Ю. Є. Пефтієва, С.Ф. Марова // Проблеми та перспективи забезпечення стабільного соціально-економічного розвитку: зб. наук. праць ДонДУУ. – Маріуполь: ДонДУУ, 2016. – Т. XVII. – С. 182-190. (Сер. «Економіка», вип. 299).

107. Пефтієва Ю. Є. Напрями удосконалення макроекономічного планування в галузі охорони здоров'я / Ю. Є. Пефтієва // Актуальні проблеми та перспективи розвитку економіки в умовах глобальної нестабільності: матер. IV Міжнар. наук. – практ. конф.(01-02 груд. 2016 р., м. Кременчук). – Кременчук: КрНУ ім. М. Остроградського, 2016 р. – С. 511-514.

108. Пефтієва Ю. Є. Науково-методичний підхід до адаптаційного макроекономічного планування економічним розвитком галузі охорони здоров'я / Ю. Є. Пефтієва // Актуальні проблеми та перспективи розвитку економіки в умовах глобальної нестабільності: матер. III Міжнар. наук. – практ. конф.(10–12 груд. 2015 р., м. Кременчук). – Кременчук: КрНУ ім. М. Остроградського, 2015. – С. 625-627.

109. Пефтієва Ю. Є. Реформування системи охорони здоров'я в аспекті соціальної відповідальності / Ю.Є. Пефтієва // Соціальна відповідальність: сучасні виклики: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (21-22 квіт. 2016 р., м. Краматорськ). – Краматорськ: ДДМА, 2016. – С. 221-223.

110. Пефтієва Ю. Є. Розвиток і організація систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах / Ю. Є. Пефтієва // Регіональний розвиток – основа становлення української держави: зб. матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. (3-4 квіт. 2014 р., м. Донецьк). – Донецьк: ДонДУУ, 2014. – С. 136-138.

111. Пефтієва Ю. Є. Стан та проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я / Ю. Є. Пефтієва // Молодий вчений: науковий журнал. – Херсон: ТОВ Видавничий дім «Гельветика», 2015. – Вип. 10 (25). – Ч. 1. – С. 123-128.

112. Питерс Т. В поисках эффективного управления / Т. Питерс,

Р. Уотермен. – М. : Прогресс, 1986. – 418 с.

113. Поважный А. С. Эффективное государственное регулирование экономики и плановые механизмы / А. С. Поважный, О. М. Савинова // Менеджер. – 2006. – № 2. – С. 9–15.

114. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / О. Поживілова // Державне управління та місцеве самоврядування; зб. наук. пр. – Д., 2011.-Вип. 1(8). – С. 122-132.

115. Половцев О. Методи моделювання динаміки соціально-економічних систем / О. Половцев // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2010. – № 1. – С. 105-111.

116. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України (23 березня 2000 р. – № 1602-III) // Відомості Верховної Ради України (офіційне видання). – 2000. – № 25. – 23 черв. – С. 442-449.

117. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

118. Программа развития ООН: Индекс человеческого развития в странах мира в 2015 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2015/12/16/7285>.

119. Пушмак Е. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні / Е. Пушмак // Маркетинг в Україні. – 2013. – № 3. – С. 28-32.

120. Райзберг Б. А. Сучасний економічний словник / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовський, Е. Б. Стародубцева. – [5-е вид., перераб. і доп.]. – К.: ЦУЛ, 2007. – 495 с.

121. Райт Г. Державне управління / Г. Райт : [пер. з англ.]. – К. : Основи, 1994. – 191 с.

122. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. –165 с.

123. Рейтинг стран мира по урону валового национального дохода на душу населения. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006-2016. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-gni/rating-countries-gni-info>.

124. Рейтинг стран мира по уровню образования. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006-2016. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/education-index/education-index-info>.

125. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006-2016. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>.

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

127. Рогова О. Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я / О. Г. Рогова // Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр.. – Х.: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2012. – Вип. 2(37). – С. 50-55.

128. Саймон Г. Адміністративна поведінка: Дослідження процесів прийняття рішень в організаціях, що виконують адміністративні функції / Г. Саймон ; [пер. с англ. вид]. – К. : АтрЕК, 2006. – 392 с.

129. Саєнко О. М. Дохід як економічна категорія розвитку підприємств / О. М. Саєнко // Veda a vznik : XI sbrodni conference vedecko-praktickaerne nadobe obsahuji materialy mezina (22-30 грудня 2015 р., м. Прага) : Publishing House «Education and Science» s.r.o., 2015. – С. 53–55.

130. Саєнко О. М. Акумуляування доходів роздрібного фармацевтичного підприємства як складова розвитку економіки держави / О. М. Саєнко, В. В. Литвин // Розвиток фінансових методів державного

управління національною економікою : зб. наук. праць Дон. держ. ун-ту управління. – Донецьк : ДонДДУ, 2012. – Т. XIII. – С. 179–189. (Серія «Економіка», вип. 219).

131. Сивелькин В. А. Статистический анализ структуры социально-экономических процессов и явлений: Учебное пособие / В. А. Сивелькин, В. Е. Кузнецова. – Оренбург : ГОУ ВПО ОГУ, 2002. – 99 с.

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

133. Скороход А. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі добровільного медичного страхування в системі бюджетно-страхової медицини (на прикладі Сумської області). Дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Скороход Андрій Валерійович. – К., 2015. – 149 с.

134. Слабкий Г. О. Аналіз мережі, кадрового забезпечення та фінансування відомчих та приватних закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко, Н. Ю. Кондратюк // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 329-339.

135. Слабкий Г. О. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. О. Петриченко, С. І. Лупей-Ткач // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1(25). – С. 79-84.

136. Современные проблемы моделирования социально-экономических систем: [монография] / В. М. Вовк, Н. А. Кизим, В. М. Порожня, Т. С. Клебанова, В. В. Витлинский, А. И. Черняк, В. А. Небукин и др. –Х.: ИД «ИНЖЭК», 2009. – 428 с.

137. Солоненко І. М. Удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я / І. М. Солоненко, О. К. Толстанов, О. М. Торбас, О. І. Ушакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 340-345.

138. Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання [монографія] / За ред. Е. М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ. – Умань: Видавець «Сочинський», 2013. – 312 с.
139. Статистичний щорічник України за 2015 р. / Державна служба статистики України ; за ред. І. М. Жук. – К. : 2016. – 559 с.
140. Степаненко С. В. Передумови та необхідність державного регулювання процесів економічного розвитку України [Електронний ресурс] / С. В. Степаненко. // Державне будівництво. – 2012. – № 1. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2012_1_16.
141. Стратегія економічного і соціального розвитку України (2004-2015 роки). Шляхом Європейської інтеграції / А. С. Гальчинський, В. М. Геєць, С. І. Пирожков [та ін.] / Редколегія: А. С. Гальчинський, В. М. Геєць [та ін.]. – К. : ІВЦ Держкомстату України, 2004. – 416 с.
142. Сурмін Ю. Системний аналіз у державному управлінні: від ментальної декларації до популярних технологій / Ю. Сурмін // Актуальні проблеми державного управління : Зб. наук, праць. – Дніпропетровськ : ДРІДУ УАДУ, 2001. – Вин. 3(6). – С. 14-32.
143. Ткач Є. І. Загальна теорія статистики : підручник / Є. І. Ткач, В. П. Сторожук. – К. : ЦУЛ, 2009. – 442 с.
144. Устав ВОЗ: принципы [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.who.int/about/mission/ru/>
145. Фактори макроекономічної нестабільності в системі моделей економічного розвитку : колективна монографія / В. М. Геєць, В. Р. Сіденко, М. І. Скрипниченко, І. В. Крючкова, О. І. Черняк, Держ. установа «Ін-т економіки та прогнозування НАН України»; За ред. М. І. Скрипниченко. – К. : Ін-т екон. та прогноз. НАН України, 2012. – 717 с.
146. Федорчук Д. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я / Д. Федорчук // Юридична газета. 8 жовтня 2013 року. № 41. – С. 34-35.

147. Федько О. Економічні аспекти системи охорони здоров'я в Україні / О. Федько // Ефективність державного управління: зб. наук. пр. – Вин. 22. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 383-388.

148. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. [Текст]: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2010. – 241 с.

149. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2010. Режим доступа: <http://www.wlho.int/wlir/2010/ru/index.html>.

150. Фільштейн Л. М. Проблемні питання фінансування галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Л. М. Фільштейн, Н. Л. Гохголеринт // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – № 20 (ч. 1). – 2011. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/Portal/natural/Npkntue/2011_20_1/stat_2011/58.pdf.

151. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні / Н. Фойгт // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. / редкол.: С. М. Серьогін (голов, ред.) [та ін.]. – Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вин. 3 (10). – С. 96-100.

152. Харковенко Р. В. Громадський контроль як механізм участі громадськості в реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Р. В. Харковенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 382-385.

153. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я // О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.

154. Чорновіл О. В. Економічні моделі управління національними системами охорони здоров'я / О. В. Чорновіл // Держав та регіони. Серія:

Економіка та підприємництво. – 2013. – № 5 (74). – С. 45-49.

155. Швайка Л. А. Державне регулювання економіки : навч. посібник / Л. А. Швайка. – К. : Знання, 2006. – 435 с.

156. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / В. Г. Шевцов // Публічне адміністрування: теорія та практика. – 2010. – № 1 (3). – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/Patp/2010_I/index.html.

157. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. екон. наук: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / В. Г. Шевцов. – Харків, 2011. – 19 с.

158. Шкрабак І. В. Структурні трансформації в національній економіці / І. В. Шкрабак // Менеджер. – 2014. – № 2. – С. 218-223.

159. Шлафман Н. Л. Соціальний потенціал України: реалії, інститути та перспективи розвитку / Н. Л. Шлафман // Прометей. – 2013. – №1(40). – С. 110-115.

160. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка [Електронний ресурс] / Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України, 2012. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/480/>.

161. Шершньова З. Є. Стратегічне управління: Підручник. / З. Є. Шершньова – 2-ге вид., перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2004. – 699 с.

162. Ярош Н. П. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України / Н. П. Ярош, С. І. Лупей-Ткач // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 95-100.

163. Boerma T. World health statistics 2012. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.

164. Brunner E., Marmot M. Social organization, stress and health. In: Marmot M. et al., ed. The social determinants of health. – Oxford: Oxford

University Press, 2010.

165. Cylus J. The challenges of hospital payment systems. Euro Observer, Autumn 2010, Volume 12, Number 3.

166. DeNavas-Walt C. Income, poverty and health insurance coverage in the United States: US Census Bureau, 2008.

167. European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. Edited and written by Richard Saltman and Josep Figueras // WHO Regional Publications. European Series. – Copenhagen, 1997. – №. 72.

168. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, 1972, № 80-92.

169. Harvald B., Lynge I. The Nordic Council for Arctic Medical Research: history, aims and achievements // International Journal of Circumpolar Health, University of Oulu, Finland. – 2003. Vol. 62:1.

170. Health systems and public health services: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012.

171. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region // WHO Regional Office for Europe. European Health for All Series. – Copenhagen. – 2014. – № 5.

172. Health Care Systems in Transition: United Kingdom // WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2011.

173. Human Development Report 2014. - NY., UNDP, 2014.

174. Informal patient payments and public attitudes towards these payments: evidence from six CEE countries. Scripta Scientifica Medica, 2011, № 43 (7).

175. Is there a place for the patient in the Ukrainian health care system? Patient payment policies and investment priorities in health care in Ukraine, Society and Economy, 2012.

176. Kaminska T. Informal Health Economics in Ukraine. Health in management, 2014, Vol. 18, № 1.

177. Lorange P. Corporate Planning: An Executive Viewpoint // Englewood Cliffs. – N.Y.: Prentice – Hall, 1980. – P.2.

178. Macroeconomics and Health: Innovations in Health for Economic Development // Report of the Commission on Macroeconomics and Health. – Geneva: WHO, 2011.
179. McGuire A. et al. Providing Health Care: Finance and Evaluation. – Oxford: Oxford University Press, 1991.
180. McGuire A. et al. The Economics of Health Care. – London: Routledge and Kegan Paul, 2010.
181. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. World Health Organization, 2012.
182. Savage L. J. The Theory of Strategic Planning. Journal American Statistic. Association, 1951.
183. Saltman R. B. et al., ed. Critical challenges for health care reform in Europe. – Buckingham: Open University Press, 2001.
184. Saltman R. B., Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy // Bulletin of the World Health Organization. – 2004. – № 78.
185. Taylor F. W. The Principles of Scientific Management. – N.Y., 2011.
186. The European Health Report, 2014 // WHO regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series. – Copenhagen, 2014. – № 97.
187. The World health report, 2014. Health systems: improving performance. – Geneva, World Health Organization, 2014.
188. Wald A. Planning and Forecasting: Theory and Practice. New York. J. Wiley & So., 1950.
189. Wilkinson R. G. Unhealthy societies: the afflictions of inequalities. – London: Routledge, 2011.
190. Woodward C. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change. – Geneva, World Health Organization, 2014.
191. Wootton S., Home T. Strategic Planning: The Nine Step Programme. KoganPage, 1997.

ДОДАТКИ

Довідки про впровадження

Якість державного управління (Governance Matters) – це глобальне дослідження і супроводжуючий його рейтинг країн світу за показником якості та ефективності державного управління. Розраховується за методикою Світового банку на основі кількох сотень змінних, одержуваних з різних джерел (статистичні дані національних інститутів і міжнародних організацій, результати досліджень, що здійснюються на регулярній основі міжнародними і неурядовими організаціями).

У методології дослідження використовуються шість індексів, що відображають різні параметри державного управління:

Врахування думки населення та підзвітність державних органів (Voice and Accountability) – індекс включає показники, що вимірюють різні аспекти політичних процесів, цивільних свобод і політичних прав. Показники цієї категорії вимірюють ступінь можливості участі громадян у виборі уряду і інших органів влади, ступінь незалежності преси, оцінку рівня свободи слова, свободи об'єднань, інших цивільних свобод.

Політична стабільність і відсутність насильства (Political Stability and Absence of Violence) – індекс включає показники, що вимірюють стабільність державних інститутів, імовірність різких змін, зміну політичного курсу, дестабілізації і повалення уряду неконституційними методами або із застосуванням насильства.

Ефективність роботи уряду (Government Effectiveness) – індекс включає показники, що вимірюють якість державних послуг, якість розробки та реалізації внутрішньої державної політики, рівень довіри до внутрішньої політики, що проводиться урядом, якість функціонування державного апарату і роботи державних службовців, їх компетенцію, ступінь їх незалежності від політичного тиску і так далі.

Якість законодавства (Regulatory Quality) – індекс включає показники, що вимірюють здатність уряду формулювати та реалізовувати раціональну політику і правові акти, які допускають розвиток приватного сектора і сприяють його розвитку. З його допомогою фіксуються заходи, що суперечать ринковій економіці, такі як неадекватно контрольований рівень цін і банківської сфери, надмірне регулювання розвитку бізнесу, торгових відносин і так далі.

Верховенство закону (Rule of Law) – індекс включає показники, що вимірюють ступінь впевненості різних суб'єктів в встановлених законодавчих нормах, а також дотримання ними цих норм, зокрема, ефективність і передбачуваність законодавчої системи, рівень злочинності і

ставлення громадян до злочину, ставлення до виконання контрактних зобов'язань, ефективність роботи поліції, судів і так далі.

Стримування корупції (Control of Corruption) – індекс включає показники, що вимірюють сприйняття корупції в суспільстві (корупція розуміється як використання публічної влади з метою вилучення приватної вигоди), ступінь використання державної влади в корисливих цілях, існування корупції на високому політичному рівні, ступінь участі еліт в корупції, вплив корупції на розвиток економіки і так далі.

Ці параметри виділені на основі загального визначення «державне управління». Кожна держава по кожному з шести індексів отримує свій рейтинг – від 0 до 100. Загальний підсумковий рейтинг не складається. Останні дані подані станом на 1996-2013 роки опубліковані в 2014 році. У таблиці 2.x приведені дані рейтингу деяких країн світу щодо якості державного управління в країні загалом.

Таблиця Б

Показники якості механізму державного управління в країнах світу*

<i>Країна</i>	<i>Врахування думки населення та підзвітн. держ. органів</i>	<i>Політична стабіл. і відсутність насильства</i>	<i>Ефек-ть роботи уряду</i>	<i>Якість закон-ва</i>	<i>Верх-во закону</i>	<i>Стримув. корупції</i>
Австралія	94,31	83,41	94,74	97,13	95,73	93,78
Австрія	96,21	96,68	92,82	91,39	97,63	89,95
Білорусь	5,69	46,45	17,22	14,35	20,38	37,32
Бельгія	92,89	75,36	93,3	87,56	89,1	91,87
Болгарія	58,29	54,5	59,33	67,94	51,18	49,76
Бразилія	58,77	36,97	51,2	54,55	52,13	55,02
В.Британія	92,42	63,03	89,95	96,17	92,89	93,3
Гонконг	69,19	74,41	95,69	99,52	91	92,34
Греція	67,3	39,34	66,99	72,73	63,51	55,5
Італія	75,83	64,45	67,46	74,64	62,09	57,42
Казахстан	14,22	34,6	35,41	36,84	30,81	20,1
Канада	95,26	83,89	97,13	95,22	94,79	95,22
Катар	23,7	91,94	81,34	74,16	83,41	84,69
Молдова	45,5	45,5	41,15	49,28	42,65	23,92
Німеччина	93,84	76,78	91,39	92,82	91,94	94,26
Норвегія	100	94,79	98,09	94,74	100	98,56
ОАЕ	18,48	75,83	83,25	75,12	70,62	87,56

Продовж. табл. Б

Перу	50,71	20,85	48,8	66,51	33,18	42,11
Польща	78,2	78,67	71,29	80,86	73,46	70,81
Росія	18,96	22,27	43,06	37,32	24,64	16,75
Румунія	57,35	52,61	52,63	69,38	56,4	52,63
Словаччина	76,3	88,63	73,21	78,47	63,98	59,81
США	83,89	65,88	90,91	86,6	90,52	85,17
Таїланд	34,12	9	61,24	57,89	51,66	49,28
Туркменістан	0,95	54,03	9,57	1,44	6,64	4,3
Угорщина	69,67	69,67	70,33	77,51	67,3	64,59
Україна	36,97	21,33	30,14	28,71	23,22	11,96
Фінляндія	97,16	97,16	100	98,56	99,05	98,09
Франція	88,63	61,61	89,47	85,17	88,15	88,04
Чорногорія	55,92	63,51	59,81	53,59	54,03	51,2
Швейцарія	98,58	97,63	97,61	94,26	96,68	97,61
Швеція	99,05	90,52	98,56	99,04	99,53	99,04
Ефіопія	12,8	8,06	35,89	11,96	32,7	38,28
Японія	85,31	81,52	93,78	83,25	89,57	92,82

* Джерело: складено автором з врахуванням [123-125]

Основні характеристики способів фінансування систем охорони здоров'я*

<i>Критерії</i>	<i>Загальне оподаткування</i>	<i>Обов'язкові внески</i>	<i>Добровільне страхування</i>	<i>Особиста оплата медичних послуг</i>
Справедливість	Фінансування слабо пов'язане зі здатністю до оплати. Структура податків визначає прогресивність і соціальну справедливість. Може знадобитися перерозподіл коштів на території	Забезпечується соціальна справедливість (багатий платить за бідного)	Відрахування пов'язані з потребою (ризиком), а не зі здатністю платити	
Загальність	Однаковий обсяг послуг для всіх жителів		Диференційовані програми допомоги. Обмеження, встановлене на обсяг послуг в цілому	Індивідуальний обсяг послуг для кожного пацієнта залежно від здатності оплати
Індивідуальний вибір	Вибір обмежений умовами контрактів між покупцем і виробником медичних послуг або відсутній		Вільний вибір поліса і обсягу послуг. Страховик може обмежити вибір виробника медичних послуг	Вільний вибір виробника і обсягу медичних послуг

Продовж. табл. В

Ефективність при розподілі фінансових коштів	Залежить від способу передачі фінансових коштів виробникам медичних послуг		Деякі пацієнти можуть відмовитися від високоефективного лікування через нездатність оплатити його	
Прозорість системи фінансування і визначеність гарантій	Виплати спеціально не призначені для охорони здоров'я. Витрати і обсяг послуг, які можна очікувати, не визначені. Влада безпосередньо несе відповідальність за рішення по видатках	Вплив збільшення обсягу послуг на витрати не визначено	При певних відрахуваннях гарантується надання послуг	
Макроефективність	Глобальний бюджет дозволяє успішно контролювати витрати. Якщо бюджет на охорону здоров'я віднесений до числа місцевих пріоритетів, контролювати загальні витрати може бути складніше	Залежить від наявності центрального контролю за глобальними витратами. Велика прозорість забезпечує краще уявлення про зв'язок витрат і обсягів послуг	Залежить від методів оплати виробників медичних послуг. Відсутність глобального бюджету ускладнює проведення ресурсозбереження	Відсутнє

* Джерело: складено автором з врахуванням [2, 11, 12, 27, 69, 79, 147]

Рівень захворюваності населення України за класами хвороб
(кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 населення)*

Назва класів хвороб	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
Усі захворювання, у т.ч.:	63474	67966	70138	72401	68473	62759	62775
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2934	2915	2850	2617	2685	2266	2201
новоутворення	639	776	870	915	971	847	859
хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	373	499	506	489	439	418	416
хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	531	1210	1170	1120	1087	961	945
розлади психіки та поведінки	521	494	486	422	395	319	320
хвороби нервової системи	5923	1519	1607	1641	1554	1521	1530
хвороби ока та придаткового апарату	...	3129	3441	3601	3596	3257	3278
хвороби вуха та соскоподібного відростка	...	2332	2550	2680	2663	2375	2374
хвороби системи кровообігу	2710	4747	5179	5230	4979	4389	4321
хвороби органів дихання	30628	29727	29609	31943	29337	27640	27796
хвороби органів травлення	2597	2903	3004	2935	2764	2650	2674
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4181	4053	4126	4204	4096	3666	3671
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2761	3191	3411	3353	3187	2912	2919

Продовж. табл. Д1

хвороби сечостатевої системи	3012	3937	4655	4681	4516	4100	4169
вагітність, пологи та післяпологовий період	4051	4621	5342	5233	5064	4473	4165
окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	23532	33188	23094	15137	13158	12257	12608
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	92	125	114	115	122	112	113
симптоми, ознаки та відхилення від норми що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	182	207	117	98	81	77	76
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	5161	4749	4825	4853	4602	4023	3979

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Таблиця Д2

Рівень захворюваності за класами хвороб та статтю в Україні у 2015 р.

(кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 осіб відповідної статі)*

Назва класів хвороб	Усього	З них	
		чоловіки	жінки
Усі захворювання, у т.ч.:	62775	58996	66032
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2201	1994	2379
новоутворення	859	665	1025
хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	945	664	1187

Продовж. табл. Д2

хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	416	340	483
розлади психіки та поведінки	320	411	241
хвороби нервової системи	1530	1418	1626
хвороби ока та придаткового апарату	3278	3067	3459
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2374	2353	2392
хвороби системи кровообігу	4321	3934	4654
хвороби органів дихання	27796	28076	27555
хвороби органів травлення	2674	2599	2738
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3670	3641	3696
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2919	2833	2993
хвороби сечостатевої системи	4169	1594	6389
вагітність, пологи та післяпологовий період	4165	-	4165
окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	12608	13112	12072
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	113	129	100
симптоми, ознаки та відхилення від норми що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	76	74	77
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	3979	5055	3051

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Рівень захворюваності населення окремих вікових груп за класами хвороб в Україні у 2015 р.

(кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 осіб відповідного віку)*

Назва класів хвороб	Усього	У т.ч.				
		діти 0-14 років включно	діти 15-17 років включно	особи віком 18 років і старші	з них особи віком	
					жінки 18 - 54 років, чоловіки – 18-59 років	жінки – 55 років та старші, чоловіки – 60 років та старші
Усі захворювання, у т.ч.:	62775	128583	121248	48722	50852	44128
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2201	4739	3530	1689	1991	1037
новоутворення	859	292	639	970	834	1264
хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	416	1424	823	217	233	183
хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	945	1397	2550	809	725	990
розлади психіки та поведінки	320	424	450	296	326	232
хвороби нервової системи	1530	1620	3119	1461	1599	1165
хвороби ока та придаткового апарату	3278	4185	5072	3052	2666	3882
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2374	3996	3482	2039	1983	2158
хвороби системи кровообігу	4321	692	1703	5076	3674	8101
хвороби органів дихання	27796	88560	68519	15253	17109	11249
хвороби органів травлення	2674	4411	5595	2258	2283	2203

Продовж. табл. ДЗ

хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3670	6275	8088	3046	3317	2461
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2919	2221	4775	2987	2820	3346
хвороби сечостатевої системи	4169	2029	5475	4522	5379	2673
вагітність, пологи та післяпологовий період	41651	22	6952	43633	43633	х
окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	126084	126084	х	х	х	х
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	113	644	185	13	16	6
симптоми, ознаки та відхилення від норми що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	76	207	144	49	29	93
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	3979	4615	6758	3771	4088	3085

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Примітка: за 2014-2015 рр. інформацію в бюлетені наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Основні показники охорони здоров'я в Україні*

<i>Показники</i>	<i>1990 р.</i>	<i>1995 р.</i>	<i>2000 р.</i>	<i>2005 р.</i>	<i>2009 р.</i>	<i>2010 р.</i>	<i>2011 р.</i>	<i>2012 р.</i>	<i>2013 р.</i>	<i>2014 р.</i>	<i>2015 р.</i>
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб на 10000 населення	227	230	226	224	225	224	217	217	186	186	227
	44,0	45,1	46,2	47,9	49,3	49,3	47,9	48,0	43,5	43,7	44,0
Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб на 10000 населення	607	595	541	496	467	459	441	441	379	372	607
	117,5	116,5	110,3	106,2	102,4	101,0	97,2	97,4	88,6	87,3	117,5
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,9	3,3	2,9	2,8	2,5	2,4	2,2	1,8	1,8	3,9
Кількість лікарняних ліжок, тис. од. на 10000 населення	700	639	466	445	429	412	404	398	336	333	700
	135,5	125,1	95,0	95,2	94,0	90,6	89,1	88,0	78,5	78,1	135,5
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	6,9	7,2	7,4	7,8	9,0	8,2	8,3	10,8	9,8	10,0	6,9
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади, млн. осіб	12,6	11,2	9,6	10,1	10,5	10,3	10,2	10,2	8,6	8,6	12,6

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Таблиця Е2

Основні показники діяльності стаціонару*

Рік	Кількість госпіталізованих, осіб		На 100 осіб відповідного віку		Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі, дн.
	усього	дітей віком 0-17 років включно	усього	дітей віком 0-17 років включно	
2000	9557968	1531289	19,4	17,7	14,9
2005	10141343	1568702	21,6	22,0	13,5
2009	10258524	1870681	22,4	23,0	12,7
2010	10453690	1941289	22,9	24,1	12,5
2011	10292916	1887884	22,6	23,6	12,2
2012	10159714	1844158	22,4	23,1	12,1
2013	10163244	1864546	22,4	23,3	11,9
2014	8556896	1563269	20,0	20,6	11,6
2015	8616769	1567127	20,2	20,6	11,4

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]

Примітка: До 2006 року діти віком 0-14 років включно, з 2006 року діти 0-17 років включно

Таблиця Е3

Розподіл середнього медичного персоналу за окремими спеціальностями в Україні на кінець 2015 р., осіб*

Спеціальності	Усього	На 10000 населення
<i>Кількість середнього медичного персоналу, у тому числі:</i>	371736	87,3
фельдшери	36096	8,5
акушерки	19381	4,6
медичні сестри в усіх закладах	271143	63,7
лаборанти (фельдшери-лаборанти)	25713	6,0
рентгенлаборанти	8136	1,9
інший середній медичний персонал	11267	2,6

* Джерело: складено автором з врахуванням [43, 139]