

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
НАВЧАЛЬНО НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: **ВПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ
ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Виконав: студент 6 курсу 639-з групи
галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування
Іванілов Віталій Олександрович

Керівник: доцент б.в.з.

Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександрович Никифорович

м. Миколаїв - 2022 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Сутнісні характеристики процесів реформування системи охорони здоров'я: аналіз останніх публікацій і досліджень	8
1.2. Інноваційні засади реформування системи охорони здоров'я України...	17
РОЗДІЛ 2. КАДРОВА ПОЛІТИКА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ УКРАЇНСЬКОЇ І МІЖНАРОДНОЇ ПРАКТИКИ.....	25
2.1. Організаційно-правовий статус лікарів: застосування закордонного досвіду.....	25
2.2. Інструменти державної політики поділу праці лікарів.....	35
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ ІННОВАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Інноваційний менеджмент як засіб підвищення престижності праці лікаря.....	47
3.2. Ефективність діяльності органів влади щодо політики зменшення нерівності отримання медичних послуг споживачами	57
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВРУ – Верховна Рада України

НСОЗ – Національна система охорони здоров'я

ЗУ – Закон України

КМУ – Кабінет Міністрів України

МП – медичні послуги

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ПМД – первинна медична допомога

СОЗ – система охорони здоров'я

ФМС – фонд медичного страхування

ВСТУП

Актуальність дослідження. Найважливішою умовою прогресу та благополуччя будь-якої нації є здоров'я населення. Крім свого впливу на економічний розвиток країни, інвестиції в людський капітал мають високу прибутковість та об'єктивну необхідність. У сучасних умовах труднощі реалізації інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та її інтеграції до європейського політичного, соціального та економічного простору зумовлені багатьма причинами, однак, крім незадовільного стану національної економіки, головна з них, що впливає на її потенціал, - невідповідність сучасним викликам організаційної та регуляторної функції системи державного управління, що знижує ефективність державно-управлінського впливу, гальмує впровадження нових принципів та механізмів, спрямованих на структурно-трансформаційні зміни та активізацію інноваційних процесів у системі охорони здоров'я.

Має вагомий комплекс методів, засобів, стимулів для модернізації сфери охорони здоров'я, перетворення її із соціально збиткової на перспективно інвестиційну політику державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Їх своєчасне впровадження повинно створити належні умови задля забезпечення своєчасної профілактики здоров'я населення, доступної медицини, що на принципах рівності громадян та верховенстві чинного законодавства будуть успішно реалізовані.

Особливості впровадження інноваційного управління в системі та окремі питання організаційно-правових, інституціональних та економічних умов удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України розглянуті в працях таких науковців, як:

А. Авраменко, Ю. Анісімова, В. І. Борисенко, А. Бронштейна, А. Вишневського, А. Вялкова, Н. Герасименко, Н. Грищенко, З. Гладун,

Л. Жаліло, Ю. Кальниш, М. Мартинюк, М. Портера, Л. Слесарева, І. Шеймана, Л. Якобсона та ін.

Попри існуючий інтерес науковців до питань державного управління соціальними системами, до яких відноситься медична галузь, управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в Україні не було визначено предметом ґрунтовних досліджень не зважаючи на той факт, що у науковій літературі наголошується на недоліках досліджень, присвячених використанню сучасних, інноваційних технологій реформування медичної системи, підвищенню ефективності та зниженню витрат на проведені реформи, а також недостатньо опрацьовані питання стратегічного планування та науково-технологічного прогнозування розвитку вітчизняної охорони здоров'я, що потребує розвитку наукових досліджень у вказаному напрямку.

Нормативною базою дослідження стали норми Основного Закону України, законодавство України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, статистичні дані Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики України, монографії і статті вітчизняних і зарубіжних учених.

Нормативно-правові акти залишають невирішеними цілий ряд проблем, як існуючих раніше, так й тих, що постійно виникають у зв'язку з появою нових форм охорони здоров'я – правове забезпечення охорони здоров'я не встигає за змінами, що відбуваються в реальному житті. Більше того, недосконале законодавство у ряді випадків взагалі слугує перепорою для позитивних процесів. Актуальність досліджуваної теми обумовлюється необхідністю вивчення та аналізу організаційно-правових проблем реформування медичної галуззі, аби забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Отже, управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної

сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління захистом працюючого населення.

Об'єктом дослідження – є процеси впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я.

Предметом дослідження – є теоретико-методологічні засади, пріоритетні напрями та механізми вдосконалення державного регулювання реформування медичної галуззі в Україні.

Метою дослідження є обґрунтуванні теоретичних засад і практичних рекомендацій щодо управлінсько-правових особливостей реформування у сфері охорони здоров'я України.

Для реалізації даної мети потрібно було вирішення наступних **завдань**:

- проаналізувати теоретичні та практичні засади реформування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- встановити основні передумови необхідності проведення системної реформи медичної галуззі в Україні;
- зробити порівняльний аналіз української і міжнародної кадрової політики в галузі охорони здоров'я;
- окреслити основні інновації управління галуззю охорони здоров'я.

Методи дослідження. Методологічна база дослідження представлена фундаментальними положеннями теорії державного управління, а також інші наукові праці з питань теоретико-методологічного забезпечення державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я. У роботі застосовано методи системного, стратегічного, економіко-статистичного аналізу; структурно-функціонального. Важливу роль у дослідженні відіграла реалізація принципу єдності практики та теорії; конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що автором обґрунтовано, що покращення управлінських навичок керівників охорони здоров'я та постачальників медичних послуг є практично неминучим; на основі проведення аналізу процесів реформування медичної сфери виявлено

особливості різних етапів зміни охорони здоров'я, охарактеризовано інституційну структуру галузі; визначено динаміку розвитку медичної сфери та виявлено системні недоліки реформ.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що отримані висновки можуть бути використані у практичній діяльності виробити практичні рекомендації щодо формування та реалізації політики державними органами управління в медичній сфері та оптимізації всієї системи охорони здоров'я України.

Емпіричні дані та теоретичні положення дослідження можуть бути використані при викладанні навчальних курсів з соціології медицини, публічної політики, політики здоров'язбереження, при розробці державних програм по реалізації реформи охорони здоров'я.

Апробація результатів дослідження. Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспект».

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 78 сторінок, кількість використаних джерел – 51.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісні характеристики процесів реформування системи охорони здоров'я: аналіз останніх публікацій і досліджень

Унікальний за притаманними йому якостями характер здоров'я людини як соціального і водночас особистого блага визначає особливо важливою роль процесів реформування системи охорони здоров'я.

У всьому світі системи охорони здоров'я знаходяться в стані значних трансформаційних процесів, що пов'язані з більш тісною взаємодією різних країн з економічних та соціальних проблем.

Відомий український фахівець у галузі державного управління Д. В. Карамішев стверджує: «Показниками ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання і рівень задоволення потреб кожної людини та суспільства загалом в охороні здоров'я й медичній допомозі» [19, с. 279].

Стан громадського здоров'я та, зокрема, системи охорони здоров'я використовуються в якості індикаторів добробуту країни, оскільки вони пов'язані із ступенем економічного розвитку держави. Кризове погіршення стану здоров'я і життєздатності населення України стало свідченням соціальної кризи. Відчутні втрати потенціалу здоров'я людності України, про які свідчать основні показники стану громадського здоров'я як результат низки несприятливих тенденцій кінця 80-х років, а також загострення медико-демографічних проблем, пов'язаних з соціально-економічною кризою 90-х років ХХ століття. Погіршення здоров'я населення України

перетворюється на довготривале гальмо соціально-економічного розвитку, виходу країни з всеохоплюючої суспільної кризи. Збереження здоров'я нинішніх, а тим самим і майбутніх поколінь, має перетворитися на пріоритетну мету всієї соціально-економічної політики [20].

Здорове населення має ключове значення для економічного розвитку. Можна виділити наступні напрямки взаємодії здоров'я та економіки:

- здорові люди більш продуктивні і вносять більший внесок у розвиток економіки і суспільства;

- чим розвиненіша економіка, тим вона вносить більший внесок у забезпечення здоров'я і підвищення якості життя населення шляхом поліпшення соціального середовища в цілому при контролі рівня нерівності;

- більш здорове населення вимагає менших витрат на охорону здоров'я;

- якісні медичні послуги сприяють поліпшенню здоров'я населення;

- ефективно працююча економіка дає більше ресурсів для витрат на охорону здоров'я [47, с. 6].

Сучасні дослідження категорії «здоров'я» пропонують різні підходи для пояснення відношення до зазначеної категорії індивідуума і суспільства. Так дослідники А. І. Вялков і Б. А. Райзберг визначають здоров'я як власність людини, яка виявляється в тому, що воно йому належить, і вона ним володіє, користується і розпоряджається. Здоров'я людина отримує природним шляхом у повноцінному вигляді або з дефектами. Здоров'я як власність стає об'єктом охорони здоров'я тільки в процесі надання медичної допомоги людині [5, с. 27].

Сучасне тлумачення терміну “ система охорони здоров'я ” в контексті державного управління має широкий сенс і складається з:

- всіх, хто надає послуги охорони здоров'я, державні чи приватні, в рамках сучасної медицини чи традиційної, з ліцензією чи без неї, а також

лікарі, медичні сестри, лікарні, клініки, аптеки, сільські медичні працівники, народні цілителі тощо;

–потоків грошей, за рахунок яких фінансуються ці послуги, офіційні і неофіційні, ті, що надходять від посередників чи безпосередньо з власних коштів громадян;

–діяльності тих, хто вносить в охорону здоров'я спеціалізований вклад (медичні інститути і училища, а також виробники ліків і обладнання);

–фінансові посередники, органи планування і регулювання, які здійснюють контроль, фінансування (міністерство охорони здоров'я, суспільні і приватні страхові заклади, міністерства фінансів і економіки, а також регулюючі органи) та впливають на тих, хто безпосередньо надає медичні послуги;

–діяльність організацій, які здійснюють профілактичні заходи – від послуг з планування сім'ї до контролю над інфекційними захворюваннями, просвіти в питаннях дієтичного харчування, шкоди від куріння і зловживання наркотичними засобами, які можуть бути державними і приватними, місцевими чи загальнонаціональними, або й міжнародними [10, с.247].

Таким чином, «система охорони здоров'я також являє собою складний конгломерат програм, установ та закладів, що вирішують різноманітні завдання: від лікування гострих захворювань до профілактики; від індивідуального лікування - до заходів, що охоплюють захист здоров'я населення в цілому; від стаціонарного лікування - до первинної допомоги; від стоматологічних послуг до лікування професійних та психічних захворювань тощо. Ця система може бути поділена на п'ять підсистем:

1. Вимоги попиту, що асоціюється з громадянами пацієнтами;
2. Постачання, або пропозиція наприклад, індивідуальні постачальники медичних послуг, заклади охорони здоров'я, медична освіта;
3. Захист здоров'я наприклад, інфекційні та неінфекційні хвороби, профілактичні заходи, безпека довілля, робочого місця та медичного обладнання;

4. Фінансування;

5. Управління».

Багато авторів відзначають, що охорона здоров'я як система має сукупність підсистем, яку можна розглянути в двох основних площинах: адміністративно-територіальному - структурному і галузевому - функціональному. В першій площині лежить зріз органів управління: Міністерство охорони здоров'я - Управління охорони здоров'я території - головний лікар району - головний лікар установи. Другу площину утворюють різні напрями медичної допомоги, такі як охорона материнства і дитинства, амбулаторно-поліклінічна допомога, швидка і невідкладна допомога, санітарно-протиепідеміологічна служба тощо. Такий розподіл визначає роль і значення управлінської діяльності, яка на ряду з лікувальною, медичною діяльністю, необхідна для здійснення заходів щодо охорони здоров'я громадян і ефективного функціонування системи охорони здоров'я [3; 10; 13; 19; 23; 28].

В іншому випадку охорону здоров'я розуміють як галузь, мета якої полягає в підтримці здоров'я нації, збереженні і розвитку людського потенціалу суспільства. В даному випадку підкреслюється його важливість для державного розвитку, визначальна необхідність формування політики охорони здоров'я громадян.

Таким чином, розглядати охорону здоров'я, слід як одну з сфер життя суспільства, що забезпечує можливість здійснення: політичних, економічних, науково-освітніх, лікувально-профілактичних, організаційних заходів, направлених на реалізацію прав громадян на збереження власного здоров'я.

Крім того, виділяється прикладна функція системи охорони здоров'я, що відображається в медичній, медико-санітарній і профілактичній діяльності: «система охорони здоров'я - одна з форм соціальної організації суспільства, що призначена для реального забезпечення прав людини на охорону здоров'я, в якій її суб'єкти здійснюють цілеспрямовану діяльність

по масовому наданню медико-санітарної і профілактичної допомоги» [7, с. 20].

Взаємозалежність медицини і охорони здоров'я є окремою сферою дослідження учених. Як відзначає В. Лехан, більшість авторів включає охорону здоров'я в медицину, розуміючи під останньою “знання і діяльність пов'язані із здоров'ям і хворобами людей” [21, с. 9]. Ці знання і діяльність реалізуються в діагностичних, профілактичних, лікувальних та інших заходах, що стосуються здоров'я не тільки однієї людини але і всього населення країни. В такому разі медицина впливає на суспільне здоров'я, а “система охорони здоров'я” є складовою, що виконує соціальну функцію. З другого боку, медицина будучи частиною охорони здоров'я, є галуззю наукової і практичної діяльності по збереженню здоров'я людини. В цьому значенні охорона здоров'я є як більш загальне поняття, що включає політику, економіку, кадрові питання, науково дослідницьку медичну діяльність.

У Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [29], в якому прописані основоположні поняття, відсутнє визначення система охорони здоров'я. Це, на наш погляд, повноцінно не відображає значення структурно-функціональної організації охорони здоров'я.

Пропонуємо охорону здоров'я населення визначати як “сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного характеру, що направлені на збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я кожного громадянина, підтримка його довголітнього активного життя, надання йому медичної допомоги у разі втрати здоров'я”. В свою чергу, система охорони здоров'я представляє сукупність органів управління охороною здоров'я, організацій охорони здоров'я і практичної діяльності в сфері охорони здоров'я, що взаємодіє в цілях профілактики захворювань, збереження, зміцнення здоров'я громадян і надання ним медичної допомоги.

Крім того, в ключових визначеннях системи охорони здоров'я упущено її соціальне призначення, роль суспільного контролю, можливість і необхідність взаємодії держави, людини і професійного співтовариства для досягнення цілей кожного з цих суб'єктів відносно охорони здоров'я індивідуума.

Теорії способу життя мають на увазі визначальний вплив його складових на стан здоров'я індивіда. Формування образу життя відбувається під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів. На спосіб життя впливають економічні, політичні та соціальні умови країни. Найбільш повне визначення способу життя дає Р. Ривкіна – сукупність декількох різних і взаємозалежних видів соціальної активності. Головні з яких:

- 1) різні види економічної, насамперед, трудової, діяльності;
- 2) комплекс занять у сфері домашнього господарства;
- 3) заняття у сфері освіти;
- 4) форми проведення вільного часу;
- 5) способи підтримки здоров'я;
- 6) участь у політичному житті країни;
- 7) трудова та територіальна мобільність;
- 8) прояв девіантної поведінки, соціальні хвороби [36, с. 32-39].

У основі законодавства України про охорону здоров'я прописано, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку системи населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [29].

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення

гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Охорона здоров'я населення стає загальною метою функціонування заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я громадян, підтримки їх довголітнього активного життя і надання їм медичної допомоги у разі погіршення здоров'я. Здійснення цих заходів вимагає використання сукупності заходів політичного, медичного, економічного, правового, соціального, наукового, культурного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного, інформаційного характеру, направлених на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, на організацію і контроль лікувальної діяльності, а також на реалізацію інших управлінських функцій. Пріоритет в досягненні значеної мети з охорони здоров'я громадян покладено на державу, як конституційного гаранта рівності прав і свобод людини, у тому числі права на охорону здоров'я і медичну допомогу.

Системний аналіз наукових праць свідчить, що реформування системи охорони здоров'я в Україні перебуває на етапі інтенсивного пошуку шляхів вирішення проблем охорони здоров'я, які набувають з часом більш окреслених системних рис. В умовах політичної і економічної нестабільності Україна вимушена шукати раціональні шляхи реформування галузі для задоволення очікувань громадян щодо надання ефективної та якісної медичної допомоги. У процесі досягнення цієї мети зростає роль наукових розробок щодо пошуку ефективних шляхів і механізмів реформування системи охорони здоров'я.

Аналіз праць вітчизняних науковців І. Солоненка, Н. Солоненко дозволяє стверджувати, що громадяни як пацієнти, споживачі послуг системи охорони здоров'я, оцінюють цю систему переважно за рівнем доступності та якості медичного обслуговування, яке вони отримують. Однак, найбільш свідомі та економічно освічені з них дедалі більш часто на додаток до цих

критеріїв починають дивитися на систему охорону здоров'я і як платники податків, оцінюючи обґрунтованість витрат та економічну ефективність системи [40, с. 35].

Постачальники медичних послуг в особі професіоналів-медиків оцінюють якість та прийнятність чинної системи охорони здоров'я для себе передусім з огляду на можливість отримувати адекватну платню за медичні послуги та доходи, які дозволяли б їм забезпечувати собі гідний висококваліфікованого фахівця рівень життя.

На думку В. Лехан [21, с. 49], держава через органи виконавчої влади, місцеве самоврядування чи інші уповноважені нею органи (наприклад, фонди обов'язкового медичного страхування) має здійснювати функції організації медичного обслуговування та фінансового відшкодування вартості медичних послуг, забезпечуючи при цьому реалізацію очікувань, прав та законних інтересів всіх груп учасників системи охорони здоров'я та баланс між ними. При цьому вона має дбати також про забезпечення контролю за витратами та раціональне використання публічних фінансових ресурсів, що спрямовуються в сектор медичного обслуговування. Таким чином, держава, забезпечуючи, з однієї сторони, доступність та якість медичного обслуговування для населення та прийнятний рівень доходів для постачальників медичних послуг, з іншої сторони, повинна створювати умови, що спонукали б постачальників надавати більш якісні послуги необхідних видів та в обґрунтованій кількості при найменш низьких можливих витратах. Потрібно погодитись з думкою професора В. Лехан, що саме такі умови мотивують запровадження модернізаційних тенденцій розвитку галузі.

Для розробки та запровадження ефективної державної політики реформування галузі охорони здоров'я необхідно пройти три стадії: прийняття використання багатогранних можливостей людини, тривалість активного працездатного періоду її життя. Здоров'я сприймається не тільки як здатність до фізичного благополуччя існування, скільки здатність до

виконання соціально-трудова функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб. Ступень розвитку різноманітних здібностей, творчих можливостей особистості і повнота їх реалізації, інтенсивність та результативність життєдіяльності індивіда є не лише залежними, а й певною мірою похідними від стану його здоров'я [41].

Відомий український вчений З. Гладун одним з центральних питань реформування української системи охорони здоров'я вважає питання про можливість поєднання державного характеру цієї системи з ринковими умовами діяльності [9, с. 26]. Наголошено, що не лише дефіцит фінансування, але й недосконала організація діяльності й фінансування закладів охорони здоров'я, що заснована на використанні лише кількісних показників їх діяльності, та відсутність сучасних економічних механізмів господарювання є ознакою кризи в сфері охорони здоров'я України. За таких умов дефіцит фінансування триватиме й надалі. Вчений визначає „заходи антикризового управління”: – оптимізація мережі, пошук позабюджетних джерел фінансування, перепрофілювання, реструктуризація, ліжкового фонду з врахуванням реальних потреб тощо [9, с. 27].

При проведенні аналізу праць видатних вчених можна зробити висновок, про те, що державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та методичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу [13].

Таким чином, питання здоров'я, вартості й доступності лікування, належних умов життя стосуються інтересів широких груп населення і формують електоральні настрої. Вони стають предметом політичних дискусій щодо цілей та напрямів охорони здоров'я, фінансування даної

сфери та розподілу коштів, впливу на чинники охорони здоров'я (навколишнє середовище, умови проживання, система медичного обслуговування), забезпечення права громадян на безкоштовну медичну допомогу, реформування системи охорони здоров'я як передумови, досягнення сучасних стандартів охорони здоров'я європейського рівня.

1.2. Інноваційні засади реформування системи охорони здоров'я України

Забезпечення умов для охорони здоров'я суспільства є безумовно найважливішим завданням держави в даній сфері, але його виконання є неможливим без вибору раціонального способу формування бюджетних ресурсів і ефективного розподілу даного фінансування в межах системи.

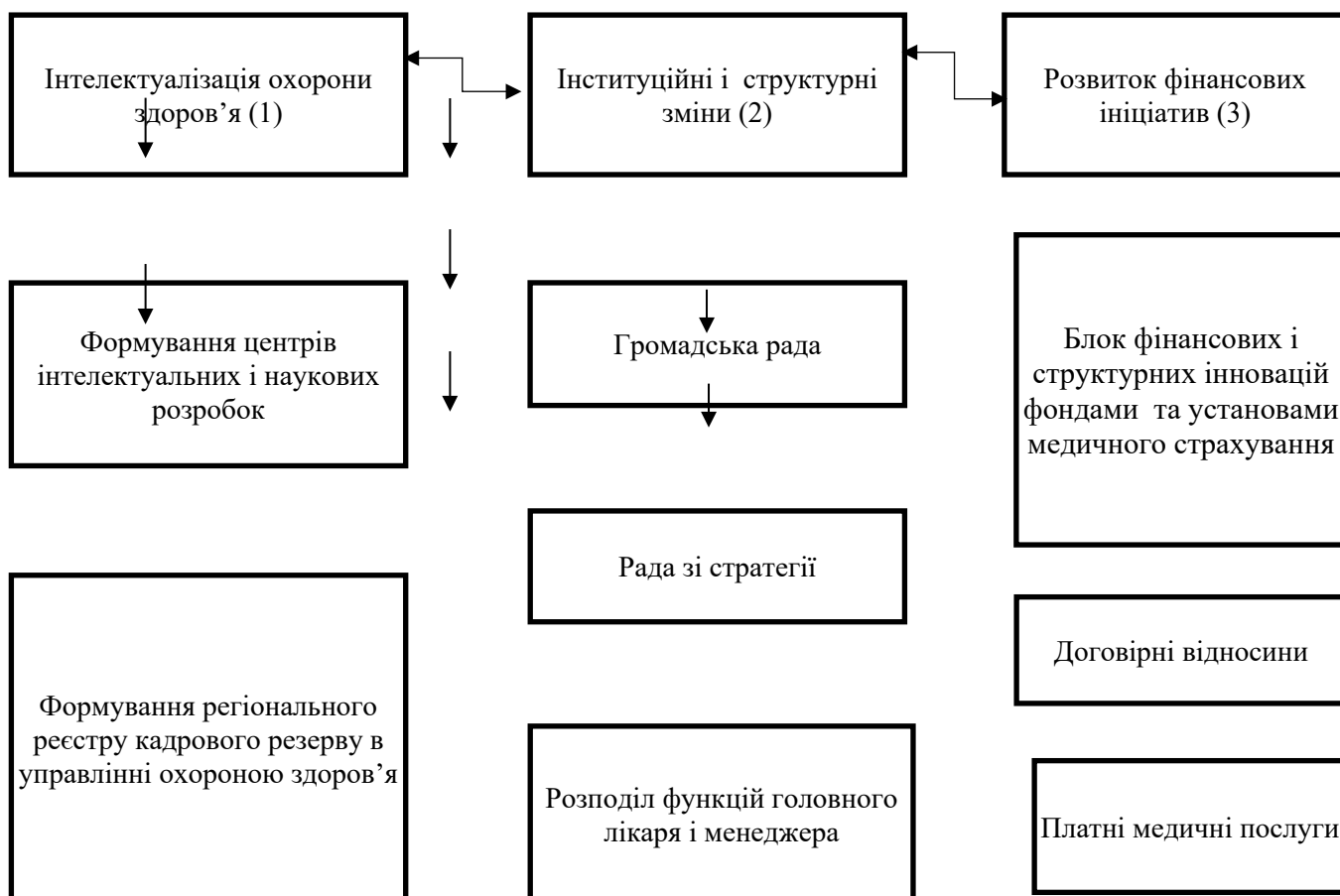


Рис.1.2.1. Організаційно-функціональна модель реформування системи охорони здоров'я на інноваційній основі

Науковцями визначено, що не існує універсальної моделі системи охорони здоров'я для всього світу. Кожна країна запроваджує таку систему, яка на певному етапі більше чи менше підходить до її індивідуальних історичних, економічних та соціальних умов. Для України реформування системи охорони здоров'я на інноваційній основі можна схематично представити у вигляді організаційно-функціональної моделі (рис1.2.1).

Основою першого сектору даної моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин (1). Можна виокремити декілька напрямків діяльності на шляху до досягнення цієї мети:

- сприяння виконанню науково-дослідних проектів, що є безпосередньо пов'язані з тематикою соціально-економічного розвитку сфери охорони здоров'я;
- постійне підвищення кваліфікації державних службовців, що займаються питаннями охорони здоров'я і жорсткий контроль за рівнем ефективності їх діяльності;
- створення умов для працевлаштування випускників медичних навчальних закладів, їх закріплення в медичних установах, професійної перепідготовки і забезпечення сектору висококваліфікованими кадрами.

Ефективним буде створення власної моделі розвитку системи охорони здоров'я, шляхом раціонального з'єднання інтенсивного та екстенсивного шляхів, що дозволить здійснювати актуальні інтеграційні процеси сфери.

Інновації є динамічним рушієм економічного розвитку. Вони вдосконалюють виробництво і водночас змінюють сферу обігу, сприяють створенню кращих за властивостями виробів, технологій, приборків. Функції інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я передбачають радикальну зміну компонентів: змісту, форм, методів, технологій, засобів навчання, системи управління тощо.

Важлива організаційно-технологічна інновація – стратегічний підхід до формування кадрового резерву [22].

Інституційні зміни структури є другою складовою моделі розвитку сучасної системи охорони здоров'я та мають відбуватися на двох основних рівнях:

- на державному та регіональному рівнях повинні функціонувати такі нові підрозділи як Рада зі стратегічного розвитку, що дозволить розширити систему й оптимізувати її організаційно-управлінську структуру в сфері прийняття рішень;

- на локальному рівні, або на рівні кожної конкретної медичної установи слід чітко розділити функції головного лікаря (лікувальні) та функції менеджера охорони здоров'я (адміністративні). Це дозволить уникнути ситуації, коли керівнику лікувального закладу бракує компетенцій у вирішенні управлінських проблем і знань відповідних технологій.

Саме це, на думку українських вчених М. М. Білинської та Т. П. Понченко, дозволить оптимізувати систему управління сферою охорони здоров'я, що у свою чергу сприятиме підвищенню рівня надання медичних послуг. Досягнути цієї мети, на їх думку, можна завдяки реалізації двох взаємопов'язаних напрямків: “Напрямок перший: якісне підвищення інтелектуальної складової менеджменту в охороні здоров'я – поступовий перехід від інтуїтивних, досвідчено-прагматичних методів управління галуззю до дійсно науково обґрунтованих методів і форм класичного менеджменту. Напрямок другий: формування і використання в державному управлінні галуззю якісно нового кадрового ресурсу менеджерів охорони здоров'я в сучасних умовах пріоритету економічних відносин у медицині” [3, с. 70].

Аналітична доповідь фахівців Національної академії державного управління «Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку» відзначає: «Аналіз кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я свідчить про недоліки в реалізації державної кадрової

політики у цій галузі, визначеної Президентом України, надзвичайно застарілу управлінську логістику, яка не в змозі забезпечити її подальший розвиток, структурно-функціональні зміни та модернізацію принципів фінансування, осучаснення соціально-економічної і гуманітарної ролі системи охорони здоров'я. Відсутність науково обґрунтованої Державної програми розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я в Україні зумовлює недостатню укомплектованість і забезпеченість медичними кадрами, зниження якості їх підготовки та невідповідність новим реаліям сьогодення, загострення невирішених проблем сфери охорони здоров'я населення України» [11, с. 42].

Необхідність удосконалення державного регулювання механізму кадрової підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, на думку Д. В. Карамішева й Н. М. Федак, є одним із пріоритетних завдань сьогодення. “Відчуваючи нагальну потребу в підготовці управлінців сучасного виміру, головною метою державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я має бути забезпечення ефективності її функціонування за рахунок створення багаторівневої системи ступеневої підготовки професійних, кваліфікованих, ініціативних і відповідальних управлінських кадрів, здатних ефективно управляти ресурсами і брати на себе відповідальність за їх використання. При цьому, головним завданням залучення до апарату профільних управлінь, які опікуються питаннями охорони здоров'я та просування на найвищі посади в галузевому управлінні найбільш компетентних, професійних і відданих справі працівників” [19, с. 279].

Третім блоком моделі розвитку є сектор фінансових ініціатив, які можуть дозволити перейти до концепції сталого розвитку, а не «виживання», покликані забезпечити стійке фінансування сфери охорони здоров'я та її рентабельність в ринкових умовах:

– реструктуризація і запровадження фінансових інновацій в межах управління ФМС (фонд медичного страхування);

- загальне оновлення системи страхування в медичній сфері шляхом стимулювання його розвитку;
- формування договірної бази між різними структурними одиницями регіональної медичної системи, враховуючи благодійні фонди, в сфері безкоштовного медичного обслуговування і надання медичної допомоги пільговим категоріям населення;
- жорсткий контроль держави та організацій над механізмами надання платного медичного обслуговування, що дозволить захистити громадян від послуг низької якості[43].

Домінування конкретних механізмів отримання високоякісних медичних послуг в більшій мірі визначають майбутнє всієї української сфери охорони здоров'я. На сучасному етапі серед таких механізмів переважають платні послуги і безпосередня оплата праці медичного працівника неформальним шляхом. Все це призводить до виникнення значних ризиків для пацієнта, таких як: вимагання, зайві послуги, які доводиться оплачувати, лікарські помилки. В цьому контексті необхідним є поява посередника між пацієнтом і медичним працівником, який володів би повним обсягом інформації та був би безпосередньо зацікавлений у якісному наданні медичних послуг. Таким посередником є інститут медичного страхування, але він вимагає повної модернізації і значного стимулювання.

Система медичного страхування може своїм внеском реально підвищити ефективність використання ресурсів і якість медичного обслуговування. Такі результати повинні бути досягнуті наступним чином:

- шляхом послідовного переходу на страховий метод фінансування медичної сфери;
- концентрування біля 80% державного фінансування в цій системі, що розподіляється на оплату лікування соціально важливих захворювань і швидкої медичної допомоги;
- реалізація ключового принципу оплати в залежності від обсягу і якості медичних послуг;

- встановлення жорсткого контролю дотримання прав пацієнтів і якості наданих медичних послуг;
- дотримання системності в медичній діяльності різних організацій сектору охорони здоров'я;
- моніторинг за дотриманням умов договору між медичними організаціями і страховиками;
- збільшення ролі та функцій страховиків в сфері управління системою охорони здоров'я;
- об'єднання в межах однієї страхової організації декількох різних програм медичного страхування, що сформує конкурентний ринок;
- створення баз даних, що буде сприяти плануванню і запровадженню персоніфікованого обліку медичного обслуговування;
- реформування системи оплати медичної допомоги.

У додаток до розвитку системи медичного страхування повинні отримати розвиток різноманітні державні програми додаткового медичного страхування, до яких можуть приєднатися громадяни, в першу чергу в сфері забезпечення ліками, стоматологічної допомоги для дорослих, первинної медико-санітарної допомоги, заснованої на моделі лікаря загальної практики. При цьому використовуються фінансові механізми системи медичного страхування, насамперед, регульовані ціни на медичні послуги, що робить такі програми більш доступними для населення.

Реалізація моделі передбачає перехід на інноваційний шлях розвитку сфери охорони здоров'я, що залежить від прагматичної реалізації таких заходів:

- сприяння розвитку наукових досліджень в цій сфері;
- модернізація структури сектору охорони здоров'я;
- створення сприятливих умов для розвитку пріоритетних напрямів науки в медичній сфері шляхом концентрації фінансування і кадрових ресурсів;

- створення центрів наукових досліджень в сфері охорони здоров'я;
- формування системи обліку кадрового резерву у регіонах;
- розвиток системи медичного страхування;
- ретельне планування політики в сфері медичного обслуговування і прогнозування її можливих наслідків;
- фінансування наукових досліджень і критичних технологій, які відрізняються конкурентоздатністю і високим практичним значенням, та наукова новизна яких може зробити їх «проривними» для української медичної науки;
- формування системи співробітництва державного і приватного медичного сектору, яка буде сприяти впровадженню останніх наукових розробок у практику.

«Інновації в системі охорони здоров'я як результат інноваційної діяльності являють собою будь-які результати наукової праці, причому як зміни та перетворення вже існуючих, так і впровадження абсолютно нових об'єктів, процесів, технологій та способів. А це передбачає радикальну зміну компонентів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я: змісту, форм, методів, технологій, засобів, системи регулювання тощо. Система охорони здоров'я є унікальною складною гетерогенною соціально-економічною системою, структурна будова якої представляє сукупність великої кількості організацій, різних за функціями та масштабами і таких, що знаходяться у взаємодії одна з одною, пов'язані різними суспільними відносинами (політичними, економічними, соціальними, трудовими, морально-етичними та іншими). Відповідно, процес державного регулювання цієї сферою включає комплекс компонентів: структуру, функції, механізм, кадри управління. Процес державного регулювання системи охорони здоров'я можна представити у вигляді трьох складових форм його реалізації: адміністративної, завданням якої є розробка системи цілей, завдань і шляхів їх вирішення; економічної, що забезпечує

матеріально-фінансові ресурси, мотиви і фінансові результати системи регулювання; оперативної, що забезпечує оперативну та виконавську функцію, спрямовану переважно на технологічну і технічну організацію об'єкта регулювання».

Інноваційні процеси є досить специфічним, масштабним, складним і різноманітним за своїм змістом об'єктом управління, ефективний розвиток якого неможливий без впровадження спеціальних методів і форм управління. Сучасний етап розвитку сфери охорони здоров'я характеризується значним реформуванням її організаційного і економічного сектору та запровадженням нововведень на всіх рівнях: від державних органів управління охороною здоров'я до лікувально-профілактичних закладів. Тому використання інноваційного менеджменту стає вирішальним фактором їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

КАДРОВА ПОЛІТИКА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ УКРАЇНСЬКОЇ І МІЖНАРОДНОЇ ПРАКТИКИ

2.1. Організаційно-правовий статус лікарів: застосування закордонного досвіду

Медичні працівники – такі ж самі звичайні люди, які згідно з Конституцією України мають такі самі права, як і інші громадяни країни. На них теж поширюються «Права, свободи і обов'язки людини і громадянина», затверджені розділом II Конституції України [15]. Але, наприклад медпрацівники мають права, що «безпосередньо пов'язані з їх трудовою діяльністю, захистом від будь-якого втручання, зокрема з боку держави, у здійсненні громадянських і політичних прав, адже кожен медпрацівник — член громадянського суспільства та учасник політичного життя. Ці права охороняють особу від небажаних обмежень і втручань. Лікарям дуже важко відстоювати свої права, оскільки часто пацієнти з великою недовірою, сумнівом і упередженням ставляться до них».

На сьогодні в нашій державі є невідповідність правових актів України міжнародним вимогам. Україна повинна швидше вирішити питання про ратифікацію особливо важливих документів Ради Європи, як Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, Європейська соціальна хартія, Європейський кодекс соціального забезпечення, Конвенція про права людини та біомедицину. Оскільки саме ці документи регулюють політику у

сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування населення Європейського Союзу.

В нашій країні медичні і фармацевтичні працівники мають право на (витяг зі ст. 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»):

а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;

б) належні умови професійної діяльності;

в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на 5 років у відповідних закладах та установах;

г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;

д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;

е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їхньому життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

и) пільгові умови пенсійного забезпечення;

і) пільгове надання житла та забезпечення телефоном;

ї) безплатне користування житлом з освітленням і опаленням тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними

працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту;

й) першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;

к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

л) судовий захист професійної честі та гідності;

м) безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства;

н) лікарі дільничних лікарень та амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри та дільничні медсестри територіальних ділянок міських поліклінік, лікарі загальної практики (сімейні лікарі), завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, лікарі (старші лікарі) та середній медичний персонал виїзних станцій і відділень швидкої та невідкладної медичної допомоги, станцій санітарної авіації та відділень планової та екстреної консультативної допомоги — за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні. При цьому зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку у межах існуючих норм. Законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони подають медико-санітарну допомогу [29].

До даного переліку не включені права та пільги, дія яких обмежена Кабінетом Міністрів України.

Для виконання своїх обов'язків лікар повинен мати свободу професійних дій, узгоджених з його сумлінням і вимогами сучасної медицини.

На даний момент доводиться констатувати, що «наявне регулювання правового статусу медичних працівників в Україні не відповідає рівню розвитку суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, недостатньою мірою враховує конкретні аспекти медичної діяльності, не забезпечує якісний лікувальний процес, не створює режиму для ефективної реалізації медичними працівниками їхніх прав та обов'язків».

Для медичних працівників специфічний «спеціальний статус, який конкретизує загальний на рівні окремої соціальної групи, причому такий правовий статус медичних працівників регулюється в Україні чинними законами та підзаконними нормативно-правовими актами (статутами, положеннями і так далі) в обсязі, необхідному для виконання завдань, що поставлені перед ними».

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (далі – Основи законодавства про охорону здоров'я) закріплено положення про те, що «медична допомога (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація) забезпечується відповідно до медичних показань професійно підготовленим медичним персоналом, який перебуває у трудових відносинах із установами охорони здоров'я, які надають медичну допомогу відповідно до ліцензії, отриманої в установленому законодавством порядку, а також фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та отримали відповідну ліцензію згідно із законом». Також, у ст. 74 Основ законодавства про охорону здоров'я міститься уточнення, що, зокрема, медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися лише ті особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам [29].

Існують різні класифікації суб'єктів медичної діяльності. Терміносполучення «медичний працівник» ємне й охоплює різних суб'єктів: лікарів, молодших спеціалістів із медичною освітою, молодших медичних сестер. Відповідно до чинного законодавства, можна здійснити класифікацію медичних працівників за освітнім компонентом, а саме:

1) «особи, які мають медичну освіту: лікарі та молодші спеціалісти з медичною освітою (акушерка, сестра медична, сестра медична операційна тощо);

2) особи, які не мають медичної освіти: молодші медичні сестри з догляду за хворими, молодші медичні сестри (санітарка-прибиральниця тощо)».

У системі українського законодавства про охорону здоров'я немає нормативного акту, який би чітко регламентував перелік посад молодших спеціалістів із медичною освітою та спеціалістів без медичної освіти в закладах охорони здоров'я. Проте перелік лікарських, провізорських посад і посад молодших спеціалістів із фармацевтичною освітою в закладах охорони здоров'я нормативно встановлено у Наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів із фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я» від 28 жовтня 2002 р. № 385 [34].

Аби уникнути дисонансу і чітко визначити терміносполучення «медичний працівник», треба заповнити цю нормативну прогалину.

Таким документом, на думку В.М. Безпрозваної, має стати Закон України «Про права медичних і фармацевтичних працівників», який би містив положення про засади діяльності, статус, функції суб'єктів державного контролю щодо дотримання прав медичних і фармацевтичних працівників, а також закріпив перелік юридичних механізмів захисту прав медичних і фармацевтичних працівників в Україні, конкретизував

тлумачення понять «лікарська помилка» та «права медичних працівників» [4, с. 117].

Ключовий напрямок формування ефективної системи охорони здоров'я – забезпечення вищого кадрового потенціалу галузі. Необхідно відзначити, що основні напрями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я визначені у Концепції розвитку системи громадського здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. [16]. Ключовим питанням в збереженні СОЗ у процесі формування державної політики в сфері розвитку охорони здоров'я є система кадрового складу.

В даний час в українській охороні здоров'я накопичилося багато серйозних кадрових проблем, у низці головних з них – низький рівень планування кадрів, дефіцит багатьох категорій працівників, серйозні диспропорції в їх складі, невисокий професійний рівень значної частини лікарів.

Підвищення кваліфікації і професіоналізм медичного персоналу, «є важливим стратегічним завданням, що вплине на збереження статусу країни як економічно розвиненої, може бути здійснено тільки за рахунок зростання продуктивності праці. Таким чином, виникає об'єктивна необхідність капіталізації людського потенціалу, інвестування в здоров'я як активу людського капіталу».

Не припиняються дискусії щодо відповідності чисельності лікарів реальним потребам населення, співвідношення від ділових професійно-кваліфікаційних груп, а ширшому плані – відповідності кадрової політики держави новим викликам системи охорони здоров'я, пов'язаним з ускладненням медичних технологій, підвищенням потреб населення у медичній допомозі.

У ряді робіт обстоюється думка про те, що дефіцит лікарів в Україні має «рукотворний» характер. Він є результатом безлічі дисбалансів у структурі кадрових ресурсів і відображає продовження традиційного курсу на екстенсивний розвиток. Зміна структури кадрів у поєднанні зі зміною

структури надання медичної допомоги здатне вирішити проблему дефіциту лікарів [48].

При всій різноманітності точок зору на проблеми кадрових ресурсів галузі охорони здоров'я вони, як правило, не спираються на аналіз закордонного досвіду розв'язання аналогічних проблем. Тим часом цей досвід дає можливість виділити стійкі тренди розвитку, які доцільно враховувати в кадровій політиці, зрозуміло з урахуванням специфіки організації української СОЗ.

За основу цього дослідження взято три напрями розвитку:

- 1) підвищення ефективності використання лікарських ресурсів;
- 2) пошук оптимального рівня спеціалізації лікарської діяльності;
- 3) зміни у розподілі праці між окремими професійно-кваліфікаційними групами.

Ці напрями, на нашу думку, найбільш актуальні для вдосконалення кадрової політики у українській охороні здоров'я. За основу порівнянь взято дані ВООЗ та ОЕСР насамперед західних країн.

Таке порівняння дає можливість виділити різні типи розвитку кадрового забезпечення в Україні та за кордоном і з цих позицій критичніше подивитися на головні концептуальні основи української СОЗ, виділити в них те, що відповідає таким, що відповідають світовим тенденціям, що суперечить їм, що просто ігнорується.

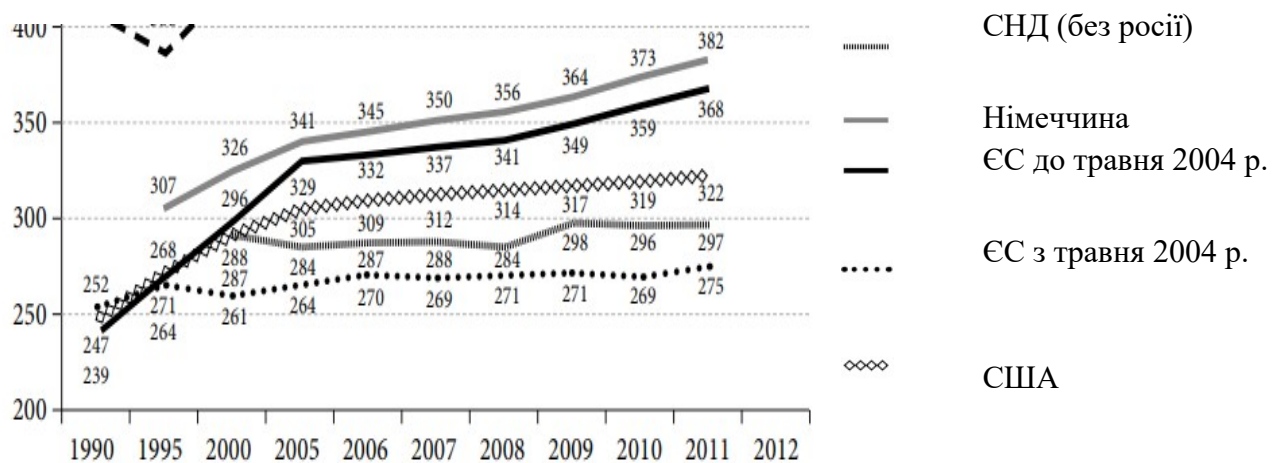
Лікар у західній охороні здоров'я – дорогий ресурс. Його первинна підготовка носить «штучний» характер і триває понад десять років, а надалі відбувається постійне оновлення знань. Держава та професійне медичне співтовариство висувають високі вимоги до рівня кваліфікації та відповідальності лікаря. У громадській свідомості вже давно утвердилося ставлення до лікаря як до професійної еліти суспільства. Звідси й високий рівень оплати праці.

Розмір оплати праці лікарів у західних країнах істотно перевищує середню зарплату в економіці. Лікарі загальної практики в основній частині

цих країн отримують у 2–2,5 рази більше, ніж середній працівник в економіці, вузькі спеціалісти – у 3–4,5 рази. Багато країн Східної Європи також перевищили дворазове перевищення зарплати лікарів. Наприклад, у Чехії вузькі фахівці – у 2,3 рази, в Естонії – у 2,1 рази, у Польщі лікарі загальної практики – у 2,2 рази (дані OECD).

Маючи такого «дорогого» лікаря, уряди низки західних країн тривалий час проводили політику стримування прийому студентів до медичних вузів, у чому їх активно підтримували лікарські асоціації – для обмеження припливу нових лікарів та збереження їх високої оплати праці.

Але бурхливе зростання потреб у медичній допомозі, особливо сильно виявилось наприкінці ХХ ст. під впливом нових медичних технологій та старіння населення, змусило відмовитися від цієї політики. В останні 2-3 десятиліття практично у всіх західних країнах чисельність лікарів зростала як абсолютно, так і в розрахунку на мешканця. Аналогічна тенденція зростання забезпеченості населення лікарями відзначається і в пострадянських країнах (рис.2.1.1).



Розраховано на основі: WHO Regional Office for Europe, 2013.

Рис. 2.1.1. Забезпеченість населення лікарями (без стоматологів) на 100 тис. населення в окремих країнах та групах країн

Число робочих місць лікарів у західних країнах визначається виходячи з фундаментальних даних про високу ціну лікарняної праці.

Враховується також і те, що кількість лікарів високої кваліфікації обмежена через високі вимоги щодо їх підготовки. Тому відкриття додаткових робочих місць завжди пов'язується з наявністю гідних кандидатів та фінансовими можливостями системи охорони здоров'я. Наразі, активно проводиться курс на підтримку та заміщення лікаря за рахунок нових робочих місць середнього медичного персоналу.

Домінуюча форма зайнятості лікаря в західних країнах – це робота на одному робочому місці з високим рівнем винагороди. Дуже поширена робота на умовах часткової зайнятості (неповний робочий день), але дуже слабо розвинене сумісництво в українському розумінні цього явища, тобто робота на кількох посадових ставках. У США, Канаді, ряді європейських країн поширена практика поєднання приватними практикуючими лікарями амбулаторного прийому з роботою в стаціонарі. Але, на відміну від української практики, це не форма додаткового заробітку за рахунок роботи на кількох ставках, а механізм забезпечення спадкоємності ведення пацієнтів: лікар спочатку веде їх прийом у своїй приймальні, а потім у разі потреби продовжує лікування в лікарні.

Головні мотиви такого поєднання – залучення пацієнтів та підвищення кваліфікації самого лікаря: робота в стаціонарі дозволяє амбулаторному фахівцеві розширити свій професійний кругозір, придбати додатковий досвід та забезпечити безперервність ведення пацієнта. Держава всіляко заохочує такий підхід, адже він, з одного боку, засіб підвищення кваліфікації лікарів, з іншого – можливість знизити потребу у лікарських кадрах.

Організаційно-правовий статус лікарів у західних країнах істотно різниться залежно від місця їхньої роботи. Так само як і в Україні вони у лікарнях найчастіше є найманими працівниками, але у сфері амбулаторної допомоги основним господарюючим суб'єктом зазвичай є приватнопрактикуючий лікар. Він діє у складі індивідуальних або групових

практик і надає основну частину медичної допомоги за рахунок державних коштів у рамках системи обов'язкового медичного страхування або бюджетної системи. Статус приватного лікаря, що практикує, набув поширення і в багатьох пострадянських країнах, наприклад в Естонії, Чехії, Словаччині. У цих країнах у 1990-х роках традиційні радянські поліклініки були перетворені в мережу офісів приватних лікарів. У наступні роки курс на приватизацію лікарської діяльності було дещо скориговано (індивідуальні практики стали об'єднуватися між собою для підвищення рівня кооперації від слухних лікарів), але статус самостійних суб'єктів господарювання при цьому зберігся (Ettelt et al., 2009).

Такий статус забезпечує широку самостійність лікарів у вирішенні медико-організаційних та економічних проблем. Одночасно він обумовлює одноосібну відповідальність за результати медичної діяльності – самі лікарі (а не їх організація) відповідають за доведені лікарські помилки. Ця модель зайнятості різко розширює сферу конкуренції – до неї втягуються як великі медичні організації, так і конкретні лікарі. Вони намагаються залучити більше пацієнтів, зокрема з допомогою розширення робочого дня. У Великій Британії, наприклад, середній робочий тиждень лікаря загальної практики становить 74 години (Баркалів, 2011). Такий лікар відповідає за своїх пацієнтів і в період своєї відсутності. Для цього він кооперується з іншими лікарями чи наймає помічника.

Високій вартості праці лікаря відповідає і структура його винагороди. В останні роки широкого поширення набула система оплати за результати діяльності (pay-for-performance), яка передбачає стимулюючі виплати за досягнуті показники процесу та результату медичної допомоги. Наприклад, у Великій Британії, починаючи з 2004 р., лікарі загальної практики отримують бонуси, засновані на оцінці їх діяльності за 168 показниками. Існують численні програми оплати за результати стаціонарної допомоги (Appleby et al., 2012). І хоч значення цих програм зростає, проте частка стимулюючих надбавок рідко перевищує 10% від загального розміру оплати праці лікарів,

найчастіше вона складає 3-5%. Повсюдно висловлюється занепокоєння з приводу недосконалості показників для стимулювання та ризику «роботи на показник» (Busse & Mays, 2008). Основою оплати праці залишається її базова частина, що встановлюється залежно від накопиченого досвіду та компетенцій, складності виконуваних робіт, що визначаються за підсумками багатоступінчастих та безкомпромісних атестацій. Враховуються також неформальні вимоги лише на рівні медичних організацій, встановлювані з урахуванням конкуренції ринку праці. Такі в найбільш загальній формі характеристики оплати праці, зайнятості та організаційно-правового статусу лікаря у західних країнах.

2.2. Інструменти державної політики поділу праці лікарів

Протягом усього ХХ ст. домінуючим процесом у системі поділу праці в закордонній системі охорони здоров'я була зростаюча спеціалізація лікарів. Інтенсивне збільшення медичних знань, бурхливий розвиток нових медичних технологій, зацікавленість лікарів у освоєнні вузьких медичних «ніш», які забезпечують вищий особистий дохід, – все це сприяло появі нових лікарських спеціальностей.

Цей процес тривалий час здавався об'єктивним та необоротним. Проте в останні 2–3 десятиліття він набув нових вимірів під впливом старіння населення та пов'язаного з цим поширення хронічних та супутніх захворювань. Зміна структури захворювань суттєво підвищила вимоги до комплексності та безперервності медичної допомоги. Ці її властивості далеко не завжди забезпечуються вузькими фахівцями – через епізодичність їхнього контакту з хворими.

Зростає потреба в лікарях з широким клінічним мисленням, здатних оцінювати стан організму в цілому (а не окремих його органів), постійно

вести пацієнтів зі складною та комбінованою патологією, а іноді й поєднувати зусилля окремих вузьких фахівців.

В останні роки в західній літературі з'явилася велика кількість досліджень, що доводять, що з позицій пацієнта з кількома взаємопов'язаними захворюваннями краще мати справу з одним лікарем, який має широке клінічне мислення (Harrold et al., 1999; Nichols, 2003; Berman et al., 2013). Результатом різноспрямованих факторів спеціалізації стала поява у структурі лікарських кадрів нових категорій лікарів: хірургів, терапевтів, педіатрів широкого профілю [50].

Особливо помітно ця тенденція відчувається у сфері первинної медичної допомоги (ПМД). Тут також у довгостроковому плані йде процес спеціалізації лікарів. Але останнім часом у багатьох західних країнах робляться зусилля, спрямовані на те, щоб стримати цей процес і посилити позиції лікаря загальної практики як головного інституту ПМД. Така політика спирається на велику кількість доказів високого внеску цих лікарів у показники здоров'я населення. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань, астми та бронхіту нижче у країнах із вищою забезпеченістю лікарями загальної практики.

Існує також пряма кореляція між змістом їхньої діяльності (набором організаційних та лікувальних функцій) та рівнем смертності постійно обслуговуваного населення (Macinko et al., 2003). Саме лікарі загальної практики ведуть профілактику захворювань, відповідають за раннє їх виявлення, здійснюють спостереження за хронічно хворими, організують надання спеціалізованої допомоги, іноді координують роботу вузьких спеціалістів. Їхня діяльність створює «коріння» системи охорони здоров'я, без яких вона не може успішно розвиватися [50].

Цей курс проводиться з різним ступенем послідовності. По-перше, доводиться враховувати сильний тиск з боку лікарських асоціацій, зацікавлених у підтримці насамперед вузьких спеціалістів; по-друге, за політичною риторикою про пріоритет ПМД часто ховається уявлення про

лікарів загальної практики як про лікарів нижчої кваліфікації порівняно з вузькими фахівцями.

У ряді інструментів зміцнення інституту лікаря загальної практики у зарубіжній практиці використовуються: планування підготовки зростаючого їх числа, стимулювання післядипломного навчання випускників за цією лікарською спеціальністю, формування нових економічних стимулів, спрямованих на подолання традиційного розриву у рівні оплати праці лікарів загальної практики та вузьких фахівців.

У США, наприклад, у рамках реформи охорони здоров'я, («Акт про доступну медичну допомогу»), передбачалось суттєво зміцнити службу ПМД. Тільки на стипендії та позики випускникам вузів, готовим стати лікарями загальної практики, витрачено 1,5 млрд. дол. протягом п'яти років (US Department of Health and Social Services, 2013) [14].

Курс на зміцнення інституту лікаря загальної практики чітко окреслився і у більшості пострадянських країн. У Балтійських державах, Чехії, Словаччині, Польщі, Угорщині, країнах колишньої Югославії у 1990-х роках. було проведено глибоку реформу дільничної служби. Дільничний лікар (терапевт або педіатр) з обмеженим набором лікувальних та організаційних функцій поступився місцем лікареві загальної практики, здатному лікувати пацієнтів з досить широким колом захворювань. У цих країнах дільнична служба вже давно майже на 100% укомплектована лікарями загальної практики. Кількісні параметри процесу спеціалізації лікарських кадрів помітно різняться. Результати порівняння по країнах ОЕСР (рис. 2) показують, що безумовним лідером за рівнем спеціалізації є США, де розвиток нових медичних технологій іде найвищими темпами. У цій країні офіційно визнано 80 спеціальностей та майже 120 вузьких спеціалізацій. До групи країн з високим рівнем спеціалізації належать також Австралія, Великобританія, Румунія, Швеція, Італія, Німеччина. На іншому полюсі розташовані Канада, Нідерланди, Естонія, Бельгія [14].

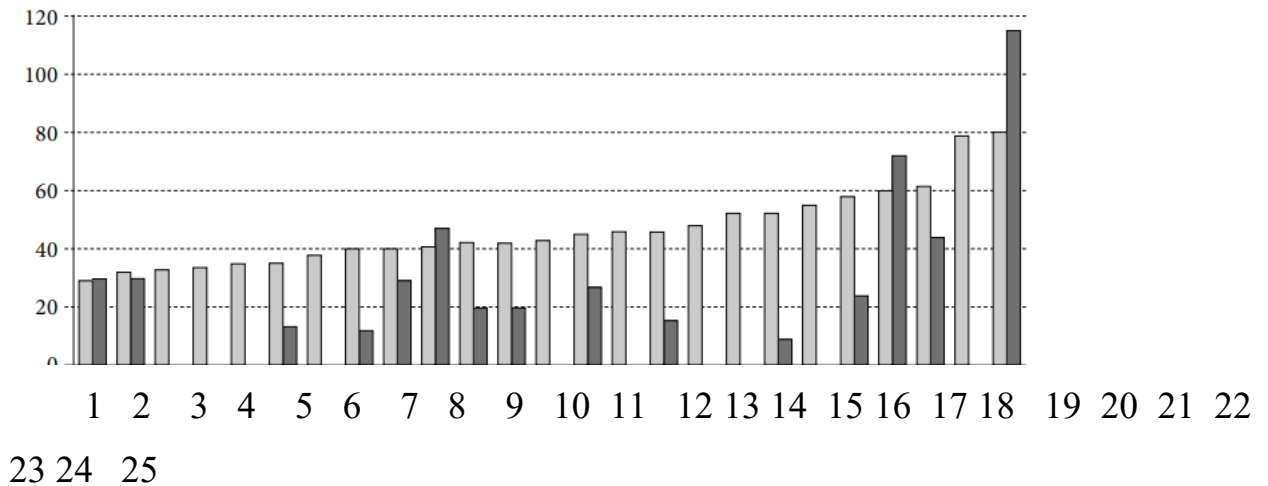


Рис. 2.2.1. Чисельність медичних спеціальностей та вузьких спеціалізацій в різних країнах, де:

1 – Канада, 2 – ПАР, 3 – Нідерланди, 4 – Естонія, 5 – Нова Зеландія, 6 – Бельгія, 7- Данія, 8 – Норвегія, 9 – Польща, 10- Чеська Республіка, 11 – Франція, 12 – Латвія, 13 – Швейцарія, 14 – Австрія, 15 – Іспанія, 16 – Португалія, 17 – Фінляндія, 18 – Ірландія, 19 – Німеччина, 20 – Італія, 21 – Швеція, 22 – Румунія, 23 – Велика Британія, 24 – Австралія, 25 – США.

У більшості західних країн спочатку потрібно пройти сертифікацію з основної спеціальності та мати досвід практичної роботи (Policies and Procedures, 2014). Тривалість проходження ординатури та інтернатури в Україні становить 2 роки, а в західних країнах – 3–6 років (залежно від країни та спеціальності). По-третє, у нас клінічний ординатор та інтерн практично «приречений» на отримання сертифіката фахівця незалежно від здобутих навичок, тоді як у закордонних клініках він виконує великий обсяг лікувальної роботи та «на виході» проходить серйозну атестацію [49].

Намітилася тенденція до штучного дроблення лікарських функцій. Діагностичні дослідження делегуються фахівцям з функціональної діагностики та ендоскопії. Лікарі основних спеціальностей втрачають навички проведення діагностичних досліджень, що негативно позначається на якості діагностики та ведення пацієнтів.

Для порівняння показника частки лікарів загальної практики було використано статистику ОЕСР у галузі охорони здоров'я. Чисельність лікарів загальної практики належала до загального числа лікарів у розглянутих країнах.

Як видно з даних таблиці 1, частка цих лікарів у західних країнах за 2000–2012 роки мала тенденцію до скорочення. Але це скорочення було незначним, причому абсолютне значення цього показника залишається високим. Наприклад, у Канаді та Франції на частку лікарів загальної практики у 2012 р. припадало близько 47% усіх лікарів, у Великій Британії – 29%. У США цей показник залишається набагато нижчим – 12–13% протягом усього періоду. У пострадянських країнах відзначається тенденція зростання чи стабілізації частки лікарів загальної практики, хоча її абсолютне значення залишається набагато нижче, ніж у країнах [48].

Таблиця 1

Динаміка відсотку лікарів загальної практики
в загальній кількості лікарів в окремих країнах ОЕСР, в %

	2000	2005	2008	2010	2011	2012
Великобританія	32,94	30,21	29,31	29,3	29,37	29,11
Німеччина	20,31	19,53	18,39	17,66	17,21	16,82
Канада	47,54	48,13	47,84	47,01	46,98	47,15
США	12,92	12,44	12,33	12,3	12,14	...
Франція	49,45	49,29	49,05	48,68	47,28	46,9
Чехія	21,57	20,4	19,86	19,57	19,31	19,12
Естонія	12,51	21,9	21,48	22,67	22,76	22,68

Тенденція абсолютного та відносного зниження числа лікарів первинної ланки має серйозні негативні наслідки. Лікувальна робота дільничних лікарів виявилася обмежена невеликим колом патологій, що генерує масовий попит на спеціалізовану допомогу. Фактично втрачено функцію дільничних лікарів як організаторів і координаторів медичної

допомоги, що надається вузькими спеціалістами амбулаторної ланки та стаціонарами, що негативно позначається на спадкоємності лікування. Відповідальність за стан здоров'я обслуговуваного населення на рівні поліклініки все більшою мірою не стає колективною, а значить розмитою. Всупереч постійним деклараціям про особливу роль первинної ланки охорони здоров'я, цей сектор залишається найслабшою ланкою української охорони здоров'я, що є важливим чинником незадовільного стану.

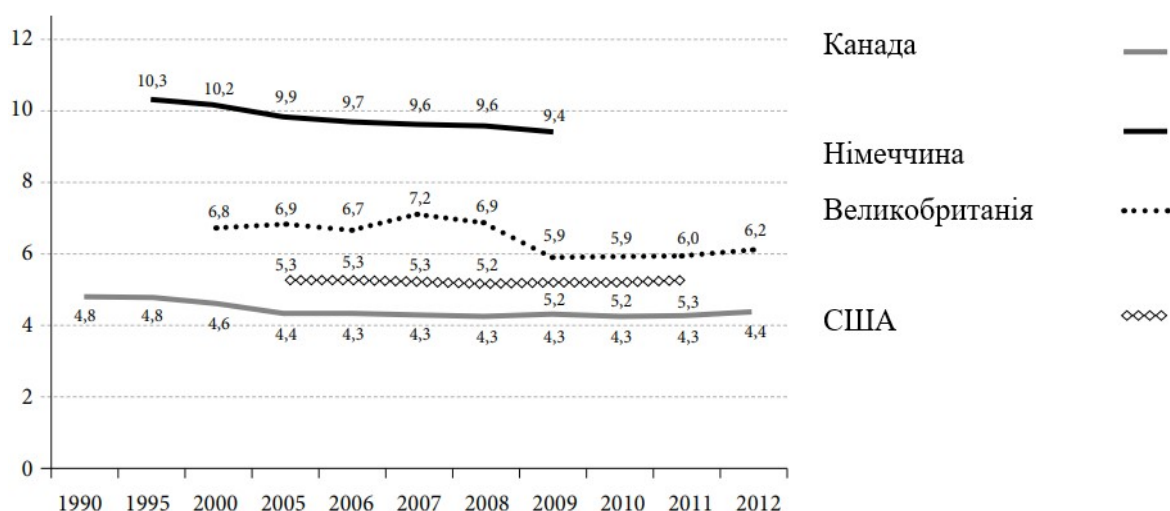


Рис. 2.2.2. Відсоток лікарів (без стоматологів) в загальній кількості зайнятості в галузі охорони здоров'я в окремих країнах

У закордонній охороні здоров'я лікар є вершиною кадрової піраміди, в основі якої знаходиться велика кількість працівників, які звільняють лікаря від рутинних функцій і забезпечують його клінічну діяльність. Частка лікарів у загальній чисельності зайнятих у охороні здоров'я має тенденцію до скорочення на користь інших професійно-кваліфікаційних груп працівників (рис. 2.2.2.).

В Україні її дія перелічених чинників також проявляється, але значно меншою мірою, ніж за кордоном. Ефекти заміщення лікарів і розширення функціоналу медсестер виражені значно слабкіше, відповідно вище

навантаження на лікарів. Їхня частка у спільній зайнятості в СОЗ становить 14%, що у 2–3 рази вище, ніж у західних країнах.

При цьому чітко позначилися дві групи факторів, суттєво змінили систему поділу праці між окремими групами працівників галузі.

Перша - підвищення значення сервісної складової медичної допомоги. Зростаюча кількість хворих з хронічним та множинними захворюваннями в міру старіння населення збільшує потребу у постійному спостереженні за їх станом.

Підвищується значення комплексу заходів з управління хронічними захворюваннями, спрямованого на зниження частоти їх загострень та, відповідно, на зниження потреби у дорогій стаціонарній допомозі. На особливу сферу діяльності перетворюється допомога невиліковним хворим.

Результатом цих процесів є зростання потреби в середньому медичному персоналі. Головне навантаження лягає на медичних сестер, здатних поєднати клінічну та сервісну складові медичної допомоги. З'являються нові види послуг, розширюється функціонал медичного персоналу. Наприклад, у Великій Британії в рамках загальних лікарських практик створюються сестринські клініки, які надають додаткові послуги з ведення хронічних хворих, у тому числі в домашніх умовах. Праця медсестер у цьому випадку доповнює працю лікаря (Dubois et al., 2006) [48].

Друга тенденція – підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу, що дозволяє делегувати йому частину традиційних функцій лікарів. Категорія найбільш кваліфікованих медсестер у західних країнах не тільки виконує лікарські призначення та веде попередній огляд пацієнтів, але й самостійно лікує деякі нескладні захворювання. Цей процес можна назвати ефектом за приміщення лікарів.

Ці два процеси визначають зростання забезпеченості населення середнім медичним персоналом. Проведені порівняльні оцінки показують, що в країнах ЄС (як «старих», так і «нових») після зниження цього показника у 1990-ті рр. відзначається досить стійка тенденція його зростання.

У західній літературі існує велика кількість оцінок можливості та ефективності заміни лікаря медсестрою під час виконання певних медичних втручань. Огляд результатів зарубіжних публікацій з цієї проблеми, дає підстави вважати, що делегування рутинних функцій лікарів середньому медичному персоналу не завдає шкоди якості медичної допомоги: більшість цих функцій медсестри виконують не гірше за лікарів, забезпечуючи при цьому більш високий рівень задоволеності пацієнтів. Такий ефект пов'язаний не стільки з особливими компетенціями медсестер, скільки з великою кількістю часу, який вони приділяють пацієнтам, у порівнянні з часом, що приділяються пацієнтам лікарями. Відчуття постійного та тривалішого контакту в процесі лікування оцінюється у пацієнтів дуже високо.

Проте економічний ефект делегування лікарських функцій, як показує більшість досліджень, найчастіше невеликий або взагалі відсутній, що пов'язано з необхідністю залучення додаткової праці медсестер. Ефект розширення функцій у більшості випадків виявляється вище за ефект заміщення – навіть з урахуванням більш низької зарплати медсестер порівняно із зарплатою лікарів. Тобто в цілому підтверджується гіпотеза про можливість заміни у певних випадках лікарів медсестрами без шкоди для якості медичної допомоги, але економічний ефект такої заміни залишається недоведеним.

Ще одна важлива тенденція поділу праці в закордонній охороні здоров'я – поява нових професій, пов'язаних з обслуговуванням медичної та інформаційної техніки, організацією медичної допомоги, поглиблене обслуговування пацієнтів. Ці так звані «суміжні фахівці» суттєво доповнюють роботу лікаря та медсестри. Наприклад, у США налічується понад 200 професій суміжних фахівців, на яких припадає близько 60% працівників охорони здоров'я (AANS, 2012) [48].

На відміну від сфери матеріального виробництва, де новий поділ трудових функцій спрямований на підвищення продуктивності праці та

зниження витрат, в системі охорони здоров'я домінує зворотний процес підвищення трудомісткості послуг, особливо в лікарнях.

У всіх західних країнах чітко простежується тенденція зростання кількості працівників лікарень у розрахунку на одне лікарняне ліжко (табл. 2). У деяких із них сьогодні на одне лікарняне ліжко припадає 6–7 працівників. Така висока трудомісткість послуг дає можливість швидше лікувати пацієнтів із високим клінічним результатом. При цьому існує прямий зв'язок між трудомісткістю та термінами госпіталізації.

Так, у США на одне лікарняне ліжко припадає 6,43 працівника, у Данії – 7,11 (найвищий показник), а термін госпіталізації, наприклад, при інфаркті міокарда, становить лише 5,4 та 3,9 дня. Проте у країнах із нижчою трудомісткістю стаціонарної допомоги (на рівні 2–4 працівники на одне ліжко) відзначаються більш тривалі терміни госпіталізації при інфаркті міокарда (5,5–8 днів) (OECD Health at a Glance, 2013) [45].

Чисельність працівників лікарень, на одне ліжко
в окремих країнах

Таблиця 2

–	6,45	7,27	7,56	Великобританія
5,3	5,94	6,3	6,43	США
-	5,43	6,16	6,24	Канада
3,12	3,34	3,67	3,66	Ізраїль
2,27	2,7	2,82	3,14	Франція
–	2,47	2,57	2,65	Естонія
1,68	2,01	2,17	2,26	Словенія
–	1,74	1,87	2,01	Чехія
–	1,29	1,38	1,43	Угорщина

Через слабкий розвиток підтримуючого персоналу рівень трудомісткості лікарняної допомоги в Україні в 2-5 разів нижче, ніж у західних країнах, і в 1,5-2 рази нижче, ніж у східноєвропейських країнах (табл. 2), що є ознакою нижчої інтенсивності надання медичної допомоги у стаціонарі.

Забезпеченість населення середнім медичним персоналом СРСР була вищою, ніж за кордоном, перш за все, через розвиток масової професії фельдшерів. «У 1990-ті роки. ця забезпеченість різко знизилася – з 1151 на 100 тис. населення 1990 р. до 964 2000 р. У наступні роки цей процес сповільнився, і в 2012 р. забезпеченість середнім медичним персоналом була приблизно на рівні «старих» країн ЄС, хоча і трохи вище, ніж у «нових» (рис. 4). Втрата лідерства за цим показником була пов'язана, по-перше, із суттєвим підвищенням ролі медсестри у західних країнах, по-друге, із уповільненням підготовки медсестер і відмовою від підготовки фельдшерів у Україні. Останнє важко оцінювати позитивно, оскільки праця фельдшера може суттєво доповнити працю лікаря, особливо у сільській місцевості».

На одного лікаря в Україні нині припадає 1,8 медсестри, тоді як у середньому по країнах ОЕСР – 2,8. У США, Канаді, Данії, Швейцарії цей показник становить 4,3–4,5, а більшості країн – від 2 до 4 (OECD at a Glance, 2013). Це відставання відбиває не стільки показник нижчої забезпеченості медсестрами, скільки вищу забезпеченість лікарями, яка, за даними ВООЗ (без урахування стоматологів), в Україні становить 447 на 100 тис. населення проти 368 у «старих» країнах ЄС і 275 – у «нових» [45].

У структурі суміжних спеціальностей в Україні домінує адміністративний персонал, тоді як у країнах – технічний.

На адміністративний персонал не поширюються рішення щодо підвищення зарплати медиків, вони є першою жертвою оптимізації охорони здоров'я. Досі не налагоджена масова підготовка спеціалістів з медичної техніки у спеціалізованих вишах, відповідні ставки найчастіше заповнюються різними «умільцями».

В Україні запрацювала тактика навчання керівного адміністративного складу медичного складу, яке здійснюється за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування». Термін навчання у вищих навчальних закладах України за магістерською програмою від 16 до 18 місяців. Навчання здійснюють

магістратури за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», а також «Менеджмент» [45].

Стратегічно-перспективними ж завданнями визначено: «...забезпечення потрібних для держави науково обґрунтованих обсягів підготовки фахівців (з пріоритетним забезпеченням сімейними лікарями закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості); забезпечення належною кількістю лікарів та молодших медичних працівників закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах і достатньої кількості спеціалістів та фахівців для мережі обласних перинатальних центрів, надання знань з проблем реформування охорони здоров'я керівним кадрам усіх рівнів державного управління» [11, с. 44].

Недостатній розвиток немедичного персоналу підвищує навантаження на лікарський та сестринський персонал, призводить до неефективного використання медичного обладнання та його частого виходу з ладу. Подібну ситуацію слід оцінювати як найважливіший кадровий дисбаланс, що негативно впливає на результативність медичної допомоги.

Висновок до розділу 2. Запровадження таких заходів, як: модернізація структури управління системою охорони здоров'я; створення сприятливих умов для розвитку пріоритетних напрямів науки в медичній сфері шляхом концентрації фінансування і кадрових ресурсів; створення центрів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я; формування системи обліку кадрового резерву в регіонах; розвиток системи медичного страхування; ретельне планування політики у сфері медичного обслуговування і прогнозування її можливих наслідків; фінансування наукових досліджень; формування системи співробітництва державного і приватного медичного сектора, яка буде сприяти впровадженню останніх наукових розробок у практику - дозволять ефективно реалізувати реформи сучасної системи охорони здоров'я.

У закордонній системі охорони здоров'я останні десятиліття намітилися нові тенденції кадрового забезпечення медичної галузі. Процес

спеціалізації лікарських кадрів триває, але він не є неминучим і незворотнім. Йому протистоять нові чинники суспільного розвитку, передусім старіння населення. Західні країни реагують на дію нових факторів, намагаючись переламати тенденцію до спеціалізації, і насамперед у сфері первинної медичної допомоги. В Україні таке завдання поки що не ставиться. Стимування процесу спеціалізації, що спостерігається в західній практиці, залишилося в українській охороні здоров'я практично непоміченим.

РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ ІННОВАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Інноваційний менеджмент як засіб підвищення престижності праці лікаря

За відносно короткий час Україна пройшла величезний шлях реформування системи охорони здоров'я. Протягом перехідного періоду структура управління охороною здоров'я була адекватна завданням виживання і збереження науково-освітнього та медичного потенціалу. Разом з тим, очевидно, що в умовах розвитку економіки, яка заснована на знаннях, важлива подальша модернізація системи управління об'єктами охорони здоров'я [37, 30].

Е. А. Назарова вважає, що інновації – це не зміна наявного, а пропозиція іншого, яке дозволить у іншому контексті розглянути існуючі проблеми. Не може медичне страхування у тих чи інших формах вирішити проблеми охорони здоров'я, так як це система фінансування, а не надання медичної допомоги. А без надання якісної, своєчасної, у повному обсязі, достатньої медичної допомоги комерційних заходів, спрямованих на появу на ринку нових і існуючих поліпшених промислових процесів і обладнання [26, с. 122].

На думку З. С. Гладуна одним із визначальних напрямів реформування сучасної системи охорони здоров'я України є: «...управління медичною наукою та інноваційна політика» [9, с. 204].

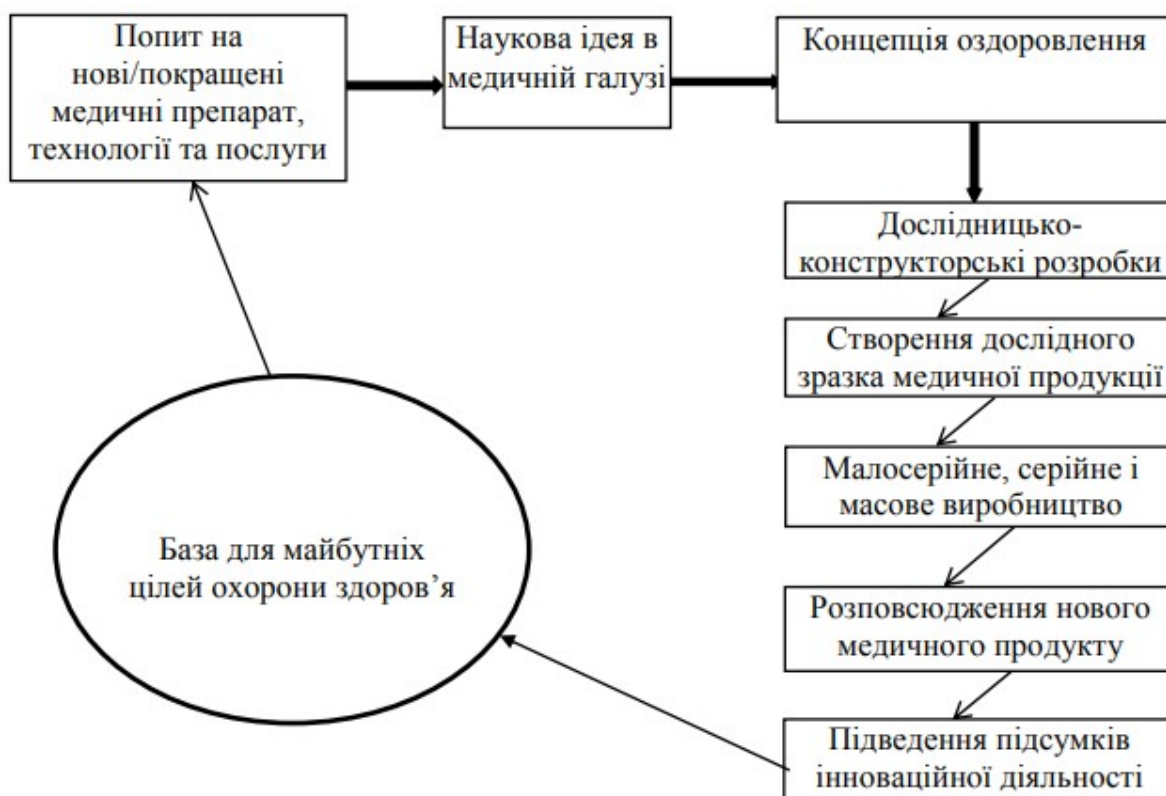


Рис. 2.1. Схема інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

Розпливчає уявлення про затребуваному в перспективі професійно-особистісному образі медичного працівника, який здійснює управлінські функції, відсутність мотивації до активної зміни традиційних, найчастіше відверто застарілих методів кадрової роботи стає гальмом виведення галузі із ситуації [38, 42].

«Основні принципи управління галуззю не можуть відрізнитись настільки, щоб бути непридатними для різних країн. Нюанси, звісно, існують. У державних установах охорони здоров'я в Україні, керівники обмежені бюджетом, його статтями, кошторисом, регулюванням «згори» тощо. Тому, навіть такий керівник захоче покерувати ресурсами «помодному», навряд чи це йому вдасться. Однак деякі підказки з боку менеджерів із сучасними знаннями та баченням йому неодмінно будуть корисні. Втім, як показує світова практика, такі фахівці можуть бути

затребувані насамперед там, де відбувається ефективне реформування галузі» [51].

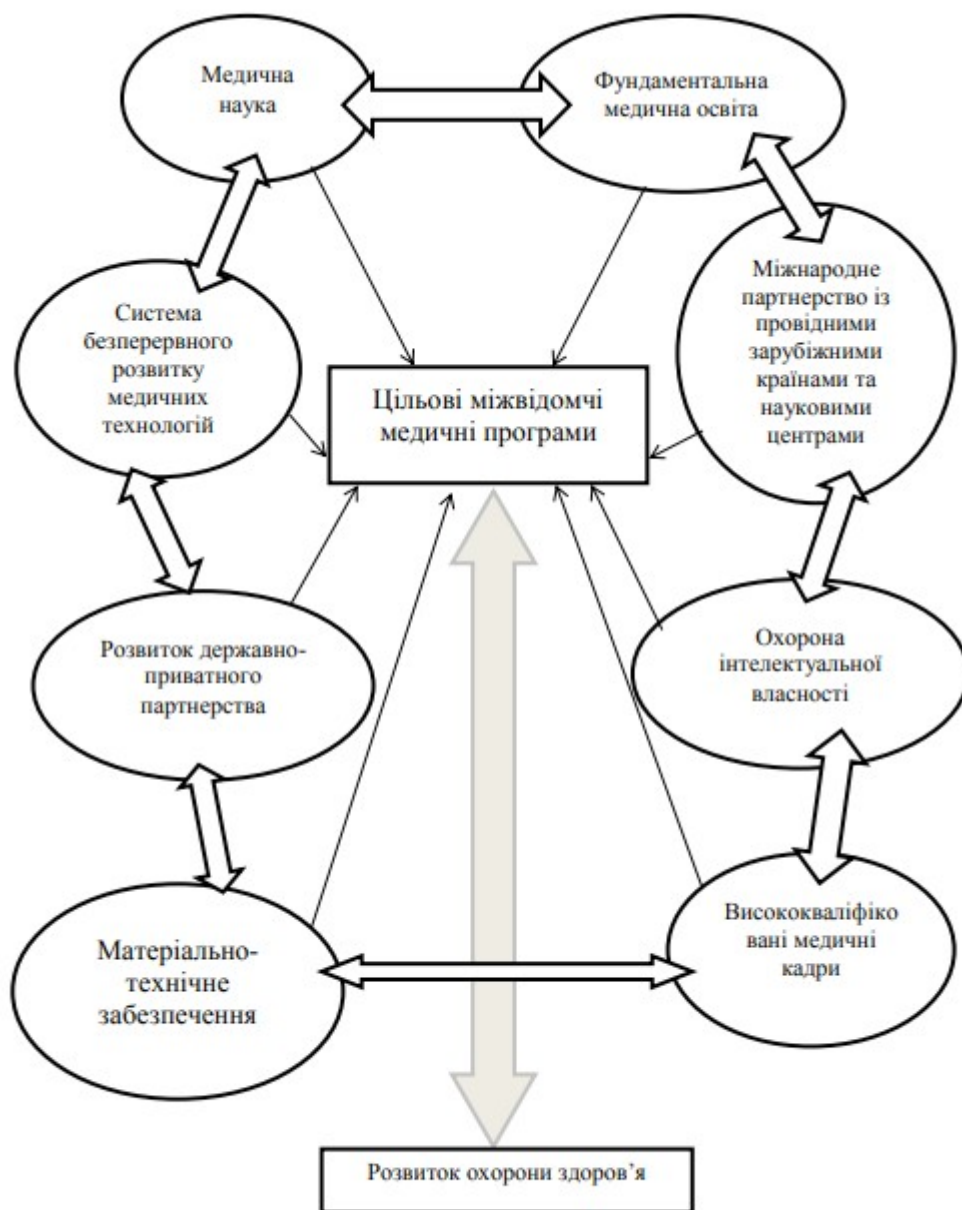


Рис. 2.2. Концепт інноваційної моделі розвитку охорони здоров'я.

Лікарські кадри залишаються на другому плані. Лікарями «закривають» будь-які інновації управлінців: кожна нова функція виконується головним чином за рахунок створення нових лікарських посад. Найкращий приклад у цьому сенсі – далеко не безперечна ініціатива створення багато чисельних центрів здоров'я для розширення профілактики захворювань. Реалізація її йшла не шляхом розширення функціоналу діючих лікарів первинної ланки з відповідним підвищенням оплати їх праці, а за

рахунок створення нових лікарських позицій, які наперед було важко укомплектувати, не кажучи вже про можливість залучення кваліфікованих спеціалістів.

Керівники медичних закладів нерідко «вибивають» нові лікарські посади без особливих шансів знайти потрібного лікаря, маючи на меті створення «вакантного фонду» для додаткової оплати праці. Через низькі норми оплати праці українські лікарі змушені поєднувати роботу в кількох місцях, а політика штучного роздування штатів створює для цього умови.

За нашими оцінками, кількість штатних посад в закладах охорони здоров'я на даний час на 10% перевищувало кількість зайнятих посад та на 70% – кількість фізичних осіб. За останні роки штатні посади стійко зростали, а кількість лікарів зменшувалась. Ця різноспрямована динаміка призвела до зростання коефіцієнта сумісництва – з 1,44 до 1,54. Лише останніми роками цей показник стабілізувався [46].

В Україні лікарі десятиліттями працювали як «співслужбовці», після набуття незалежності обговорювалися варіанти приватизації медичних установ, але всі вони були відкинуті. У наступні десятиліття все ж таки виникло безліч приватних медичних організацій, але їх працівники найчастіше є такими ж найманими працівниками, як і працівники державних установ, з ще більшою залежністю від «керівників» і не високою зарплатою.

Думка, що приватизація вирішила б проблеми підвищення якості медичної допомоги, не одностайна, але є одна сфера, в якій вона могла бути ефективною, – це сфера загальної лікарської практики. Невисока популярність даної професії серед лікарів помітно обмежує результативність звичайних механізмів кадрової політики. У цій ситуації можливість працювати самостійно, свобода від дріб'язкового контролю з боку адміністрації могли б підвищити привабливість цієї професії для випускників вишів. Та й для пацієнтів такий лікар був би популярним.

У пострадянських країнах, які реалізували цю стратегію, вдалося досягти найвищого рівня задоволеності первинною медичною допомогою.

Наприклад, в Естонії в 2007 р. 42% пацієнтів були «дуже задоволені» роботою свого лікаря загальної практики, а 50% – «задоволені». Для порівняння зазначимо, що за даними опитування в Україні в 2018 р. лише 15% населення було задоволено своїм дільничним лікарем [48].

Малоймовірно, щоб ці показники змінилися наступні роки.

В Україні процес спеціалізації лікарської діяльності у ХХ ст. відбувався у руслі загальносвітової тенденції. Але вже у 1970-ті роки інтенсивність цього процесу в Україні виявилася вищою в порівнянні з більшістю західних країн, принаймні у сфері амбулаторної допомоги. З'являлися нові спеціальності лікарів поліклінік, сфера ж діяльності традиційного дільничного лікаря, навпаки, звужилася - як лікувальна, так і як організаційна. Інститут лікаря загальної практики не отримав масового розвитку.

Випускники вищих медичних навчальних закладів в ході навчання в інтернатурі та ординатурі намагаються освоїти насамперед вузькі спеціальності. В цьому вони не відстають від своїх західних колег.

Уявлення про лікаря як дешевий ресурс останніми роками стало переглядатися. Розмір оплати праці лікарів нашій країні десятиліттями був на рівні 100–120% по відношенню до середньої економіки. Лікарі є відносно дешевим ресурсом, тому вони виконують безліч невластивих їм допоміжних та рутинних функцій. Невирішені проблеми надання медичної допомоги вирішуються насамперед шляхом збільшення кількості робочих місць, а не питанням раціонального використання потенціалу медичних працівників.

Можна стверджувати, що домінуюча протягом багатьох десятиліть політика «дешевого лікаря» в Україні в останні роки починає переглядатися враховуючі і спираючись на світові процеси розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я. Кризові процеси в економіці країни та військовий стан, скоріш за все, уповільнять підвищення зарплати медиків, але малоймовірно, щоб знизилася пріоритетність цього завдання. Можна також очікувати посилення залежності розміру оплати праці медиків від обсягу та якості їх

праці. Поки що цей процес триває [44], але реалії фінансових, можливостей, швидше за все, обмежать сферу механічного підвищення розміру зарплати для всіх працівників і змусять керівників медичних установ робити ставку насамперед на найбільш кваліфікованих та потрібних спеціалістів, зайнятих на одному робочому місці, – у повній відповідності до ідеї ефективного контракту.

Найважливішим питанням поточного моменту є кадрове забезпечення нових організаційно-правових форм, за яких пріоритетними стають творча ініціатива, управлінські вміння та навички. Ефективність функціонування організації за умов ринку істотно залежить від цього, наскільки продуманими і збалансованими виявляться стратегії розвитку медичної організації та управління персоналом з урахуванням наявних ресурсів, компетенцій медичного персоналу, підприємливості керівника [18].

Дефіцит менеджерів (управлінців) медичної галузі, які підготовлені за міжнародними стандартами, відчувається повсякчас і навкруги. На жаль наразі не спрацьовують заклики негайно збільшити їхню чисельність навіть попри підвищення заробітної плати, оскільки такі фахівці ще не підготовлені.

Але ж на менеджерів з їхнім «широким» мисленням не дуже чекають в державній системі охорони здоров'я, де питання як вижити закладу «за три копійки» та «вибити» з влади ще стільки ж є головним клопотом керівника.

Що треба щось міняти зрозуміли всі керівники в системі управління охороною здоров'я, але ніхто не знав що саме і як. Настала нагода поділу адміністративної роботи від медичного фаху. Адже велика розкіш навчати у медичному університеті, а потім в інтернатурі кваліфікованого лікаря-фахівця для того, щоб він став головним лікарем у якого в думках лише декілька питань – де дістати продукти харчування для пацієнтів, як відремонтувати дах лікарні тощо. Управлінці повинні забезпечити заклад всім необхідним, а лікаря навчили лікувати - то він і повинен цим займатися.

Що ж до інших аспектів кадрової політики, то особливих підстав для оптимістичних прогнозів поки що немає. Пропонується планувати кадри з

урахуванням комплексу нових факторів, у тому числі з урахуванням змін у структурі надання медичної допомоги. Зростає розуміння необхідності переходу від екстенсивного нарощування чисельності лікарів до стратегії інтенсивного розвитку. Але поки що ця нова стратегія недостатньо конкретизована, у тому числі з питань планування кадрів. Методика планування кадрів стосується тільки лікарів і повністю ігнорує інші категорії фахівців. До того ж йдеться про планування лише поточної, а не перспективної потреби, що не дозволяє врахувати розглянуті вище довготривалі процеси.

Деякі світові тенденції розвитку кадрових ресурсів враховано в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2020–2030 років [27]. Ставиться завдання збільшити кількість підготовлених спеціалістів в установах середньої професійної освіти і на цій основі забезпечити зростання числа середніх медичних працівників, які припадають на одного лікаря, з 2,2 у 2013 р. до 3 у 2021 р., тобто приблизно на рівень більшості західних країн. Для підвищення якості підготовки та кваліфікації медичних працівників планується створити систему допусків до медичної діяльності на основі нових професійних стандартів та нової системи акредитації спеціалістів. Передбачається охопити системою акредитації всіх спеціалістів у 2022 р.

При всій важливості цих документів слід визнати, що вони не торкаються багатьох гострих кадрових проблем СОЗ і недостатньо враховують світові тренди розвитку кадрових ресурсів.

По-перше, не ставиться проблема подолання надмірної спеціалізації кадрів. Ця проблема широко обговорюється серед організаторів охорони здоров'я, але явно випала з програмних документів. Особливе занепокоєння викликає відсутність скільки-небудь ясної позиції щодо розвитку інституту лікаря загальної практики. Чи буде він основним суб'єктом первинної лікарської медичної допомоги або, як і раніше, збережеться багаторазово доведена свою неефективність модель дільничного лікаря – спеціаліста з

дуже обмеженого кола захворювань? До того ж необхідно подолати дефіцит лікарів первинної ланки та вийти на порівняні з іншими країнами показників їх частки у загальній чисельності лікарів. Необхідно створити постійне і змістовне підвищення кваліфікації діючих дільничних лікарів. Також потрібно розробити механізм стимулювання освоєння студентами спеціальності лікаря загальної практики. Ці та подібні питання є актуальними та в процесі їх впровадження.

Схоже, кадрове забезпечення первинної ланки в найближче десятиліття може залишитись найслабшою ланкою української охорони здоров'я.

По-друге, відсутня ясна перспектива можливості подолання сформованих кадрових диспропорцій між лікарями стаціонарів (профіцит цих лікарів) та поліклінік (найгостріший дефіцит); лікарями від слухних спеціальностей (дефіцит одних спеціальностей співіснує з надлишком інших - передусім тих, які орієнтовані на попит заможних пацієнтів); чисельністю лікарів у міській та сільській місцевості між лікарями та середнім медперсоналом [48].

Механічне скорочення чисельності лікарів без зміни їх структури – процес, який вже намітився в ряді регіонів країни, – загрожує серйозною соціальною шкодою, а тому і навряд чи можливо в скільки-небудь помітних масштабах. Складається уявлення, що запропоновані в нормативних документах параметри скорочення забезпеченості населення лікарськими кадрами – це не більше ніж арифметична вправа, що має на меті вийти на цифри економії коштів для підвищення розміру заробітної плати медиків.

По-третє, не порушено проблему скорочення сумісництва кадрів, що є змістом процесу переходу на ефективний Договір. Умови цього договору мають забезпечувати вищий рівень оплати праці під час роботи на одну ставку, тобто, платити слід не за кількість відпрацьованого часу на кількох ставках, а за складність виконуваних робіт, розширення функціональних обов'язків, ефективне використання медичної техніки і, звичайно, результати

клінічної діяльності. Якщо збережеться чинна практика нарощування штатних посад, то ця проблема вирішена не буде.

По-четверте, залишилася непоміченою тенденція розширення суміжних категорій працівників, що намітилася у світовій системі охорони здоров'я, що забезпечують обслуговування медичної та інформаційної техніки та підтримують працю лікаря. Навпаки, панує думка, що можна заощадити на такому персоналі – він стає першою жертвою скорочень кадрів. Незрозуміло, де і як проводитиметься навчання цих кадрів. Тим самим ігнорується серйозний фактор, що закладає основу технологічного та організаційного розвитку галузі.

Останнє, але, мабуть, найважливіше: навіть концептуальному на рівні не ставиться завдання зміни організаційно-правового статусу лікаря, спрямованого, з одного боку, на реалізацію творчого характеру його діяльності, а з іншого – на підвищення персональної відповідальності за здоров'я пацієнтів, які йому довірилися.

Така постановка завдання цілком виправдана, Проте викликає її спрощене розуміння як підвищення частки стимулюючої частини фонду оплати труда. Закордонна практика, як зазначалося вище, дає зовсім інші орієнтири співвідношення базової та стимулюючої оплати праці.

За останні роки відбулося значне підвищення заробітної плати в первинній медичній допомозі. Такий тренд свідчить про кардинальну зміну ставлення держави до лікарської праці. Лікар поступово стає дорогим ресурсом, що має істотно змінити його місце в системі охорони здоров'я. Для цього курс на підвищення оплати праці лікаря повинен супроводжуватись заходами щодо підвищення його ефективності. Має змінитися дуже багато чого, щоб утвердився принцип «не числом, а вмінням», щоб підвищення оплати праці пов'язувалося з реальним трудовим вкладом працівника.

Основа цієї стратегії – перехід на ефективний контракт, що передбачає підвищення стимулюючої ролі оплати праці, причому одному робочому місці.

В рамках ефективного контракту всі компоненти заробітної плати медиків повинні працювати на підвищення ефективності та якості їхніх послуг. Традиційне сприйняття базового окладу як нагородження за перебування на робочому місці має піти в минуле. Розмір базового окладу, будучи відображенням накопичених досягнень працівників, повинен нести основну стимулюючу функцію, а періодичні стимулюючі виплати виступати як додатковий мотиваційний механізм. Шлях до гідної базової оплати повинен лежати через нові механізми атестації, а до високих стимулюючих надбавок – через систему управління якістю на рівні установ.

Дослідження трудової мотивації медичних працівників, дозволяє зробити висновок, що стимулювання лише поточних досягнень недостатньо. За такого порядку підвищення оплати праці лише близько 30% українських лікарів і не більше 25% медичних сестер збільшили б свою трудову віддачу [44]. Тому слід взяти курс на підвищення частки базової частини зарплати, як мінімум до 70-80% фонду оплати праці. Це дозволить підвищити привабливість праці лікаря, стимулювати кваліфікаційне зростання та посилити конкуренцію лікарів за робоче місце. Що ж до стимулюючої частини, то вона повинна виконувати функцію більш тонкого налаштування розміру оплати праці – заохочувати ініціативи працівників та їх поточні досягнення у лікувально-профілактичній роботі (за встановленими показниками якості). Одночасно потрібні глибокі зміни у механізмі атестації працівників:

встановлення нового порядку формування атестаційних комісій, підвищення рівня відкритості їх роботи, розширення критеріїв присвоєння кваліфікаційних категорій щодо різних груп працівників.

Таким чином, існують значні відмінності у положенні лікаря в системі охорони здоров'я в Україні та за кордоном. Це відмінності і в системі оплати праці, і формах зайнятості, і організаційно-правовому статусі. Вони багато в чому визначають відставання нашої країни за показниками якості медичної

допомоги та ефективності використання ресурсів галузі. Зміна парадигми використання лікарської праці є стратегічним завданням кадрової політики.

3.2. Ефективність діяльності органів влади щодо політики зменшення нерівності отримання медичних послуг споживачами

На сьогодні існує ціла низка обставин, пов'язаних з особливостями медичної сфери, які вимагають участі держави в управлінні, організації та фінансуванні сфери охорони здоров'я, незалежно від того, наскільки сильно розвинені в даній країні ринкові взаємовідносини, наскільки стабільною є системи охорони здоров'я та як давно вона переживала реформування. Тому, на думку багатьох міжнародних експертів, держава повинна взяти на себе такі зобов'язання:

- забезпечити життєздатність системи охорони здоров'я;
- створити закони та нормативні акти, відповідно до яких має ефективно функціонувати медична система та працювати усі медичні установи, незалежно від форм власності;
- нести відповідальність за фінансування та надання основних медичних послуг населенню, включених до гарантованого державою базового пакету;
- вводити стандарти якості послуг та стежити за їхнім дотриманням;
- фінансувати та/або надавати послуги безпосередньо незаможним та найбільш уразливим верствам населення [17].

Реалізація державної політики України у сфері охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади.

Структуру системи охорони здоров'я України можна представити у вигляді рис.3.2.1.

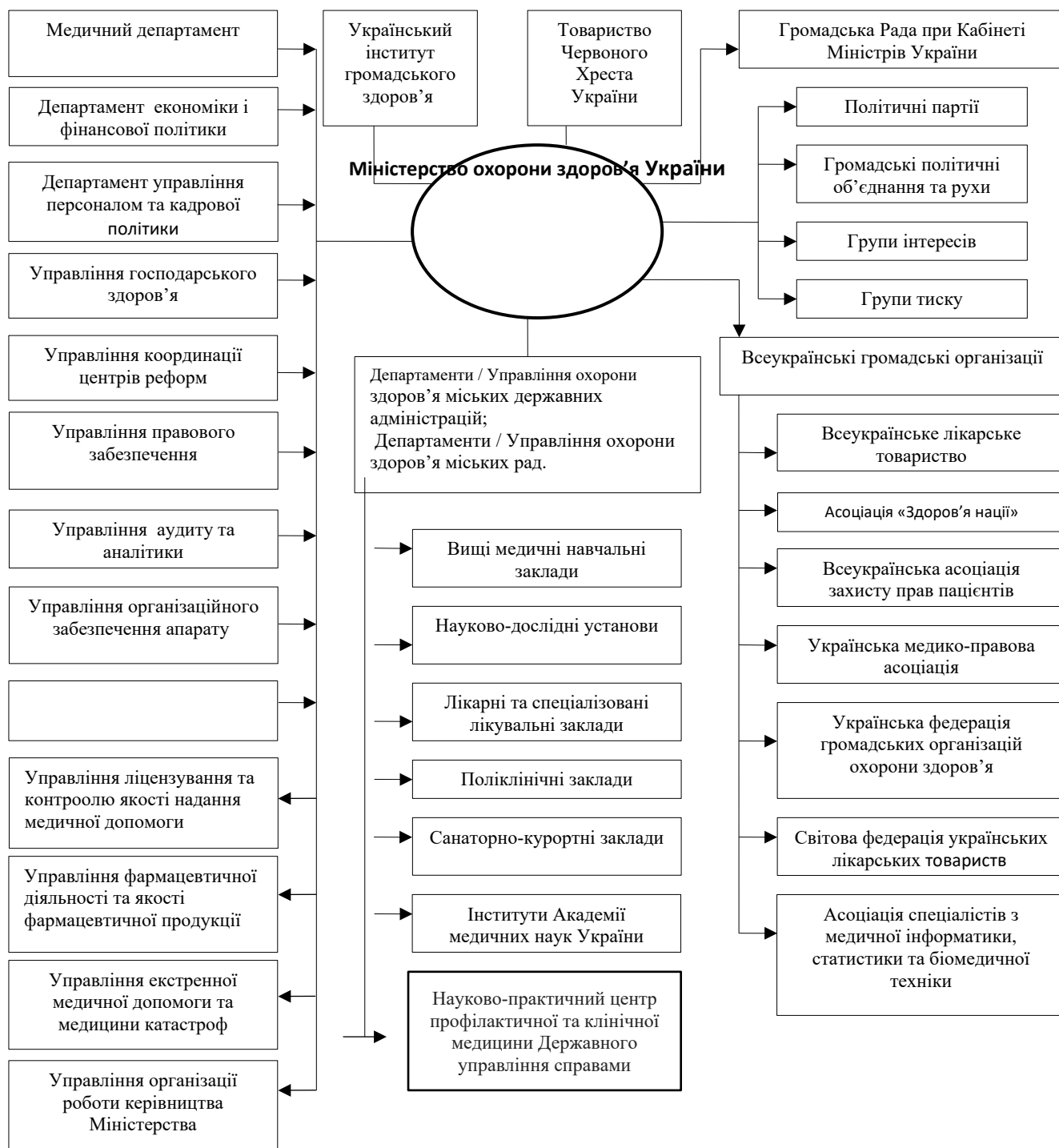


Рис. 3.2.1. Структура системи охорони здоров'я України

Особисту відповідальність за неї несе Президент України, який виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та

здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України. Його щорічна доповідь Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Крім МОЗ України і місцевих органів охорони здоров'я, власні медичні служби мають окремі міністерства і відомства, зокрема Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Служба безпеки України, Державна прикордонна служба України, Міністерство інфраструктури, Міністерство з надзвичайних ситуацій, Цілком природно виникла проблема формування в країні, особливо у великих центрах, де зосереджено багато різних служб і закладів, єдиного медичного простору [24].

У процесі функціонування ринку створюються блага, які можна поділити на економічні (обмежені) та вільні (необмежені). Медична послуга є економічним благом, оскільки володіння цим благом є результатом відмовитися від володіння іншим благом.

Згідно з американським економістом П. Самуельсоном, будь-яке економічне благо, створюване в економіці, можна описати з позиції двох властивостей - несоперництва і невиключності. Залежно від поєднання названих властивостей виділяють суспільні, приватні чи змішані блага. Медична послуга може бути приватним благом, якщо за її споживання однією особою вона може бути одночасно спожита іншим (наприклад, діагностична процедура). За даної умови медична послуга має властивості винятковості та суперництва. Це полегшує збір плати з споживачів користування приватним благом і покриття витрат виробництва. Створення таких медичних послуг орієнтоване на типових споживачів-покупців. Їх вибір і перевага є основним ринковим сигналом для виробників щодо обсягу постачання медичних послуг ринку. Проте разом із цим, частину медичних послуг відносять до суспільних благ [44].

Несуперництво означає, що додаток додаткового споживача не знижує корисності інших: це благо дістається всім в однаковій кількості. Суперництво передбачає, що благо належить лише одному індивіду, і,

користуючись ним, він зменшує кількість блага, доступного іншим людям. Невиключність означає неможливість відключити споживача від користування благом, навіть якщо він за це благо не бажає платити, а виключення зі споживання означає, що володіння благом одним суб'єктом унеможливорює доступність даного блага для інших суб'єктів [44].

Громадське благо (public goods) - це товар та послуга, при наданні яких одному індивіду вони стають доступними без додаткові витрати. Для суспільних благ характерні властивості несуперництва, невиключності та невичерпності (тобто одного разу вироблені, вони не вимагають додаткових витрат при приєднанні додаткових споживачів). Якщо неможливо обмежити споживання суспільних благ, таких як чисте повітря, ні в кого немає стимулу платити за них, що породжує проблему утриманців. Оскільки доступ до благ відкритий незалежно від того, сплатив індивід його споживання чи ні, приватній фірмі важко зібрати оплату покриття витрат діяльності. У цьому випадку саме держава має легальне право примусу, збирає податки, у тому числі фінансуються витрати виробництва цього блага. Для обслуговування потреб у послугах із характеристиками суспільних благ у всіх країнах діє сектор «громадської охорони здоров'я» (public health) [8].

Відповідно до Т. Гетцена, який проаналізував у своїх роботах природу медичних послуг як економічних благ, багато благ не є чисто приватними чи чисто суспільними, але знаходяться десь посередині, а ступінь їх «громадськості» може змінюватися разом зі станом ринку. Для більшості змішаних суспільних благ характерно так зване переповнення, коли за значної кількості споживачів суспільного блага подальше збільшення числа споживачів призводить до зникнення несуперництва у споживанні. В системі охорони здоров'я також існують суспільні блага, передані у приватну власність, наприклад - ліки, що відпускаються за рецептом [44].

Тут слід зазначити, що за оцінками експертів Міжнародної організації праці (МОП) здоров'я нації не перебуває у прямій залежності від величини

витрат на охорона здоров'я, а існує певний об'єктивний рівень, при перевищенні якого подальші витрати визнаються недоцільними [24].

Згідно з новою доповіддю Світового банку та Світової організації охорони здоров'я, не менше половини світового населення не мають доступу до основних послуг охорони здоров'я. Крім того, щороку безліч сімей залишаються за межею бідності, оскільки їм доводиться оплачувати медичну допомогу власними коштами.

Одним із завдань будь-якої з країн – є забезпечення тим чи іншим способом певної частки у ВВП, що витрачається на охорону здоров'я (табл. 3.2) [24].

Таблиця 3.2

**Рангові місця різних країн за окремими показниками в сфері
охорони здоров'я**

	Канада	Франція	Німеччина	Греція	Італія	Японія	Голландія	Іспанія	Швеція	Швейцарія	Великобританія	США
% витрат на охорону здоров'я	2	3-4	7	14	9	13	8	12	10	5	11	1
витрати на душу населення	3	5	4	14	6	9	8	13	11	2	12	1
забезпечення ліжок-місць	9	7	5	11	8	1	3	13	2	-	10	12
рівень госпіталізації	8	1	4	10	7	13	11	12	5	-	6	9
середні терміни стаціонару	7	9	5	12	11	1	2	10	4	-	6	13
забезпеченість лікарями	9-11	6	3	2	12	13	7-8	1	5	4	14	9-11
кількість відвідувань на 1 особу	6	5	2	12	3	1	11	7	14	8	9	10
показники смертності немовлят	7	10	6	13	12	1	5	9	3	4	11	14
середня тривалість життя чоловіків	7	11	12	6	8	1	4-5	9	2	4-5	10	13
середня тривалість життя жінок	6-7	2	11-12	10	8	1	9	4-5	4-5	3	14	13

В даний час 800 мільйонів людей витрачають не менше 10 відсотків свого сімейного бюджету на медичну допомогу для себе, хворої дитини чи іншого члена сім'ї. Для майже 100 мільйонів людей ці витрати настільки високі, що прирікають їх на крайню бідність, ставлячи перед необхідністю жити на суму, що становить лише 1,90 дол. США на день або менше.

До десятки найкращих країн щодо якісного і повного пакету медичних послуг увійшли Іспанія, Ісландія, Швеція, Швейцарія та Норвегія. А Японія стала найздоровішою азіатською країною і навіть затьмарила Сінгапур. До десятки найкращих також потрапили Австралія та Ізраїль. У цих країнах високий рівень доступності медичної допомоги та профілактичних медпослуг, які можуть отримати громадяни з перших років життя (професійні медсестри, невідкладна медична допомога для дітей тощо), зазначають упорядники рейтингу [50].

Індивід не лише пред'являє попит на здоров'я, але і виробляє його. Він успадковує первісний запас здоров'я, який амортизується з плином часу, але він може вкласти кошти в підтримку здоров'я і підвищити цей запас. При цьому потрібно мати на увазі, що споживачеві потрібно здоров'я, а не медичні послуги самі по собі. Попит на медичні послуги таким чином – це опосередкований попит на здоров'я. Виробництво здоров'я також вимагає витрат часу від індивіда, відриваючи його від як ринкової, так і неринкової діяльності. Таким чином, людина не просто купує здоров'я, а сама бере активну участь у його виробництві, комбінуючи ресурси відповідно до стану знання та рівня технологій [47, с. 11].

Відповідно до Міжнародної Конвенції «Про захист прав людини та основних свобод» від 4 листопада 1950 р.: «Держави несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає проведення відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я» [25].

«Цілком неприпустимо, що половина населення світу все ще не охоплена основними послугами охорони здоров'я. Це не виправдано жодною необхідністю. І ця проблема має рішення: загальне охоплення послугами охорони здоров'я забезпечує кожній людині можливість отримати необхідні їй послуги охорони здоров'я тоді й там, де вони їй потрібні, не стикаючись при цьому з фінансовими труднощами» – сказав д-р Тедрос Адханом Гебрейєсус (Tedros Adhanom Ghebreyesus), Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я.

З доповіді виразно випливає, що ВОЗ серйозно підходить до ситуації. Ситуація складається так, що необхідно перейматися не тільки покращенням результатів у галузі охорони здоров'я, а й у тим, що стосується викорінення злиднів. «Необхідно терміново нарощувати зусилля щодо забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, адже інвестиції в охорону здоров'я і, ширше, у людей відіграють критично важливу роль у нарощуванні людського капіталу та забезпеченні сталого та всеосяжного економічного зростання». Але, на даний час, система в багатьох країнах з провальним економічним станом, працює погано, тому необхідні кардинальні зміни в системі контролю щодо витрат ресурсів на потреби охорони здоров'я та на людський капітал, особливо на рівні країн. Наразі, щоб допомогти країнам більш ефективно інвестувати у людей більший обсяг коштів, а також прискорити досягнення ними загального охоплення послугами охорони здоров'я, ВООЗ за багатьма напрямками проводить чималу роботу.

«Є й обнадійливі новини: у XXI столітті спостерігається збільшення кількості людей, які мають можливість отримувати певні базові послуги охорони здоров'я, такі як імунізація та планування сім'ї, а також антиретровірусна терапія при ВІЛ та оброблені інсектицидами надліжкові сітки для профілактики малярії. Крім того, в даний час менше людей виявляються на межі крайньої бідності, ніж на початку століття.

Проте прогрес розподіляється дуже нерівномірно. Існують значні прогалини у доступі до медичних послуг у країнах Африки на південь від

Сахари та у Південній Азії. В інших регіонах базові послуги охорони здоров'я, такі як планування сім'ї та імунізація дітей грудного віку, стають доступнішими, але відсутність фінансового захисту веде до погіршення фінансового стану сімей, оскільки вони оплачують ці послуги з власних коштів. Ця проблема залишається актуальною і в регіонах з вищим рівнем доходів, таких як Східна Азія, Латинська Америка чи Європа, де все більше людей витрачає не менше 10 відсотків свого сімейного бюджету на самостійну оплату медичних послуг. Нерівність щодо послуг охорони здоров'я спостерігається не лише між країнами, а й усередині країн: середні національні показники можуть маскувати низький рівень охоплення послугами охорони здоров'я незахищених груп населення. Наприклад, лише 17 відсотків матерів та дітей зі статусом найбільш вразливих сімей у країнах з низьким та середнім рівнем доходів мають доступ хоча б до шести із семи основних послуг з охорони здоров'я матерів та дітей, порівняно з 74 відсотками зі статусом найбільш заможних сімей.

Японія, є однією з країн – лідерів у наданні підтримки необхідних безоплатних медичних послуг усередині країни та в усьому світі, спонсорами виступають Японське агентство з міжнародного співробітництва (ЯАМС), ЮНІСЕФ, Світовий банк та ВООЗ. «Наш минулий досвід навчив нас тому, що для досягнення мети «Здоров'я для всіх» надзвичайно важливо створити надійний механізм фінансування охорони здоров'я, який захищатиме кожну вразливу людину від фінансових труднощів, а також забезпечити наявність установ та кадрів охорони здоров'я, разом з лікарями, для надання медичної допомоги людям за місцем проживання» – сказав пан Кацунобу Като (Katsunobu Kato), міністр охорони здоров'я, праці та соціального забезпечення Японії. Такі загальнодержавні інвестиції у первинну медичну допомогу на ранньому етапі стали важливим сприятливим фактором, який сприяв подальшому швидкому економічному розвитку Японії.

Фінансова стійкість системи охорони здоров'я, є стратегічно важливим завданням держави, що створює рівні можливості для людей з різним

доходом в реалізації доступної і якісної медицини. Система охорони здоров'я повинна фінансуватись таким чином, щоб «... усі люди мали доступ до медико-санітарних послуг і при цьому не відчували фінансових труднощів щодо їх вартості» [49, с. 62]. При будь-якому рівні витрат, на думку Генерального директора Всесвітньої організації охорони здоров'я М. Чана, будь-яка країна може домогтися поліпшення охоплення медичними послугами, і забезпечити захист від фінансових ризиків, якщо проводитиме ефективну і прагматичну політику в галузі охорони здоров'я [12, с. 25].

«Надання оцінки ефективності діяльності виробничої системи є зазвичай комплексним завданням, яке передбачає порівняння, співвідношення і взаємозв'язок витрат і результатів діяльності цієї системи. Точне визначення ресурсів, що були використані заради досягнення цілі та їх вимірювання є важливим етапом проведення такого оцінювання, які характеристика досягнутого результату у кількісних показниках (прибуток або обсяг наданих послуг і готової продукції). Існують три основні групи, які стають головними споживачами інформації щодо діяльності системи охорони здоров'я.

1. Середній менеджмент, який здійснює контроль і оперативне управління, й потребує аналізу конкретних аспектів функціонування системи.

2. Вище керівництво, що здійснює стратегічне управління, й потребує не оцінки окремих аспектів, а комплексного аналізу ефективності діяльності системи охорони здоров'я для виявлення її слабких і сильних сторін.

3. Держава або страхова компанія, які у якості зовнішніх зацікавлених сторін виконують ролі джерела фінансування і одержувача коштів відповідно».

Конституція України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49) [15]. Крім того права людини в галузі охорони здоров'я в Україні захищені цілою низкою ратифікованих міжнародних документів, зокрема, такими як: Міжнародний

пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна Хартія. Національне законодавство базується передусім на Конституції України, Законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах [31, с. 14-15].

«В Україні, наприклад, на індивідуальному рівні створюються так звані фонди на випадок хвороби для того, щоб допомогти впоратися з платою за лікарські засоби там, де можливості бюджетного фінансування місцевих медичних установ обмежені. Внески зазвичай складають близько 5% заробітної плати і часто доповнюються грошима, отриманими від благодійних заходів. Поки охоплення невелике у співставленні з національним рівнем, але ці фонди відіграють важливу роль у маленьких містах, де медичні установи не отримують достатнього фінансування» [12, с. 48].

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я може сприяти створенню рівних умов які б відповідали очікуванням людей сьогодні і, у свою чергу, допомогти їм розірвати цикл бідності та поганого здоров'я від покоління до покоління завтра.

Що означає відповідність очікуванням громадян? У той час як основною метою системи охорони здоров'я є покращення здоров'я населення, способи взаємодії людей із системою охорони здоров'я залучають безліч напрямків, які не мають безпосереднього відношення до клінічних результатів чи рівня здоров'я, що не в останню чергу залежить від міжособистісних аспектів процесу лікування. Відповідність включає всі нетехнічні аспекти лікування людей у системі охорони здоров'я. Відповідність очікуванням громадян є однією з фундаментальних цілей системи охорони здоров'я щодо ВООЗ, і в деяких країнах (хоч і не в усіх), медичне обслуговування надає все більшого значення очікуванням громадян.

Існуюча на даний час в Україні система управління та організації медичної допомоги формувалася з урахуванням тих змін, що відбувалися у галузі протягом останнього десятиліття. Варто погодитися з думкою деяких дослідників, що організація охорони здоров'я в Україні, як складна управлінська система повинна бути спрямована на:

- відтворення себе самої як ефективної системи;
- забезпечення належного рівня управління розвитком державних, суспільних складових тощо;
- створювати належні умови задля успішного руху держави до нової якості характеристик конкурентоздатності й соціогуманітарного комфорту сучасної людини [43].

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я і результативність якості надання медичних послуг є важливим державним завданням. «Ефективність системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я громадян, рівня фінансування охорони здоров'я та добробуту нації», – зазначає український фахівець у сфері охорони здоров'я Г. О. Слабкий [39].

Координатори системи охорони здоров'я можуть зробити свій внесок в ефективність діяльності, спрямовану на зменшення нерівності споживачів медичних послуг (МП). Без сумніву, створення єдиної інформаційної бази даних могло б стати засобом для покращення ефективності в цьому напрямку, а також допомогти проводити аналітику порівняння отримання МП з іншими країнами та запропонувати спосіб сполучення між різними секторами, збільшуючи внесок у рівність щодо підтримання здоров'я. Керівники галузі охорони здоров'я могли б сприяти розвитку системи охорони здоров'я, наприклад, за допомогою розробки програм індивідуального та громадського здоров'я, а також за допомогою поведінкових втручань, спрямованих на збіднілий прошарок населення, що відображають потреби та культуру цієї групи населення; за допомогою

забезпечення доступності медичних ресурсів, а також через вплив інших секторів економіки на рівень здоров'я. Особливе значення має поліпшення міжгалузевої взаємодії, враховуючи, що багато соціальних детермінантів нерівності щодо отримання МП знаходяться поза зоною впливу системи охорони здоров'я. Якщо діяльність систем охорони здоров'я підтримуватиметься наведеними вище заходами та інформацією, це дозволить вплинути на загальний стан соціального благополуччя та політику розподілу ресурсів.

Місцеві органи влади або органи влади спрямовані на надання послуг спрямованих на малозабезпечені прошарки населення можуть також брати на себе ініціативу при роботі не тільки по наданню медичних послуг, а й в інших напрямках через програми зниження нерівності щодо отримання послуг на підтримання здоров'я. Проте цілком очевидно, що стратегічні зміни, спрямовані на забезпечення справедливості та рівності доступу до медичних послуг, цілком можливі та мають здійснюватися. Докази того, що рівність отримання МП для підтримки здоров'я мають безпосередній позитивний економічний ефект, могли б надати значний стимулюючий вплив на керівників сфери охорони здоров'я щодо прийняття ними стратегій на користь збільшення рівності.

На сьогоднішній день недостатньо даних щодо впливу соціально-економічної нерівності на здоров'я та економіку у країнах ЄС. Проте економічне значення цього фактору має достатні важелі для того, щоб інвестувати у стратегії зниження економічних нерівностей. Наприклад, антитютюнова політика, свідомо спрямована на рівність, знижує поширеність куріння на 33% у нижчих соціально-економічних групах (і лише на 25% у вищих групах), що призводить до зменшення нерівності щодо смертності та захворюваності та має значний економічний вплив від 9 до 75 мільярдів євро залежно від того, чи здоров'я розглядається як засіб виробництва, чи товар широкого споживання. Який би метод оцінки не використовувався, і хоч би якими високими були варіації результатів,

потенційний внесок щодо рівності здоров'я у соціальне благополуччя величезний.

Висновки до розділу 3. Лише добре навчений менеджер може ефективно керувати закладом охорони здоров'я - цю тезу підтримують не тільки прихильники медичної реформи, а й її критики, керівники ЗОЗ, підлеглі їм лікарі. Всі фахівців однією з основних причин провалу швидкого впровадження медичної реформи називають відсутність належного менеджменту. Втім, в Україні службам по роботі з персоналом доволі не просто доводиться шукати фахівців для втілення інноваційних ідей впровадження менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Всі наведені тут докази показують, що система охорони здоров'я може відігравати головну роль у зменшенні нерівностей отримання медичних послуг і що це сприятливо позначиться на економіці, здоров'ї та соціальному благополуччі. Дані докази також показують важливу роль керівників галузі охорони здоров'я, оскільки держава має на меті зменшення нерівності в суспільстві (навіть якщо вона не визнає існування цієї нерівності), що є суто політичним питанням.

ВИСНОВКИ

За результатами даної магістерської роботи досліджено процеси реформування системи охорони здоров'я із застосуванням досвіду зарубіжних країн. Магістрантом сформульовано низку пропозицій, висновків і рекомендацій, спрямованих на вирішення зазначеного наукового дослідження. Основними з них є такі:

1. За результатами дослідження теоретичних та практичних засад реформування системи охорони здоров'я визначено, що стан громадського здоров'я та, зокрема, системи охорони здоров'я використовуються в якості індикаторів добробуту країни, оскільки вони пов'язані із ступенем економічного розвитку держави. Визначено, що охорона здоров'я населення представляє собою сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного характеру, що направлені на збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я кожного громадянина, підтримка його довголітнього активного життя, надання йому медичної допомоги у разі втрати здоров'я.

При вивченні інституційних складових системи охорони здоров'я в Україні стає цілком очевидно, що зміни та реформи в системі охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку мають здійснюватися органами управління державою усіх рівнів. Вони повинні містити поетапний комплексний характер і передбачати суспільно очікувані результати. Виходячи з цього метою реформ має бути побудова такої моделі охорони здоров'я, яка забезпечувала б рівний та справедливий доступ всіх громадян до медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні обсягу державних соціальних гарантій.

2. Загальна тенденція розвитку охорони здоров'я зарубіжних країн – посилення процесу поділу праці між окремими кваліфікаційно-професійними групами працівників. Зростає число та розширюються функції середнього медичного персоналу та численних категорій суміжних працівників галузі, що дає змогу знизити навантаження на лікарів і скоротити їхню частку в загальній зайнятості в охороні здоров'я. Є ознаки того, що цей процес не знижує якість медичної допомоги, хоч і не забезпечує економію коштів.

В свою чергу, система охорони здоров'я України представляє сукупність органів управління охороною здоров'я, організацій охорони здоров'я і практичної діяльності в сфері охорони здоров'я, що взаємодіє в цілях профілактики захворювань, збереження, зміцнення здоров'я громадян і надання ним медичної допомоги. В українській СОЗ також взято курс на прискорений розвиток середнього медичного персоналу в порівнянні з чисельністю лікарів, але він поки що недостатньо конкретизований. Що ж до нових категорій працівників, то завдання їх підготовки поки не ставиться – цей тренд також опинився поза увагою планових органів системи охорони здоров'я.

Намітилися певні зрушення в концептуальному розумінні необхідності подолання фундаментальних відмінностей у становищі лікарів в Україні а саме – в істотному підвищенні їх оплати праці. Але навіть на концептуальному рівні поки що не ставляться завдання зміни організаційно-правового статусу лікарської діяльності, зміни форм зайнятості, зміни співвідношення базової та стимулюючої частини оплати праці.

Використання закордонного досвіду при формуванні кадрової політики за виділеними напрямками могло б підвищити ефективність використання кадрових ресурсів української системи охорони здоров'я.

3. Доведено, що системі охорони здоров'я притаманні наступні особливості: системність, що полягає в комплексній структурно-функціональній організації і складній системі відносин суб'єктно-об'єктних елементів охорони здоров'я, з метою забезпечення взаємодії всіх соціальних

інститутів суспільства (сім'ї, школи, громадських інституцій тощо) і формування соціальної відповідальності осіб і соціальних інститутів в досягненні загальної мети соціуму захисту здоров'я індивідуума, суспільства і держави; взаємообумовленість професійної діяльності фахівців з охорони здоров'я громадян, а також розвиток управлінських спеціальностей, організація і управління охороною здоров'я, управління персоналом, менеджмент в системі охорони здоров'я, у всіх трьох конституційно встановлених системах охорони здоров'я державній, муніципальній і приватній; найбільш соціально значуща сфера, в якій відображається сприйняття громадянами управлінської діяльності держави по забезпеченню підвищення соціальної справедливості, рівня задоволеності соціальних потреб, створення умов реалізації соціальних можливостей.

Кризове погіршення стану здоров'я і життєздатності населення України стало свідченням загострення медико-демографічних проблем, соціальних протиріч, проблем бідності, голоду, відсутності освіти і належного медичного обслуговування.

Необхідність модернізації структури управління у дослідженій сфері, зумовлює вжиття таких заходів, як: упровадження прогресивних форм керівництва, які будуть засновані на принципах демократії і децентралізації; реформування законодавчої і нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я; модернізація інформаційної складової системи охорони здоров'я на основі прогресивних комп'ютерних інновацій; забезпечення активної взаємодії та ефективного співробітництва між різними структурними ланками системи охорони здоров'я, такими як: власне лікувальні заклади і державні органи управління в медичній сфері, соціальні та страхові установи, органи санітарно-епідеміологічного нагляду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева І.М. Система управління кадрами в органах охорони здоров'я. 2-е вид., доп. и перероб. К.: Здоров'я, 1998. 168 с.
2. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. [Електронний документ] – Режим доступу <http://www.nbu.gov.ua/portal/>
3. Білинська М. М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я / М. М. Білинська, Т. П. Попченко // Главный врач. – 2007. – № 11. – С. 69-73.
4. Безпрозванна В.М. Право на медичну діяльність та правовий статус медичних організацій (до проблеми державного регулювання прав медичних працівників). Економіка та держава. 2010. № 10. С. 116–117.
5. Вялков А. І. Управління та економіка охорони здоров'я / А. І. Вялков, Б. А. Райзберг, Ю. В. Шиленко. – М. : Вид-во «ГЕОТАР-МЕД», 2002. – 328 с.
6. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М.Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 37- 41.;
7. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18- 23.;
8. Глуховський В. В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В. В. Глуховський, Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 27.
9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль: «Економічна думка», 2005. – 460 с.

10. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – 424 с.
11. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку : 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, д-ра політ. наук, проф. К. О. Ващенка, д-ра соц. наук, проф. Ю. П. Сурміна (кер. проекту). – К. : НАДУ, 2012. – 72
12. Доповідь про стан охорони здоров'я в світі. Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до загального охопту населення медико-санітарною допомогою. – Всесвітня організація охорони здоров'я, 2010. – 106 с.
13. Жадан О.В. Теоретичні підходи до організації нормування праці в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О.В. Жадан, О.Є. Вашеv // Теорія та практика державного управління. – № 2 (57). – 2017. – Режим доступу:<http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2017-2/doc/2/01.pdf>
14. Інститут покращення охорони здоров'я США [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.ihl.org/>
15. Конституція України. Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2020.
16. Концепція нової системи охорони здоров'я / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана
17. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ingeniusua.org/articl>
18. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Вип. 2(29). С. 143–146.
19. Карамишев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д. В. Карамишев // Університетські

наукові записки (Часопис Хмельницького університету управління та права). – 2006. – № 1 (17). – С. 279-284.

20. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник на основі матеріалів онлайн-курсу. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021

21. Лехан В.М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 4 (52). – С. 5-11.

22. Литвин В. М. Інноваційна і кадрова політика у системі охорони здоров'я / В. М. Литвин [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/biblioteka/article-43278-innovatsiy-na-i-kadrova-politika-u-sistemi-ohoroni-zdorovya/>. – Назва з екрана.

23. Міхеєнко О. І. Конкретизація сутності поняття «здоров'я» як методологічне підґрунття практики оздоровлення організму людини // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту. – 2013. – № 2. – С. 42-46

24. МОЗ України : Що було, є і буде [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

25. Міжнародна конвенція «Про захист прав людини і основних свобод». от 4 листопада 1950 р.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <http://sokov-av>.

26. Назарова О. А. Поляризація інноваційного розвитку муніципальних створень / О. А. Назарова // Креативна економіка. – 2012. – № 1 (61). – С. 119-127с.

27. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2020–2030 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

28. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за заг. ред. В.М. Князевича. Київ : Наукова думка, 2010. С. 250.

14. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту :

<https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja---javische-a-ne-hvorobascho-n-aspravdi-zatverdili-v-mkh-11>

29. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

30. Панфілов А.В. Запровадження управлінської інновації: роль лідера та мотивація персоналу // Теорія і практика громадського розвитку [Електронний ресурс]. – 2012. – № I. – Режим доступу: <http://v.w.teoriapractica.ru/-1-2012/sociology/panfilov.pdf>.

31. Права людини в сфері охорони здоров'я : практ. посібник / За наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. – 148 с.

32. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України 222-VIII, чинний, поточна редакція від 05.01.2022 “Про ліцензування видів господарської діяльності” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>

33. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування: Закон України 2168-VIII, чинний, поточна редакція від 12.01.2022 “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

34. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я з у закладах охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 р. № 385. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-vii>

35. Реформа системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohroni-zdorovya>).

36. Ривкіна Р. В. Спосіб життя населення: соціальні наслідки реформ 1990-х років / Р. В. Ривкіна // Соціологічні дослідження. – 2001. – № 4. – С. 32-39.

37. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я / Свінціцький А.С., Висоцька О.І. // Практикуючий лікар. - №1. - 2015 –Режим доступу: www.likar-praktik.kiev.ua
38. Сибуріна Т.А. Підвищення соціального статусу органів охорони здоров'я //Праця і соціальні відносини. 2006. №2 (34). С.72-77.
39. Слабкий Г. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // http://kazatin-rda.gov.ua/upload/files/Politika/stategiya_reformuvannya.pdf. – Назва з екрана.
40. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 34–38
41. Солоненко Н. Д. Зміна ролі держави в реформах охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / Н. Д. Солоненко, Л. І. Жаліло // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я : зб. наук. пр. УАДУ / Одес. філ. – Одеса, 2001. – Ч. 1. – С. 175-188
42. Сибуріна Т.А., Блохіна Т.П., Каминіна Н.Н., Данилова Н.В. Розвиток системи управління персоналом в організаціях охорони здоров'я М.: Агар, 2008. 146с.
43. Сташків Б. І. Зародження соціального страхування на землях України [Електронний ресурс] / Б. Сташків. – Режим доступу : <http://www.glk.lviv.ua/news.php>
44. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
45. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. Державне управління та місцеве самоврядування. 2014. Вип. 1(20)
46. Центр медичної статистики МОЗ України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту:

<http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>

47. Чубарова Т. В. Економіка охорони здоров'я: теоретичні аспекти (наукова доповідь). – М. : Інститут економіки, 2008. – 69 с.
48. Шейман І.М., Шевський В.І. Кадрова політика в галузі охорони здоров'я: порівняльний аналіз вітчизняної та міжнародної практики
49. Torrance G. Economic Evaluation of Toxic Chemical Control Programs / G. Torrance, D. Krewski // Toxic Substances Journal. – 1987. – Vol. 7. – P. 53-71.
50. Lang, S. (1997) Abandoned elderly population, a new category of people suffering in war, *Journal of Public Health Medicine*, 19(4):476–7.
51. <https://www.vz.kiev.ua/ru/menedzhment-v-oxoroni-zdorovyа-potreba-ye-popitu-nemaye/>