ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: «НАПРЯМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Виконав: студент 6 курсу 639МЗ групи
галузі знань:
28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:
281 Публічне управління та адміністрування
Клочко Костянтин Ігорович
Керівник: д.держ.упр., професор
Ємельянов Володимир Михайлович

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександр Никифорович

Миколаїв – 2022 рік

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Всесвітня організація охорони здоров'я – ВООЗ

Всесвітня організація інтелектуальної власності – ВОІВ

Заклад охорони здоров'я – ЗОЗ

Інтелектуальна власність – ІВ

Медичні інновації – МІ

Міністерство охорони здоров'я України – МОЗУ

Міністерство охорони здоров'я – МОЗ

Національних інститутів охорони здоров'я – НІОЗ

Система охорони здоров'я – СОЗ

Стандартні операційні процедури – СОП

Система медичного контролю – СМК

Система управління якістю – СУЯ

Тимчасово окуповані території – ТОТ

Управління інноваційною діяльністю – УІД

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……...……..... 2

ВСТУП…….....…4

РОЗДІЛ 1. СТАН І ПРОБЛЕМИ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я …….....…..7

1.1. Проблеми організації інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я……7

1.2. Пріоритетні напрями формування медичного інноваційного середовища…….……. 21

РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ…….....…30

2.1. Специфічні особливості управління у медичній сфері …….....30

2.2. Механізми здійснення контролю та запровадження сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я……....37

РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОГО СОЦІАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ БОРОТЬБИ З ПАНДЕМІЄЮ COVID-19)……..…56

3.1 Міжнародний досвід вирішення проблем в галузі охорони здоров'я та соціального благополуччя, пов'язаних з пандемією COVID-19……..56

3.2. Основні проблеми охорони здоров'я та соціального благополуччя, пов'язані з пандемією COVID-19 та механізми їх вирішення……..62

ВИСНОВКИ……..…….…..... 70

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….……...72

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Інновації у сфері медицини стосуються кожної людини. Вони обіцяють нові методи профілактики, діагностики та контролю захворювань, а також нові препарати та техніку для відстеження та лікування недуг. У той же час медичні інновації – це розширення бази знань і трансформація технологічних і бізнес-моделей, що застосовуються в даний час в інтересах більш ефективного задоволення мінливих потреб та очікувань. Сьогодні великі дані, штучний інтелект та інші технології стимулюють потік медичних інновацій у всьому світі.

Розвиток української економіки та інших сфер діяльності в сучасних умовах спрямований в бік імплементації інновацій з використанням наукових підходів в сфері залучення інвестицій, а саме в медичну галузь. Розвиток української економіки має базуватися на створенні нових послуг і продуктів, на використанні у всіх галузях національної економіки інноваційного потенціалу, а не тільки на екстенсивному зростанні виробництва. В сфері менеджменту одним з головних напрямків є управління інноваційною діяльністю (УІД). Незважаючи на ознаки уповільнення економічного зростання, що спостерігаються, сфера інновацій, як і раніше, динамічно розвивається, але при цьому проблеми, пов'язані з торговими обмеженнями і протекціонізмом, набувають все більш яскраво вираженого характеру. Ключовим фактором досягнення успішних результатів є ефективне державне планування у сфері інновацій.

Стан наукової розробки теми. В структурах охорони здоров'я економічні аспекти управління інноваціями, описуються в багатьох працях провідних вчених. Причому не тільки українських, а й закордонних, а саме: Н. Артамонова, Ю. Атаманової, А. Бабенка, Л. Бернса, А. Бравве, О. Висоцької, М. Довгопола Л. Жаліло, Д.Задихайла, Д. Карамишева,

О. Корнійчука, І Немченко, А. Панфілова, А. Свінціцького, С. Хадсона, Дж. Феранте та ін. Поряд з тим в науковій літературі - недостатня кількість прогресивних досліджень, які б розкривали ефективні механізми запровадження інновацій в галузі охорони здоров'я. Такій застій негативно позначається на якості прийнятих управлінських рішень при недостатньої кількості досліджень проблем інноваційної та інвестиційної складових регіональної політики. В системі охороні здоров'я пошук нових підходів до організації та УІД медичною галуззю як на регіональному рівні так і в окремих медичних організаціях, є надзвичайно актуальним.

Метою даного дослідження є наукове обґрунтування, аналіз та надання пропозицій щодо розробки концептуальної моделі управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я.

Мета, що поставлена в дослідженні, зумовила необхідність досягнення наступних **завдань дослідження**:

- дослідити стан і проблеми інноваційної діяльності в сфері охорони здоров’я;

- обґрунтувати основні особливості організації охорони здоров'я в Україні;

- провести оцінку стратегічного менеджмент у сфері охорони здоров'я щодо запровадження сучасної методології для ефективного соціального скринінгу та популяризації громадського здоров'я (на прикладі боротьби з пандемією COVID-19).

Об'єктом дослідження – є інноваційна діяльність в закладах медичної галузі.

Предмет дослідження – процес управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров’я (СОЗ).

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на найважливіші методологічних принципах, що базуються на наукових дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених у сфері інновацій.

Під час підготовки магістерської роботи були використані сучасні теоретичні дослідження та концептуальні схеми, що засновані на системному аналізі інноваційних процесів у закладах охорони здоров’я. Також були використані й інші методи наукового пізнання, такі як: системний аналіз, економіко-статистичний, порівняльний, та інші методи наукового аналізу.

Практичне значення одержаних результатів. Підвищити рівень надання медичної допомоги населенню дозволяє впровадження концептуальної моделі УІД в сфері охорони здоров'я, яка включає в собі управлінські механізми та науковий підхід до їх реалізації, що відповідають вимогам інноваційного сценарію розвитку економіки, СОЗ та інших сфер діяльності. Матеріали даної кваліфікаційної роботи були апробовані та викладені в тезах на XXV Всеукраїнській науково-практичній конференції «МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти». (м. Миколаїв, 2022 рік).

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (52 джерела). Загальний обсяг роботи становить 78 сторінок.

РОЗДІЛ 1
СТАН І ПРОБЛЕМИ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Проблеми організації інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я

У 21 столітті по всьому світу стрімко розвиваються інновації у різних сферах, у тому числі й у охороні здоров'я. Україна намагається не відставати від світового рівня, і держава підтримує розробки у галузі медицини як приватних осіб, так і проекти державних установ. Проблеми, що виникають при вдосконаленні медицини за допомогою нових технологій (новацій) впливають на світовий рейтинг країни у сфері «Розумної охорони здоров'я» та визначають подальший розвиток країни, враховуючи світові тенденції, що застосовуються у більш розвинених країнах у цій галузі.

Можна вважати, що новаціями є такі правові об'єкти, як наукові, науково-прикладні та інтелектуальні результати праці, що об'єднують в єдину групу об'єкти правового регулювання. Результати інтелектуальної діяльності поділяються на дві підгрупи: наукові, в тому числі науково-прикладні, та інші інтелектуальні результати [40].

В юридичному значенні «об'єктами інноваційної діяльності можна розглядати: інноваційну розробку — комплексний об'єкт, що утворюється в результаті проведення робіт із розроблення проекту реалізації об'єкта інтелектуальної власності та включає в себе об'єкт інтелектуальної власності і право на його використання, комплект документів на право його впровадження (інноваційний проект), у тому числі такий документ, що підтверджує проведення оцінки об'єкта інтелектуальної власності та

визначення його вартості; інноваційний продукт — результат робіт із доведення об’єкта інтелектуальної власності до стадії впровадження через здійснення дослідно-конструкторських, технологічних, інженерних, пошукових робіт, проектування, випробування та інших робіт із виготовленням дослідних зразків або пробних партій продукції або запровадженням експериментального виробництва та складанням технічної документації з впровадження об’єкта інтелектуальної власності з розробкою технічних умов виробництва нової продукції та/або використання у виробничому процесі нової технології, способу, процесу, ресурсу, іншого рішення; інноваційна продукція — кінцевий результат впровадження інновації у вигляді випуску нової або суттєво удосконаленої продукції, або інноваційномісткої продукції, або інноваційних послуг».

У міру того, як прийняття медичних рішень все більше перестає бути функцією професійних медиків, законодавцям, урядам, діловим колам та громадянському суспільству слід обмежити можливості структур, які мають доступ до масивів великих даних та просунутих алгоритмів, у плані прийняття медичних рішень та впливу на них. Сьогодні рушійними силами прогресу як у діагностичних, так і в прогностичних аспектах охорони здоров'я дедалі більше стають дані («Інтернет пристроїв») та штучний інтелект. «Безпрецедентні за своїми масштабами проблеми етичного, соціального та економічного характеру вимагають невідкладної уваги. Якщо найближчим часом не буде вжито необхідних заходів, інновації у сферах охорони здоров'я та медицини можуть перетворитися на серйозний чинник посилення проблеми нерівності [47].

Інновації у сфері медицини стосуються кожної людини. Вони обіцяють нові методи профілактики, діагностики та контролю захворювань, а також нові препарати та техніку для відстеження та лікування недуг. У той же час медичні інновації – це розширення бази знань і трансформація технологічних і бізнес-моделей, що застосовуються в даний час в інтересах більш

ефективного задоволення мінливих потреб та очікувань. Сьогодні великі дані, штучний інтелект та інші технології стимулюють потік медичних інновацій у всьому світі.

Так, під інноваційною діяльністю більшість правознавців розуміють діяльність, що пов’язана з розробкою, підготовкою, впровадженням, використанням та комерціалізацією інновацій у сфері суспільного виробництва з метою отримання нової або вдосконаленої продукції, надання інноваційних робіт, послуг, а також підвищення техніко-технологічних показників відповідної господарської діяльності та виробничого процесу [1].

В Україні існує велика кількість наукових центрів, що займаються розробкою і впровадженням медичних інновації (МІ). У багатьох областях країни є великі регіональні клініки, які також ведуть цю роботу, створюються унікальні технології. Аналіз даних літератури продемонстрував сучасний стан і рівень впровадження ІТ в клінічну діяльність медичних організацій в Україні і за кордоном [41, 678].

Існують проблеми, пов'язані з широким впровадженням медичних інновацій і, як наслідок, із забезпеченням їх доступності як для фахівців, так і для пацієнтів, а також обставини, що не дозволяють вирішити ці проблеми в рамках діючої, досить давньої і для всіх цілком звичної системи наукової, освітньої діяльності та практичної охорони здоров'я [2].

На відміну від загальнонаціональних інноваційних програм, регіональні повинні, перш за все, спиратися на активний розвиток найбільш пріоритетних для даного регіону галузей. У зв'язку з цим виникає необхідність у формуванні галузевої інноваційної політики в охороні здоров'я, де потреба в розробці та впровадженні медичних інновацій залишається не тільки дуже високою, але і в перспективі буде тільки наростати. Очевидно, що підвищення доступності, забезпечення якості і підвищення рівня надання медичної допомоги, в тому числі з використанням інформаційних технологій, не може мати будь-яких обмежень [29].

«Глобальний прогрес у сфері охорони здоров'я та якості обслуговування пацієнтів вимагає свіжого та комплексного підходу до інновацій, який дозволив би стерти кордони між різними науковими дисциплінами та напрямками та дав навчальним закладам, науково-дослідним центрам, великим компаніям, підприємствам роздрібної торгівлі та пацієнтам можливість взаємодіяти друг з другом у режимі реального часу. Роль інфраструктурної складової цих змін відіграють комплексні платформи співробітництва. Настав час поставити колосальний потенціал світу інтернет-технологій на службу охорони здоров'я, щоб розсунути межі можливого та здійснити революцію у науково-дослідній роботі, фармацевтиці та медицині». — Флоранс Верзелен, виконавчий віце-президент, Відділ галузевих рішень, Департамент роботи зі споживачами, Управління глобальних проблем, компанія Dassault Systèmes [48].

Інновації у сфері охорони здоров'я – це розробка нових лікарських засобів, створення медичного обладнання, що дозволяє проводити контроль, діагностику та лікування захворювань. Нові медичні вироби, ендоскопічні малі пристрої або медична робототехніка є основним елементом інноваційної діяльності в медицині. Більше того, цей напрямок інновацій процвітає. Упродовж останніх років наглядові органи ВОЗ говорять про рекордну кількість виданих дозволів на інноваційне медичне обладнання, таке як механічний клапан серця, цифрові медичні технології та прилади для об'ємного друку.

Нові медичні знання мають найважливіше значення здоровішого життя. У прагненні створити щось нове сектор охорони здоров'я інвестує великі кошти, яких, наразі, не вистачає, у дослідження та розробки. Фармацевтичні та біотехнологічні компанії, а також виробники медичної техніки входять до числа провідних світових корпоративних інвесторів і щорічно витрачають на ці цілі понад 100 мільярдів доларів США. Завдяки

штучному інтелекту, великим даним та іншим технологіям люди вперше в історії отримали доступ до спеціальних та індивідуальних технологій.

Впровадження результатів інтелектуальної діяльності, інноваційних продуктів у охороні здоров'я вимагає від керівників медичних установ постановки нових завдань з подальшим їх вирішенням з урахуванням навичок медичного персоналу працювати в міждисциплінарних науково-технічних колективах. На сьогоднішній день можна сказати про те, що інноваційна діяльність у охороні здоров'я характеризується низьким рівнем інноваційного потенціалу в установах, не спрямованих на профільні наукові дослідження, слабкістю впровадження наукових досліджень.

В сфері охорони здоров’я серед багатьох проблем можна виділити три:

- перша проблема впровадження інновацій у охороні здоров'я: незатребуваність нових технологій через недостатній розвиток наявних технологій. Наша держава має прагнення на розвиток медицини по всій країні і в її малонаселених і далеко віддалених районах. Першочерговою метою є розвиток і поліпшення вже наявних ресурсів і систем, перевірених часом;

- другою проблемою, що випливає з першої, є нестача коштів, що виділяються державою, на проведення великих інноваційних досліджень. Сам собою процес розробки та впровадження інновацій є тривалим, але його тривалість збільшується в рази, коли відсутня достатня фінансова підтримка з боку держави. Тому проекти розробляються десятки років, при цьому їх поширення не завжди охоплює всю країну. Частина проектів схильні до згасання;

третя проблема - також варто згадати той факт, що на ринку праці в медицині простежується наступна тенденція: брак кадрів, а також недостатня кваліфікованість більшості співробітників медичних установ. Проблему нестачі знань та навичок роботи з новими технологіями можна усунути за допомогою навчання персоналу, що знову ж таки є дороговартісним

сегментом для держави. Тому впровадження технологій стає дуже ресурсним і скрутним для бюджету країни.

В цілому по Україні охорона здоров'я розвинена набагато гірше, ніж у Києві та крупних обласних центрах: у деяких містах через віддаленість немає доступу до термінової медичної допомоги. Ми всі відчуваємо на собі та на своїх близьких катастрофічний стан системи охорони здоров'я в Україні. Загалом Україна відстає у світовому розвитку медицини, і можна виділити такі міжнародні тенденції, на які варто звернути увагу:

1. Впровадження та адаптація правових норм і стандартів для розвитку геномної (для вдосконалення лікування онкозахворювань за рахунок розробки діагностичних тестів для виявлення різного виду ризиків на ранніх стадіях) та персоналізованої медицини, а також електронної охорони здоров'я.

2. Повний перехід на використання електронних медичних карт та зростання цифровізації електронного медичного документообігу.

3. Створення платформи та формування єдиного реєстру для зберігання генетичних даних за допомогою технології розподілу. Це необхідно для спрощення та збільшення швидкості пошуку інформації при надзвичайних ситуаціях, що вимагають вживання моментальних заходів при лікуванні.

На сучасному етапі заклади охорони здоров’я міського, обласного а де-інде й районного рівня, забезпечені сучасною медичною технікою. Але ж дуже часто таке обладнання лише створює гарний інтер’єр, оскільки відсутні відповідні технології їх застосування.

Таким чином, для того щоб діагностика, а потім й процес лікування були ефективними, необхідно створити чи застосувати існуючі відповідні інноваційні медичні технології, без яких, на даний момент, обладнання для лікаря залишається таємницею.

За роки незалежності великий вклад в розробку та застосування медичних інновацій зробили приватні наукові медичні підприємства, зусилля

яких до наукової та інноваційної діяльності не тільки не підтримувались державою, але й всіляко затримувались. Спираючись на це, в Україні з’явились саме українські розробки нових медичних технологій, які успішно застосовуються для діагностики та лікування в приватних медичних закладах.

На даний момент постає декілька проблем: де взяти інновації, які б допомогли медицині? Якими вони мають бути? Хто допомагатиме, а не заважатиме їх втілювати в життя?

Нині в Україні заклади охорони здоров'я міського та обласного, подекуди та районного рівня оснащені медичною технікою. Однак часто такі прилади здебільшого лише створюють гарний інтер'єр, оскільки немає відповідних технологій їх застосування.

Таким чином, щоб діагностика, а потім процес лікування були ефективними, необхідно створити (або застосувати вже існуючі) відповідні інноваційні медичні технології, без яких прилад для лікаря назавжди залишиться лише загадкою.

За роки незалежності великий внесок у розробку та впровадження медичних інновацій зробили приватні наукові медичні підприємства, зусилля яких до наукової та інноваційної діяльності не лише не підтримувалися державою, а й всіляко утискалися. Незважаючи на це, в Україні з'явилися саме українські розробки нових медичних технологій, які успішно застосовуються для діагностики та лікування у приватних медичних закладах.

Важливість таких розробок у тому, що вже багато років вони успішно доводять свою необхідність і фактично пройшли випробування на інноваційність.

На жаль, маємо лише окремі приклади застосування цих інновацій у державній медицині.

Поява інноваційних медичних технологій вимагає перегляду застарілих концептуальних моделей патогенезу багатьох захворювань та зміни ментальності лікарів, тобто відкидання окостенілих консервативних поглядів, а також сприйняття та впровадження у практичну діяльність принципово нових підходів до діагностики. Це також одна з головних проблем процесу застосування інноваційних технологій, і не тільки в медицині.

Тому за сприятливого державного мікроклімату інноваційні технології мають великий шанс на комерціалізацію на рівні макроекономічної моделі в рамках не лише нашої країни, а й з виходом на світовий ринок. Для цього необхідно створювати державні інноваційні центри та центри підтримки підприємництва, які працювали б за принципом оплати за результатом, тобто не за право участі в проекті, а за кінцевий результат отриманого прибутку.

Крім того, необхідно повністю змінити громадську думку щодо зневаги до права інтелектуальної власності, необхідно формувати інноваційну культуру та на державному рівні готувати фахівців у сфері інноваційних технологій.

В результаті виграють усі учасники процесу: розробник отримує оплату за свої напрацювання та створює наступний новий продукт, країна на макроекономічному рівні отримує позитивний баланс та прибуток для подальшого розвитку та наступних інвестицій, медичні установи отримують сучасні ефективні технології, які зрештою забезпечують якість та доказовість надання медичних послуг.

Важливість таких розробок полягає в тому, що вже багато років вони з успіхом доводять свою необхідність і фактично пройшли випробування на інноваційне впровадження.

На теперішній час постає декілька проблем: де взяти інновації, які б допомогли медицині? Якими вони мають бути? Хто допомагатиме, а не заважатиме їх втілювати в життя?

Нині в Україні заклади охорони здоров'я міського та обласного, подекуди та районного рівня оснащені медичною технікою. Однак часто такі прилади здебільшого лише створюють гарний інтер'єр, оскільки немає відповідних технологій їх застосування.

Таким чином, щоб діагностика, а потім процес лікування були ефективними, необхідно створити (або застосувати вже існуючі) відповідні інноваційні медичні технології, без яких прилад для лікаря назавжди залишиться лише загадкою.

За роки незалежності великий внесок у розробку та впровадження медичних інновацій зробили приватні наукові медичні підприємства, зусилля яких до наукової та інноваційної діяльності не лише не підтримувалися державою, а й всіляко утискалися. Незважаючи на це, в Україні з'явилися саме українські розробки нових медичних технологій, які успішно застосовуються для діагностики та лікування у приватних медичних закладах.

Важливість таких розробок у тому, що вже багато років вони успішно доводять свою необхідність і фактично пройшли випробування на інноваційну спроможність.

На жаль, маємо лише окремі приклади застосування цих інновацій у державній медицині.

Поява інноваційних медичних технологій вимагає перегляду застарілих концептуальних моделей патогенезу багатьох захворювань та зміни ментальності лікарів, тобто відкидання окостенілих консервативних поглядів, а також сприйняття та впровадження у практичну діяльність принципово нових підходів до діагностики. Це також одна з головних проблем процесу застосування інноваційних технологій, і не тільки в медицині.

Тому за сприятливого державного мікроклімату інноваційні технології мають великий шанс на комерціалізацію на рівні макроекономічної моделі в рамках не лише нашої країни, а й з виходом на світовий ринок.

Для цього необхідно створювати державні інноваційні центри та центри підтримки підприємництва, які працювали б за принципом оплати за результатом, тобто не за право участі в проекті, а за кінцевий результат отриманого прибутку.

Крім того, необхідно повністю змінити громадську думку щодо зневаги до права інтелектуальної власності, необхідно формувати інноваційну культуру та на державному рівні готувати фахівців у сфері інноваційних технологій.

В результаті виграють усі учасники процесу: розробник отримує оплату за свої напрацювання та створює наступний новий продукт, країна на макроекономічному рівні отримує позитивний баланс та прибуток для подальшого розвитку та наступних інвестицій, медичні установи отримують сучасні ефективні технології, які зрештою забезпечують якість та доказовість надання медичних послуг.

Стаття 3 Закону України «Про інвестиційну діяльність» визначає та розглядає інноваційну діяльність як різновид інвестиційної діяльності. Відповідно до цього «необхідно враховувати аналогічний публічно-правовий вимір регулювання інноваційної діяльності, направлений на реалізацію публічних інтересів, що перш за все задовольняє приватні інтереси. Самі правові засоби, що мають забезпечувати публічні інтереси, можуть полягати в наданні преференції (податкових або митних пільг), форм прямої державної підтримки, додаткових гарантій які забезпечують інтереси учасників інвестиційних, у тому числі інноваційних відносин, з іншого боку — в необхідності виконання такими учасниками зустрічних щодо органу публічної влади соціально-важливих обов’язків».

У підсумку: напрям прикладання державою зусиль щодо забезпечення інноваційного розвитку не вичерпується лише інвестиційною та структурно-галузевою політикою, тому що інноваційний компонент є складовою фактично кожного напрямку економічної політики. При цьому необхідно

враховувати не лише законодавче врегулювання всіх етапів інноваційного процесу — від фундаментальних та прикладних досліджень через механізми передачі до впровадження у виробництво і, нарешті, до масового випуску інноваційної продукції, а й відносини між суб'єктами інноваційної діяльності при переході до наступного етапу [9].

Із погляду науковців дослідження інновацій в галузі охорони здоров'я Д.В. Карамишева та А.С. Немченко, «інноваційні проекти можуть бути: промисловими — спрямованими на випуск та продаж нових продуктів, удосконалення технологій, розширення присутності на ринку тощо; проектами дослідження і розвитку — зосередженими на науково-дослідній діяльності, розробленні програмних засобів опрацювання інформації, удосконаленні існуючих методів діагностики та лікування; організаційними проектами — спрямованими на реформування системи управління охорони здоров'я шляхом створення нових моделей функціонування галузі та нових структурних підрозділів, запровадження нових форм організації та проведення медичних науково-практичних конференцій і семінарів з метою оптимізації впровадження наукових розробок та доведення їх до споживача» [11].

Для впровадження інноваційних технологій в медичній галузі необхідно залучати венчурний капітал, який може надаватися заможними інвесторами, контрольованими банками компаніями й іншими корпораціями, організованими як інвестиційні компанії малого бізнесу; групами інвестиційних банків і інших фінансових джерел, що поєднують інвестиції у венчурні фонди чи товариства венчурного капіталу з обмеженою відповідальністю. Фінансування венчурних капіталовкладень включає також приватний капітал чи зовнішнє фінансування, що підприємцю вдається залучити, чи здійснюється за допомогою одержання позик в інших фондів, якими традиційні фінансові установи чи не можуть, не хочуть ризикувати. Деякі джерела інвестування венчурного капіталу залучаються на визначених

етапах підприємництва, таких як фінансування початкової стадії, фази першого і другого циклу, чи стадія розвитку компанії безпосередньо попередньому публічному продажу акцій (мезонинне фінансування). Венчурні інвестиції містять високий ступінь ризику, але одночасно обіцяють гарні перспективи доходу — вищі за середній. В обмін на прийнятий на себе ризик венчурні капіталісти можуть одержувати винагороду у вигляді прибутку, роялті, привілейованих акцій, росту вартості акціонерного капіталу та в іншому виді [49]. Таким чином, венчурний капіталізм комерціалізації наукових проектів дозволяє країні бути інноваційною, захищаючи інтереси розробників та власників інтелектуальних технологій.

Про необхідність суттєвого оновлення організації СОЗ для громадян свідчать реалії сьогодення. За останній період посилились та виникли тенденції відносно СОЗ для населення як чиннику забезпечення національного здоров'я України. Це відбувається разом із збереженням взаємозалежності до медичної діяльності як однієї з соціальних функцій держави. Основні пріоритети у сфері охорони здоров'я надані на рис. 1.

Рис. 1.Основні пріоритети у сфері охорони здоров'я

В той самий період як професійні лікарські комісії «здійснюють нагляд за професійним розвитком та дотриманням стандартів професії окремим лікарем, ефективні медичні установи намагаються втілювати потрійну мету (triple aim):

підвищення якості послуг, що надає медичний заклад населенню;

покращення клієнтського досвіду пацієнтів та їх родин;

зменшення кількості ресурсів (тобто підвищення ефективності), що витрачає заклад на одиницю послуги, що робить послугу дешевше для пацієнта).

Медичні підприємства також виступають в якості середовища для професійної соціалізації лікарів, адже автономна діяльність лікаря відразу по закінченню вищого навчального закладу є неможливою. В такій своїй якості підприємства відповідальні за формування професійних цінностей та підходів у лікаря та медичних сестер на початку їх кар'єри.

Медичні підприємства також є ланкою, що пов'язує медичну систему із громадою та її потребами, оскільки належать громадам (будь то об'єднана територіальна громада, місто чи область). Посилення цього зв'язку вимагають процеси децентралізації, що відбуваються в Україні. На жаль тривала традиція відокремленості медичної галузі від інших галузей та потреб населення призвела до пасивної ролі громад по відношенню до медичних підприємств, що має прояви від небажання брати громадами на себе відповідальність за медичні підприємства до «ручного керування» підприємствами, що позбавляє керівника необхідних важелів впливу. Пошук оптимального балансу залученості власника до управління медичними підприємствами – на часі в Україні.

Ефективне медичне підприємство має такі особливості:

- активно підтримує баланс потрійної мети (якість-сервіс-ефективність) при цьому запроваджуючи інструменти менеджменту, управлінська команда медичного підприємства постійно працює на підвищення якості послуги та

безпеки пацієнтів, задоволеності пацієнтів та їх родин від отриманого сервісу при контролі та оптимізації витрат;

- при проактивній позиції щодо потреб громади внаслідок децентралізації утворюються ланки місцевого самоврядування, що позбавлені знань та компетенцій з управління людським капіталом, в таких випадках інтегруючу роль мають брати на себе колегіальні органи, в яких представники медичних закладів відіграють важливу роль, та й самі заклади мають перейти від позиції «до нас прийшли – ми полікували» до позиції «спільна відповідальність за примноження людського капіталу громади»;

- безперервний розвиток та «робота на випередження»: медична наука та технології не стоять на місці, безперервний професійний розвиток – невід'ємна частина будь-якої професії, в своєму плануванні ефективне підприємство орієнтується не тільки на нагальні потреби, але й на майбутні виклики, що постануть перед громадою; «робота на випередження» означає, що максимум зусиль необхідно докладати саме для збереження здоров'я людей, використовуючи співпрацю медичних підприємств різних рівнів із іншими комунальники підприємствами та службами, залученість персоналу саме на рівні підприємства створюються умови для продуктивної праці та залученості медичного персоналу, що визначається як «ентузіазм та лояльність до своєї роботи та робочого місця» (Gallup), відсутність належних умов призводить до високого ступеня незадоволеності роботою, цинізму, професійного вигорання та високої плинності медичного персоналу (люди залишають або медичну професію або країну)» [6].

1.2. Пріоритетні напрями формування медичного інноваційного середовища

В Україні переважає критично низький рівень держаних витрат на забезпечення та захист здоров'я кожного окремо взятого громадянина. Згідно з рекомендаціями ВООЗ держави повинні скеровувати на охорону здоров'я своїх громадян не менше ніж 5% ВВП. Будьяке зниження призводить до руйнування сфери охорони здоров'я, а рівень і доступність медичної допомоги різко падають. Витрати на охорону здоров'я у бюджеті України склали лише 3,8% ВВП, у той час, коли для Польщі витрати становлять 6,7 % ВВП [25].

Логічна модель взаємоузгодження економічних засобів і напрямів державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України наведені на рисунку 1.2.

До напрямів інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я належать: проведення наукових досліджень і розробок, спрямованих на створення об'єктів інтелектуальної власності, науково-технічної продукції; розробка, освоєння, випуск і розповсюдження принципово нових видів техніки і технології; розробка і впровадження нових ресурсозберігаючих технологій, призначених для поліпшення соціального і екологічного становища; технічне переозброєння, реконструкція, розширення, будівництво нових підприємств, що здійснюються вперше як промислове освоєння виробництва нової продукції або впровадження нової технології. Держава повинна сприяти та підтримувати розвиток наукових досліджень у сфері охорони здоров'я задля впровадження апробованих ефективних результатів наукових досліджень у практику та застосування їх закладами охорони здоров'я. Фінансове забезпечення наукових досліджень повинне проводитися на конкурсній основі з державного бюджету та інших джерел, дозволених законодавством [4; 27].

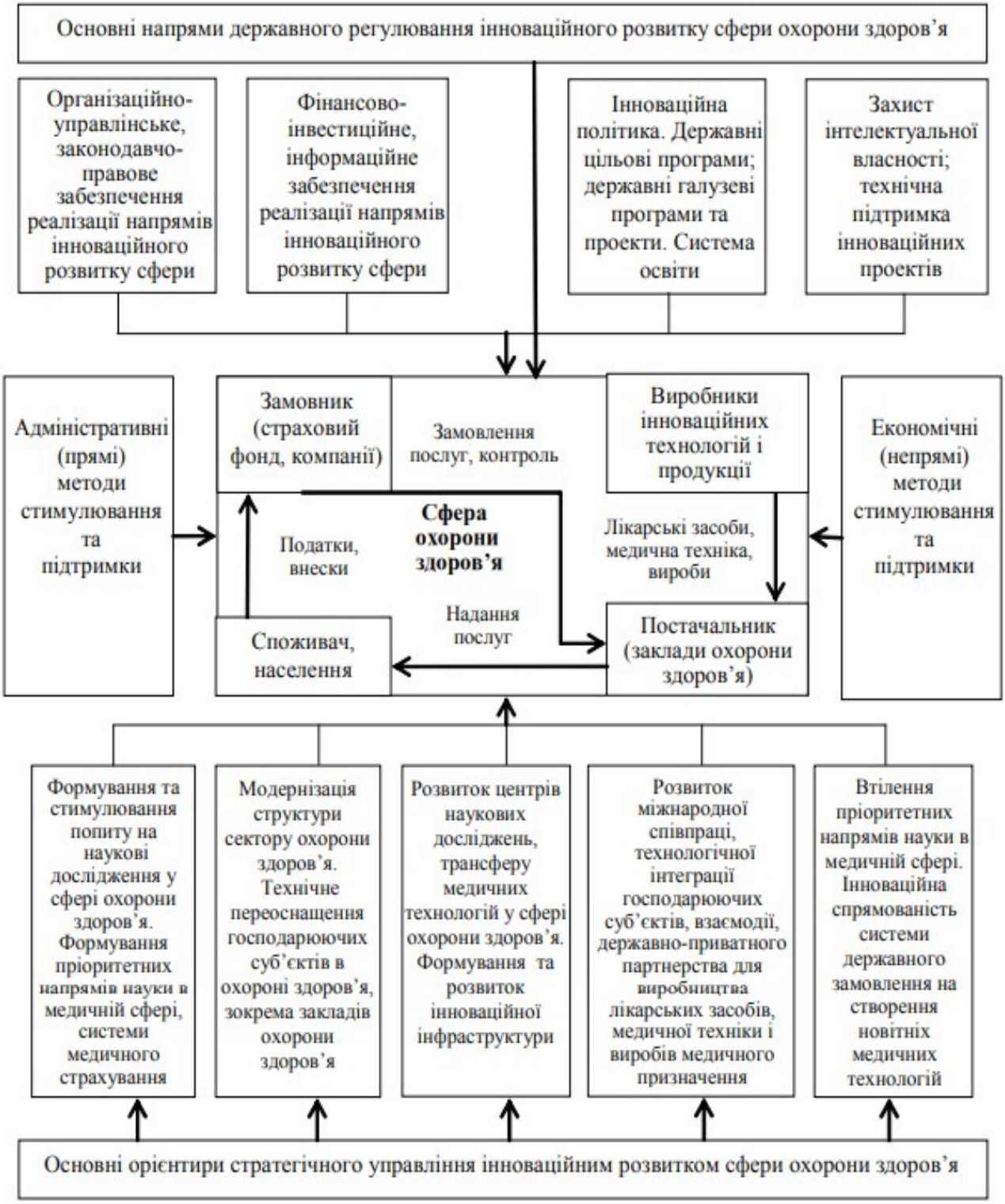


Рис. 1.2. Логічна модель взаємоузгодження економічних засобів і напрямів державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України

Таблиця 1. Державні програми у сфері охорони здоров'я та інноваційної діяльності

№ п/п	Перелік державних програм	Розробник
1	Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації»	Міністерство охорони здоров'я
2	Державна програма розвитку і виробництва медичної техніки	Міністерство охорони здоров'я
3	Державна програма забезпечення населення лікарськими засобами	Міністерство охорони здоров'я
4	Державна програма будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах	Міністерство охорони здоров'я
5	Державна програма створення єдиної системи екстреної медичної допомоги населення України	Міністерство охорони здоров'я
6	Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації на 2002-2011 роки»	Міністерство охорони здоров'я
7	Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки	Міністерство охорони здоров'я
8	Загальнодержавні програми протидії, запобігання та лікування захворювань (Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки)	Міністерство охорони здоров'я
9	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки	Міністерство охорони здоров'я
10	Загальнодержавна комплексна програма розвитку високих наукоємних технологій	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
11	Державна цільова економічна програма «Створення в Україні інноваційної інфраструктури» на 2009-2013 рр.	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
12	Державна цільова науково-технічна програма «Нанотехнології та наноматеріали» на 2010-2014 рр.	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
13	Програма розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України

Для реалізації стратегічних шляхів державного регулювання інноваційного розвитку СОЗ України потрібно утворити та матеріалізувати із залученням інструментарію державної інноваційної політики сучасну систему заходів. З боку державних органів регулювання інноваційної діяльності в галузі охорони здоров'я необхідно бути багатопрофільним та відповідним тим векторам та галузям, що передбачають ініціативний розвиток, зміни і якнайшвидшу реалізацію інноваційних програм. На даний

час державні науково-технічні та наукові програми є головним важелем реалізації інноваційних напрямків розвитку науки і техніки. Такі програми передбачають розвиток науково-технічного потенціалу країни задля вирішення найважливіших національних проблем в галузі медицини (табл. 1).

Головним орієнтиром у світі для керівництва компаній, директивних органів та інших бажаючих отримати уявлення про інноваційні процеси, що протікають в галузі медицини є Глобальний інноваційний індекс. У підготовці такого дослідження беруть участь інформаційно-аналітичні партнери: Конфедерація індійської промисловості (CII), компанія Dassault Systèmes – The DEXPERIENCE, Національна конфедерація промисловості Бразилії (CNI), Бразильська служба підтримки мікро- та малих підприємств (Sebrae), а також Консультативна рада, до складу якого входять авторитетні міжнародні експерти.

Глобальний інноваційний індекс – видання, яке є результатом спільної роботи Корнельського університету, школи бізнесу INSEAD та Всесвітньої організації інтелектуальної власності (ВОІВ – спеціалізованої установи системи Організації Об'єднаних Націй).

Основною метою цього проекту є вироблення оптимальних методів підвищення ефективності аналізу та поглиблення розуміння інноваційних процесів, а також допомога у розробці цілеспрямованих програм та обмін передовим досвідом у сфері стимулювання інновацій, він сприяє створенню сприятливих умов постійного аналізу чинників, які впливають інноваційні процеси.

Всесвітня організація інтелектуальної власності (ВОІВ) є глобальним форумом для пропаганди політики, послуг, інформації та співробітництва в галузі інтелектуальної власності. Будучи спеціалізованою установою системи Організації Об'єднаних Націй, ВОІВ сприяє своїм 193 державам-членам сприяти розробці збалансованої міжнародної нормативно-правової бази в

галузі ІВ (інтелектуальної власності) для задоволення мінливих потреб суспільства. Вона надає бізнес-послуги для отримання прав ІВ у численних країнах та для врегулювання суперечок. ВОІВ здійснює програми нарощування потенціалу для надання країнам, що розвиваються, допомоги у вигоді з використання ІВ, а також надає безкоштовний доступ до унікальних банків інформації в галузі ІВ.

Дослідницька програма «Усі ми» – це унікальний проект Національних інститутів охорони здоров'я (НІОЗ) зі збору даних про мільйон або більше осіб, які мешкають у США. Дослідники будуть використовувати ці дані для вивчення потенціалу персоналізованої медицини шляхом аналізу індивідуальних відмінностей у способі життя, зовнішніх факторах та біології. Враховуючи все більш активне використання електронних записів у системі охорони здоров'я, зменшення вартості геномного аналізу та вдосконалення інтелектуальної обробки даних важко вибрати вдалий момент для вивчення та розвитку персоналізованої медицини.

Мета програми полягає в тому, щоб об'єднати, поєднати та проаналізувати дані найрізноманітнішого характеру: біологічного, екзогенного, соціально-економічного та геопросторового. Всі ці аспекти впливають на індивідуальну профілактику та лікування захворювань, а також розуміння причин відмінностей у стані здоров'я та механізмів обліку цих особливостей.

Завдяки даним, які отримують від більш ніж мільйона учасників протягом тривалого часу, дослідники певно зможуть:

розробити методи кількісної оцінки ризику для низки захворювань з урахуванням впливу зовнішніх та генетичних факторів, а також їх взаємозв'язку;

встановити причини індивідуальних відмінностей у реакцію широко поширені препарати;

виявити біологічні маркери, які говорять про підвищений чи знижений ризик розвитку поширених захворювань;

використовувати мобільні медичні технології для виявлення кореляції фізичної активності, фізіологічних показників та впливу зовнішніх факторів та стану здоров'я;

створити нові класифікації захворювань та виявити взаємозв'язки між хворобами;

забезпечити учасників дослідження даними та інформацією про те, як покращити своє здоров'я; і створити платформу щодо досліджень спрямованої терапії.

У НІОЗ сподіваються, що дані про різноманітних учасників Програми сформують цінний дослідницький ресурс, який буде корисним для створення нових медичних знань. Ці знання будуть гарантом якіснішого та здоровішого життя представників усіх верств суспільства по всьому світу.

Для розвитку ефективного медичного закладу необхідно запровадити наступні кроки:

Розвиток ефективного лідерства в медичному закладі:

- «відкриті прозорі конкурси на посаду керівника медичної установи;
- допуск до конкурсів ефективних управлінців без медичної освіти;
- формування управлінських команд на основі розділеної відповідальності за результат роботи закладу, варто зауважити, що призначення керівником за ознакою «хороший лікар» – хибна практика, що привела до великої кількості втрачених лікарів, яким насправді не подобається управлінська діяльність;

Формування стратегічної перспективи:

– ключовою умовою діяльності управлінської команди має стати обґрунтована стратегія розвитку закладу та її послідовна реалізація, власник має бути залучений до створення стратегії та контролювати виконання її ключових показників замість контролю окремих кадрових призначень та

незначних витрат підприємства (контроль досягнення стратегічних цілей, а не оперативних рішень);

стратегічна перспектива означає, що підприємство інвестує в свою здатність адаптуватися до майбутніх викликів,

Запровадження корпоративного управління та нагляду з боку громади – іншим джерелом управлінських компетенцій для управлінської команди медичного підприємства може стати опікунська чи спостережна рада за умов її комплектації відповідно до ключових компетенцій, що потребує підприємство, діяльність рад забезпечуватиме прозорість та розвиток зв'язків з громадою.

Відкритість, залучення та культура навчання – в медичній професії помилки обходяться найдорожче, але вони трапляються, і відсутність культури визнання помилок та роботи з ними, притаманна вітчизняній медицині, ставить під загрозу безпеку і життя людей, завдяки внутрішнім механізмам ефективні медичні підприємства виявляють і аналізують помилки та вживають заходів з їх унеможливлення в подальшому, культура залучення передбачає, що персонал має слово в прийнятті важливих рішень, наприклад, люди активно включаються в діалог щодо умов праці навколо колективного договору, беруть участь в опитуваннях думки та нарадах, де їх думка вислуховується та береться до уваги» [6].

«Розвиток галузі охорони здоров'я характеризується необхідністю постійного підвищення продуктивності медичних послуг в умовах обмеження первинних ресурсів. Але динамічний соціально-економічний розвиток кожної країни неможливий без всебічного та безперервного використання нововведень, які є каталізаторами загального розвитку. На це вказує досвід Японії, Південної Кореї, Китаю та інших азійських «тигрів», які, зробивши ставку на інтенсивні технологічні зміни, за короткий період забезпечили своє потужне економічне зростання. Безумовно, й державою

здійснюються певні законодавчі кроки з метою виправлення жахливого становища, що склалося в галузі охорони здоров'я».

Так, в ст. 20 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» задекларовано, що держава сприяє розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я, зазначені дослідження фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству» [28].

В ст.7 Закону України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», пріоритетними напрямами інноваційної діяльності визначено: охорона й оздоровлення людини та навколишнього середовища.

Одночасно індекс технологічного рівня рейтингу України свідчить про подвійне відставання від промислово розвинутих країн. Одже в галузі «постійно здійснюється організаційна перебудова системи охорони здоров'я з метою підвищення ефективності використання наявних ресурсів. З погляду більшості дослідників та практиків, це повинно відбуватися шляхом стимулювання інноваційної діяльності, тобто діяльності, спрямованої на використання результатів наукових досліджень та розробок для розширення й обновлення номенклатури та поліпшення якості продукції чи товарів і послуг, удосконалення технологій їх виготовлення з наступним впровадженням та ефективною реалізацією.

Вирішення цього завдання можливе лише шляхом дотримання державної інноваційної політики, метою якої, відповідно до Закону України «Про інноваційну діяльність» (ст. 3), є створення соціально-економічних, організаційних і правових умов для ефективного відтворення, розвитку й використання науково-технічного потенціалу країни, для забезпечення впровадження сучасних екологічно чистих, безпечних енерго- і ресурсозберігаючих технологій, для виробництва й реалізації нових видів конкурентоспроможної продукції» [51].

Висновок до розділу 1. Впровадження інновацій в галузі охорони здоров'я в Україні має недостатньо високий потенціал. Але, наша держава зараз орієнтована на розвиток вже наявних інновацій в медицини по всій країні, а не тільки у великих містах, таких як Київ та Харків. Їх використання повинно стояти у пріоритеті, тому новим технологіям потрібно приділяти достатньої уваги та викликати достатній інтерес з боку державного фінансування. Для цього є світові тенденції, реалізація яких сприятиме досягненню мети країни, і, можливо, медицина стане доступною в рамках бюджету.

Одним з центральних компонентів системи розвитку спроможної громади є автономний ефективний медичний заклад. До підвищення доступності медичних послуг та покращення сервісу для пацієнтів приводить конкуренція між медичними закладами.

Основними факторами успішного розвитку медичного закладу є наявність стратегічної перспективи, ефективне лідерство та конструктивний контакт з громадою.

РОЗДІЛ 2
ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Специфічні особливості управління у медичній сфері

У 2018 році почалася реформа системи фінансування охорони здоров’я, а з «1 квітня 2020 року всі заклади охорони здоров’я екстреної медичної допомоги, вторинної медичної допомоги, інші заклади уклали договори з Національною службою здоров’я України. Таким чином почав реалізовуватися принцип, коли гроші йдуть за пацієнтом.

46% респондентів для новообраної місцевої влади назвали пріоритетом створення умов для покращення сфери охорони здоров’я. Таку статистику показало соціологічне дослідження «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування», яке проводив Центр «Соціальний індикатор» в серпні-вересні 2020 року». Реформа системи охорони здоров'я країни, необхідність якої випливала з вимог переходу до ринкових відносин, здійснювалася в кризових умовах економіки, за значного недофінансування, що, зрештою, призвело до скорочення забезпеченості населення медичним персоналом та ліжковим фондом, необґрунтованого закриття низки лікувально-профілактичних установ.

Результатом цього стало зниження доступності медичної допомоги населенню, погіршення її якості. Поряд з тим, оплата праці медичних працівників здійснюється без урахування галузевої специфіки та ринкових реалій, не стимулює ефективну та якісну їхню діяльність.

Все це сприяло негативному ставленню населення до становища, яке складається у охороні здоров'я.

При цьому стан здоров'я населення України в останні 10 років характеризується негативними тенденціями: скороченням середньої тривалості життя, високим рівнем показників загальної, дитячої та материнської смертності, зростанням захворюваності на туберкульоз та іншими соціально зумовленими захворюваннями.

У цих умовах назріла необхідність визначення стратегії подальшого розвитку охорони здоров'я на основі вдосконалення наявної системи, пошуку нових підходів і моделей управління галуззю, переходу від витратних методів роботи до раціонального використання коштів, що виділяються державою, підвищення відповідальності, а також рівня оплати праці працівників галузі за результати її діяльності .

Охорона здоров'я, будучи складною соціально-економічною системою та специфічною галуззю народного господарства, визнано забезпечувати реалізацію найважливішого соціального принципу – збереження та покращення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. У зв'язку з переходом економіки України на ринкові методи господарювання необхідна розробка механізму управління охороною здоров'я, орієнтованого функціонування умовах ринку.

Можна виділити такі основні особливості організації охорони здоров'я, які вимагають особливих, порівняно з іншими галузями національного господарства, підходів, знань та навичок, що доповнюють основні та єдині для всіх галузей принципи управління.

Цілі закладів охорони здоров'я суттєво відрізняються від цілей будь-якої іншої галузі. Справа не тільки в тому, що вони складніші, а й у тому, що виміряти результати дуже важко. Адже на відміну, наприклад, від промисловості, можливість застосування кількісних показників обмежена. Є багато показників оцінки продуктивності лікувального закладу, але ніяк не ефективності його роботи, тому і адміністратори, і клініцисти мають бути

стурбовані не лише тим, скільки надано медичні послуги, але в першу чергу тим, який результат.

На відміну від типових бізнес-організацій, в закладах охорони здоров'я керівникам доступна менша міра контролю над діяльністю, принаймні частини своїх працівників, так як і лікарям, і корпусу медичних сестер властива частка автономності.

Відмінною рисою організації охорони здоров'я з кадрової точки зору є висока спеціалізація медичних кадрів і водночас взаємозв'язок різних професійних груп. Це не тільки вимагає колективного виконання завдань, що стоять перед організацією, а й створює додаткові труднощі та стресові ситуації, які керівництву медичних організацій доводиться долати.

У керівників охорони здоров'я всіх рівнів виникли проблеми, викликані необхідністю приймати рішення у зв'язку з укладанням договорів, організацією по-новому роботи персоналу, розподілом управлінських функцій, зміною потреб самих працівників тощо.

Нині відчувається брак професійних кадрів, які мають спеціальні знання з управління. Це стосується керівництва та управління на всіх рівнях, у тому числі і на рівні сестринського ланки.

У менеджменті існують загальні принципи, наукові підходи, характерні управління в будь-якій сфері людської діяльності. Проте управління у медичній сфері має специфічні особливості, зумовлені впливом наступних чинників.

1. Медичні працівники виконують дуже відповідальну місію, зайняті життєво важливими соціально значущими проблемами порятунку життя та збереження здоров'я людей. У умовах важливість правильного управлінського рішення і вартість помилки дуже високі.

2. У процесі роботи лікарі та медичні сестри вступають в активне професійне спілкування один з одним, з хворими та їх родичами, здійснюють взаємодію з фахівцями інших, немедичних секторів системи

охорони здоров'я населення (Держсанепіднагляд, поліція, служба порятунку, транспорт, комунальні служби тощо).

3. Медичний працівник, і особливо керівник, у процесі професійної міжособистісної комунікації повинен врахувати відмінності у вихованні, інтелектуальному та культурному рівні людини, вікові, статеві, етнічні, релігійні особливості особистості, визначити та забезпечити правильний психологічний контакт.

4. Ускладнення та технологізація, інформаційна насиченість охорони здоров'я вимагають від керівників систематичного підвищення як медичної, так і управлінської кваліфікації.

5. Успіхи генетики, трансплантології, загрозливий розвиток вірусних захворювань ставлять перед медичними працівниками безліч нових та складних морально-етичних та соціально-психологічних проблем, що також впливає на вироблення управлінських рішень.

6. Соціальна напруженість у суспільстві, поза сумнівом, проявляється і в колективах лікувально-профілактичних установ. Причиною психологічної психології напруженість, може бути низький рівень оплати праці, що не відповідає ступеню значимості та інтенсивності праці медичних працівників, ризик професійної шкідливості (зараження вірусним гепатитом, ВІЛ-інфікування та ін.), недостатній престиж та низька соціальна захищеність професії медичні сестри, інші економічні, організаційно-управлінські та соціально-психологічні чинники.

«Реформа ще розгортається, тому не всі процеси формування нової медицини в Україні є завершеними. Система охорони здоров’я - величезна система, реформувати її одномоментно неможливо. Необхідно чітко розуміти ролі, хто за що відповідає. Якщо говорити про національний рівень - вони закуповують медичну послугу, і це їхні зобов’язання. Але за матеріально-технічне оснащення лікарні, ремонт у відділеннях, наявність розхідних матеріалів фактично відповідає адміністрація і власник. І якщо ми говоримо

про райони, то власниками є органи місцевого самоврядування, які можуть виділяти кошти для того, щоб їхня лікарня була більш технологічною і мала кращий вигляд, могла надавати більш якісні послуги».

Безпрецедентне випробування у вигляді агресії з боку російської федерації поставило перед медичною галуззю великі вимоги. Адже з лютого 2022 року багато з наших громадян втратили не лише домівки, здоров'я, спокій, роботу, а й рідних, друзів, а дехто і життя. За таких напружених, критичних, екстремальних умов всі сфери суспільства працюють з повною віддачею. Сфера охорони здоров'я, де щодня медичні працівники є прикладом справжнього героїзму на робочому місці, не залишилась осторонь, а навпаки - набула надважливої уваги та поваги від суспільства і держави. Керівникам медичної галузі довелося першочергово приймати складні рішення щодо забезпечення активного функціонування української медичної системи, що дозволило медичним закладам якнайшвидше підлаштовуватися під умови існування під час агресії. «Такими рішеннями стали, наприклад, спрощення маршруту пацієнта та покращення доступності медичної допомоги за рахунок того, що Міністерство охорони здоров'я спростило правила користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т.п.), а також прибрало такі вимоги, як обов'язковість візиту до свого сімейного лікаря чи необхідність електронного направлення при візиті до спеціаліста. Крім цього заклади охорони здоров'я отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки. Зі свого боку, Національна служба здоров'я України внесла зміни в методику виплат за договорами в рамках пакету медичних гарантій – зафіксовано місячні виплати на рівні 1/12 бюджету річного договору на рівні спеціалізованої медичної допомоги та на рівні, що відповідав кількості

укладених декларацій з вибору лікаря станом на 1 березня 2022 року для первинної медичної допомоги».

Беззаперечними, навіть під час воєнного стану, залишаються твердження:

- одним з пріоритетних напрямків державної політики є охорона здоров'я ;
- до об'єктів критичної інфраструктури належать заклади охорони здоров'я.

Непорушними складовими у даний період є:

задоволення медичних потреб населення та забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я.

Ті території, які були чи й досі залишаються тимчасово окупованими (ТОТ) стикнулись з особливими викликами щодо медичного чи фарамацевтичного обслуговування. Відсутність на непідконтрольних територіях державних чи комунальних аптек, тимчасове припинення роботи приватних фармацій призвело до різкого дефіциту ліків. Подібна ситуація відбулася і в тих лікарнях, що свого часу передали на аутсорсинг харчування та інші послуги. «В умовах окупації більшість приватних підприємств та бізнесменів були змушені згорнути свою діяльність, а отже не могли виконувати свої зобов'язання згідно укладених договорів».

Наша держава в жодному разі не залишає своїх громадян, які знаходяться на ТОТ. Ще в перші дні війни урядом внесено зміни до Програми медичних гарантій. Дані програми, відповідно до українського законодавства передбачають, що НСЗУ і надалі буде покривати надання медичної допомоги пацієнтам, що перебувають на ТОТ.

«Зокрема, відповідно до норм Конвенції про захист цивільного населення під час війни, держава-окупант у співробітництві з органами місцевої влади (які були обрані відповідно до українського законодавства) зобов'язана забезпечувати необхідну медичну допомогу населенню. Це

означає, що на окупованих територіях медичні заклади мають працювати та надавати необхідні послуги пацієнтам, а також повинні проводитися профілактичні заходи для запобігання поширенню інфекційних захворювань. Окрім того, повинні працювати аптеки, аби цивільне населення мало безперебійний доступ до необхідних ліків та медичних виробів [13].

Країна-окупант, своєю чергою, зобов'язана забезпечувати подальше задоволення медичних потреб цивільних громадян.

На жаль, змушені констатувати, що країна-агресор, вже не перший тиждень блокує постачання ліків, зокрема й життєво необхідних, з підконтрольних Україні територій на тимчасово окуповані.

Відповідно до вищесказаного, кожному медику дозволено виконувати свої обов'язки задля порятунку життя та здоров'я громадян. Також лікарі можуть використовувати ресурси, які передані окупаційною владою, однак лише відповідно до українського законодавства та в межах, передбачених Конвенцією. Разом із тим медики зобов'язані продовжувати виконувати свої зобов'язання за договорами про медичне обслуговування населення» [50].

На сьогодні фінансування закладів охорони здоров'я відбувається відповідно до договорів з ними. Отже, лікарня отримує кошти виключно за послуги, які надає, згідно з тарифом за них.

"Таким чином, ми більш ефективно і економно використовуємо ті грошові ресурси, які у нас є - адже заклад, який надає більше послуг, інтенсивно працює, той і отримує більше коштів. Можна бачити такі приклади у регіонах, зокрема в районних лікарнях - тих лікарнях, які наближені до пацієнтів. Цей принцип довів свою ефективність під час організації відповіді мережі закладів охорони здоров’я на пандемію COVID-19. Тобто ми можемо достатньо оперативно збільшувати суму договору і спрямовувати більше коштів туди, де заклади охорони здоров’я приймають більше пацієнтів і надають більший обсяг медичної допомоги. Це допомагає нам підтримувати постійне фінансування цього закладу, і ці кошти заклад

може витрачати на забезпечення ліками і на доплати медичному персоналу, який надає медичну допомогу цим пацієнтам".

Треба розуміти, що НСЗУ висуває до лікарень законні вимоги, які б захищали інтереси пацієнтів. Якщо медичний заклад виконує ці вимоги - ця послуга надається безпечно і якісно. Якщо заклад робить хірургічні операції, але немає цілодобового анестезіолога, то перебувати в цьому закладі - дуже великий ризик для пацієнта. Тому що після будь-якої операції можуть бути ускладнення, і лікар, який не чергує, а перебуває вдома, може просто не встигнути врятувати людину. Наразі багато пацієнтів незадоволені тим рівнем медичних послуг, які надають заклади охорони здоров'я.

Саме тому одним з ключових завдань в діяльності органів державної та місцевої влади постає умова збереження та покращення тривалості і якості життя населення країни. Це є першочерговим і головним, адже загальновідомо, що людський капітал і здорова нація є основою функціонування та розвитку будь-якої держави.

2.2. Механізми здійснення контролю та запровадження сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я

Провідна функція контролю в медичній галузі простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, які регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні:

- Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (набрав чинності 01.01.2012 року). Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

- Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне

суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

- наказах МОЗ України від:

- 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249;

- 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201; 6

- 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314;

- 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.);

- 30.11.2012 р. № 981 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за № 171/18909»;

- 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як

статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості;

- 19.09.2011 р. № 597 «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

- 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1003/17019);

- 10.02.2011 р. №80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372.

Рис. 2.2. Структура системи охорони здоров'я України

На рис. 2.2. показана структура СОЗ України. На основі цієї схеми можна чітко і реально побачити будову і підпорядкованість в СОЗУ.

На підставах ринкової ситуації та збалансування потреб громади проводиться формування довгострокової стратегії розвитку закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Керівник ЗОЗ повинен організувати нерушійну взаємодію всіх структурних підрозділів, яка зорієнтована на підвищення ефективності роботи ЗОЗ та якості і конкурентоспроможності медичних послуг, що надаються, забезпечити їх відповідність до світових стандартів надання медичної допомоги (ISO). В обов’язки керівника ЗОЗ також входить вирішування питань щодо інвестиційної, фінансово-економічної та господарської діяльності закладу, його забезпечення висококваліфікованими працівниками, здійснювати контроль всієї діяльністю закладу, а також створення сприятливих і безпечних умов праці, додержання вимог законодавства.

Контроль - це процес зіставлення фактично досягнутих результатів із запланованими, що забезпечує досягнення організацією поставлених цілей; процес, за допомогою якого керівництво визначає, чи правильні його рішення, чи не потребують їх коригування. Контроль тісно пов'язаний з врахуванням та аналізом кількісних та якісних результатів праці.

Завдання контролю - визначити відхилення та сприяти їх усуненню, виявити проблеми та скоригувати їх до того, як вони переростуть у кризу, допомогти у виробленні ефективних управлінських рішень.

Позитивна сторона контролю - у підтримці того, що є успішним у діяльності організації. Отже, контроль необхідний:

- у зв'язку з невизначеністю;
- для підтримки успіху;
- для запобігання виникненню кризових ситуацій.

«Контроль є фундаментальною функцією управління охорони здоров'я.

Основне значення контролю у охороні здоров'я полягає у забезпеченні необхідної якості медичної допомоги – тобто відповідності медичної

допомоги сучасному рівню медичної науки, стандартам медичних технологій, а також потребам населення.

Суб'єктами контролю у охороні здоров'я є відомчі та позавідомчі суб'єкти контролю:

• керівники ЗОЗ та органи управління охороною здоров'я (тобто суб'єкти управління охороною здоров'я);

• громадські об'єднання споживачів;

• страхові організації та органи Фонду соціального захисту населення;

• медичні науково-дослідні установи;

• органи державного пожежного нагляду;

• державної інспекції з ОП та ін».

Процедура контролю включає три етапи:

• вироблення стандартів (показників результативності);

• зіставлення з ними реальних результатів: збирання, обробка та аналіз інформації про фактичні результати діяльності всіх підрозділів; порівняння отриманих даних із запланованими показниками; виявлення відхилень та аналіз їх причин;

• прийняття коригуючих дій (управлінського рішення).

Відповідно до рекомендації Робочої групи щодо забезпечення якості Європейського регіонального бюро ВООЗ (1991 р.) діяльність з контролю та забезпечення якості медичної допомоги повинна здійснюватися з урахуванням його чотирьох істотних компонентів:

1. безпеки медичної допомоги;

2. доступність медичної допомоги;

3. оптимальність медичної допомоги;

4. задоволеність пацієнтів.

Ефективний контроль у охороні здоров'я повинен мати такі характеристики:

• мати стратегічну спрямованість;

• охоплювати всі основні сфери діяльності ЗОЗ, зовнішню ситуацію та внутрішні процеси стаціонару;

• бути простим і економічним, тобто, щоб вигоди, які він приносить, перевищували витрати на його проведення;

• бути гнучким, тобто, система контролю повинна пристосовуватися до змін, що відбуваються в ЗОЗ; враховувати людський чинник, тобто бути доброзичливим, не надмірним, що враховує мотивацію.

Розрізняють такі види (стадії) контролю.

• Попередній контроль пов'язаний із готовністю ЗОЗ до початку роботи. Зазвичай його проводять за трьома напрямками: управлінські рішення, персонал та стан матеріальних та фінансових ресурсів організації.

• Поточний контроль у охороні здоров'я є основним видом контролю та здійснюється в основному за лікувально-діагностичною діяльністю, а також за ефективністю роботи організації.

• Підсумковий контроль є оцінкою виконання ЗОЗ розроблених планів.

У поточному контролі одним з основних напрямків діяльності керівника є внутрішній контроль управління.

Чи достатньо одного внутрішнього контролю, щоб успішно керувати медичною установою та забезпечувати її сталий розвиток? Тут існують дві ключові складові:

• внутрішній контроль та управління;

• внутрішній контроль та сталий розвиток.

Розглянемо кожну їх.

1. Внутрішній контроль та управління

Внутрішній контроль насамперед спрямований на перевірку відповідності встановленим вимогам та усунення невідповідності. Наприклад, типове завдання для внутрішнього контролю – перевірити наявність у місцях застосування стандартних операційних процедур (СОП), знання їх персоналом та фактичне їх дотримання. Знайдені порушення

усувають. Наприклад, розробляють відсутні СОП або проводять додатковий інструктаж співробітників.

Для того, щоб було зрозуміло, чим керування відрізняється від внутрішнього контролю, звернемося до моделі стандарту ISO 9001:2015. Її основний принцип – вся діяльність, як на рівні медичної організації в цілому, так і на рівні окремих процесів та структурних підрозділів, має здійснюватись за циклом PDCA («Plan-Do-Check-Act» або «планування – виконання – перевірка») . Він виконується на основі аналізу зовнішніх та внутрішніх факторів, що впливають на медичну організацію. Наприклад:

• рівень захворюваності;

•економічна ситуація;

• платоспроможність населення;

• соціальні чинники;

• рівень розвитку медичних технологій;

• потреби та очікування пацієнтів, наглядових відомств;

• кадровий потенціал;

• матеріально-технічна база медичної організації та багато іншого.

За ISO 9001:2015 процеси повинні бути організовані та постійно покращуватися на основі аналізу зовнішніх та внутрішніх факторів

Управління спрямоване на організацію та розвиток діяльності:

• Організація діяльності включає розробку правил у вигляді різних регламентуючих документів і внесення до них змін.

• Розвиток діяльності відповідає за поточне та стратегічне планування, а також за реалізацію планів. Наприклад, часто у медичних організаціях складаються річні комплексні плани та перспективні програми розвитку на три та більше років.

Управління такими планами, як і внесення змін у процеси, не належить до завдань внутрішнього контролю. Він спрямований на пошук

невідповідності процесів чинним правилам та їх усунення. Наприклад, це може бути перевірка наявності стратегічних планів, але не їх розробка.

Виходить, що внутрішнього контролю замало успішного управління організацією. Він лише частина управління.

2. Внутрішній контроль та сталий розвиток

За цим критерієм на внутрішній контроль з напрямку «Медична діяльність та надання медичної допомоги» спрямований контроль якості та безпеки медичної діяльності. Навіщо тоді всі інші критерії, якщо вони безпосередньо не належать до медичної діяльності? Є великий ризик, що без них у перспективі медична організація не зможе забезпечувати високий рівень якості та безпеки медичної допомоги. Медична установа має приділяти увагу наступним критеріям:

• стратегічний менеджмент;

• підтримка інституту лідерства на всіх рівнях медичної установи;

• розвитку партнерських відносин з іншими медичними, науковими та іншими установами;

• ефективності управління інженерно-технічною інфраструктурою, фінансами, інформаційними технологіями та багатьом іншим.

На першому плані в даному аспекті виходить питання сталого розвитку. Це не лише зелена економіка та екологія, як може багатьом здатися. Стійкий розвиток – це, перш за все, стан, коли організація здатна бути успішною та підтримувати високий рівень якості та безпеки медичної допомоги тривалий час. Для цього необхідно вміти прораховувати варіанти розвитку подій на багато кроків уперед і готуватися до майбутніх змін наперед. Виходить, що може розвиватися організація, в якої зріла система управління, розвинена за всіма критеріями моделі прогресивної установи.

Наприклад, у ЗОЗ розрізняють такі щаблі внутрішнього контролю якості та ефективності роботи (поточний та частково заключний контроль):

1. Завідувач структурного підрозділу: оцінює якість медичної допомоги всім хворим, які закінчили лікування у підрозділі стаціонару, визначаючи рівень якості. Таким чином, контролюється робота кожного лікаря.

2. Заступник головного лікаря з медичної частини: проводить щоденну експертну оцінку не менше 20% історій хвороби осіб, які закінчили лікування у стаціонарі та 10% - у поліклініці.

Співставлення результатів контролю, отриманих на даному та попередньому етапах контролю, дозволяє оцінити якість контролю першого рівня. Результати другого ступеня контролю оформляються протоколом для щомісячного розгляду на третьому щаблі.

3. Експертна рада ЗОЗ, очолюваний головним лікарем: оцінка діяльності підрозділів провадиться шляхом порівняння з типовими моделями контрольно-ревізійної діяльності. На цьому етапі також визначається оцінка діяльності установи загалом надання інформації на четверту (зовнішню) ступінь контролю.

Збір, обробка та аналіз інформації в організації здійснюється за допомогою системи обліку та звітності, що включає всі показники діяльності організації та спосіб проведення їх аналізу.

Усі системи контролю (обліку, звітності та аналізу) повинні відповідати низці вимог:

• бути ефективними – витрати на контроль повинні

відповідати його успішності, корисності (рівню вкладу у вирішення завдань, що стоять перед ЗОЗ);

• бути об'єктивними – відповідати контрольованому виду діяльності та об'єктивно вимірювати ті показники, які справді важливі;

• етапи, що перевіряються, повинні бути мінімальні, але достатні для того, щоб виявити відхилення на ранній стадії;

• тимчасові інтервали між проведенням контрольних оцінок мають відповідати контрольованому явищу;

• процедура контролю не повинна бути надто складною;

• контроль повинен охоплювати всі сторони діяльності та підтримувати спільні пріоритети ЗОЗ;

• контроль не повинен викликати у працівників негативізму, стресу, страху;

• системи контролю мають відповідати законодавству;

• системи контролю повинні пристосовуватися до змін внутрішнього та зовнішнього середовища ЗОЗ.

Ні планування, ні організація, ні мотивація є ізольованими від контролю. Інформація, отримана у процесі контролю, може і повинна використовуватись на етапах планування, організації та мотивації працівників.

Контроль здійснюється на всіх етапах діяльності та життєвого циклу ЗОЗ і є обов'язком кожного керівника (широта і всеосяжність контролю).

Невід'ємність контролю, будучи позитивним фактором для функціонування ЗОЗ, водночас може викликати негативні наслідки, або поведінка працівників, орієнтована на контроль: схильність працівників до видачі для контролю інформації, яка не відповідає реальному стану справ; основним завданням працівників стає «не вдарити в бруд обличчям» під час контролю, а чи не досягти мети організації.

Для попередження такого негативного наслідку контролю необхідно:

• встановлювати осмислені стандарти, які сприймаються співробітниками;

• налагоджувати двосторонні ефективні комунікації (працівник – керівництво);

• винагороджувати за досягнення стандартів;

• стандарти мають бути чіткими та досяжними;

• контроль не має бути надмірним.

Прийняття коригуючого управлінського рішення був із такою функцією менеджменту, як регулювання - тобто, прийняття рішень з ліквідації відхилень, виявлених на стадії контролю.

Об'єктами контролю є характеристики ЗОЗ як системи:

1. до всіх видів ресурсів: матеріальних, людських (вхід системи);

технологія (процес виробництва або надання медичних послуг);

2. до готового продукту.

Контроль в галузі охороні здоров'я здійснюється за допомогою:

• медичного стандарту;

• експертної оцінки;

• показників діяльності медичного працівника, організації охорони здоров'я, показники здоров'я населення.

Очевидно, що неможливо здійснювати нагляд за діяльністю ЗОЗ одним внутрішнім контролем. Внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності є обов'язковим, але ж і система управління якістю повинна бути в паралельному напрямку. У статуті будь-якої медичної організації є розділ, присвячений органам управління. Якщо є органи управління, то є і система управління. Отже, система управління так само є обов'язковою для всіх медичних організацій, як і система внутрішнього контролю.

Існує ще одна помилка, що система медичного контролю (СМК) – це не зовсім система управління. Але стандарт ISO 9001:2015, що описує систему управління якістю, встановлює вимоги саме до систем управління. Він вимагає, щоб при управлінні медичними організаціями враховувалися всі вимоги щодо якості та безпеки, а також думка пацієнтів. Якщо ми погоджуємося з тим, що без системи управління медична організація працювати не може, але стверджуємо, що СУЯ (система управління якістю) не обов'язкова, то ми допускаємо, що організацією можна керувати без урахування вимог до якості медичної допомоги та думки пацієнтів.

Потрібно враховувати те, що «контроль якості завідувачами відділень / структурних підрозділів має бути найбільш ретельним і охоплювати великий обсяг інформації, що потребує достатньо часу, а також достатньо суб'єктивний характер контролю на рівні лінійних керівників, доцільно впровадити в систему контролю якості його сучасні управлінські форми – аудит клінічної і неклінічної діяльності та самооцінку системи управління якістю.

Клінічний і управлінський аудити тісно пов'язані спільними завданнями з забезпечення якості і мають проводитись власними силами закладу охорони здоров'я шляхом залучення компетентних у сфері аудиту співробітників в межах штатного розкладу. Тому їх можна визначити як компоненти внутрішнього аудиту, який охоплює усі аспекти функціонування закладу охорони здоров'я, що впливають на якість медичної допомоги В сукупності з іншими видами контролю внутрішній аудит можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва, що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості».

В національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як необхідна умова поліпшення якості. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. визначено, що клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. У тісному зв'язку з клінічним аудитом, спрямованим переважно на встановлення правильності ведення пацієнтів, логічно, відповідно до критеріїв якості, проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій (своєчасності, доступності медичної допомоги), раціональності і ефективності використання медичного обладнання, ліків,

кадрових ресурсів; аудит відповідності неклінічної діяльності (акредитаційних стандартів на умови, в яких надається медична допомога); аудит відповідності функціонування системи контролю якості (Рис. 2.2.1.).

Рис. 2.2.1 Компоненти внутрішнього аудиту

Запитувати, чи потрібна система управління медичним організаціям без СМК, те саме, що ставити питання «Чи потрібні лікарні пацієнти?» Поява такого розділу з управління лише наголошує на важливості посилення цього напряму в медичних організаціях. Це говорить про те, що треба застосовувати методики, технології та стандарти розвитку системи управління. Завдання контролю – контролювати відповідність роботи встановленим правилам, а завдання управління – ці правила встановлювати.

Тому не слід плутати вимоги до контролю з вимогами до управління, які містяться в ISO 9001 та інших документах.

Найбільшого успіху можуть досягти організації, які застосовують модель преміювання у своїй регулярній роботі для: самооцінки, покращення системи менеджменту, управління стратегією розвитку. Або щонайменше розвивають свою діяльність за всіма критеріями престижної установи.

У багатьох організаціях впровадження критеріїв якості та безпеки медичної допомоги є достатньо високими. Є й протилежні приклади, коли рівень якості та безпеки залишав бажати кращого, або навіть погіршилося. Чому так відбувається? Причина в рівні організаційної культури медичної організації, що включає культуру ведення документації, спілкування персоналу, підтримки лідерства, ініціативності, прагнення розвитку та багато іншого. Інструменти системного управління, такі як міжнародні стандарти системи менеджменту, допомагають підвищити рівень організаційної культури. Це створює базу для успішного, ефективного впровадження внутрішнього контролю якості та безпеки медичної допомоги.

Досягнення максимального ступеня об’єктивності контролю можливе за умови його проведення на основі розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров’я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам. Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги (Табл. 2). Критерії якості деталізуються для кожного відділення / структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями.

Таблиця 2

Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я

1.	Спрямованість на пацієнта	1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством. 1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності. 1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2.	Результативність	2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні. 2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності. 2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.
3.	Безпека	3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами
4	Доступність	4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів. 4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за табелями оснащення. 4.3. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих

		документів. 4.4. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню.
5	Економічна ефективність	5.1. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів. 5.2. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів. 5.3. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.
6	Своєчасність	6.1. Визначені і дотримуються тривалість очікування: - планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами; - планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами; - планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами; - результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень. 6.2. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах. 6.3. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.

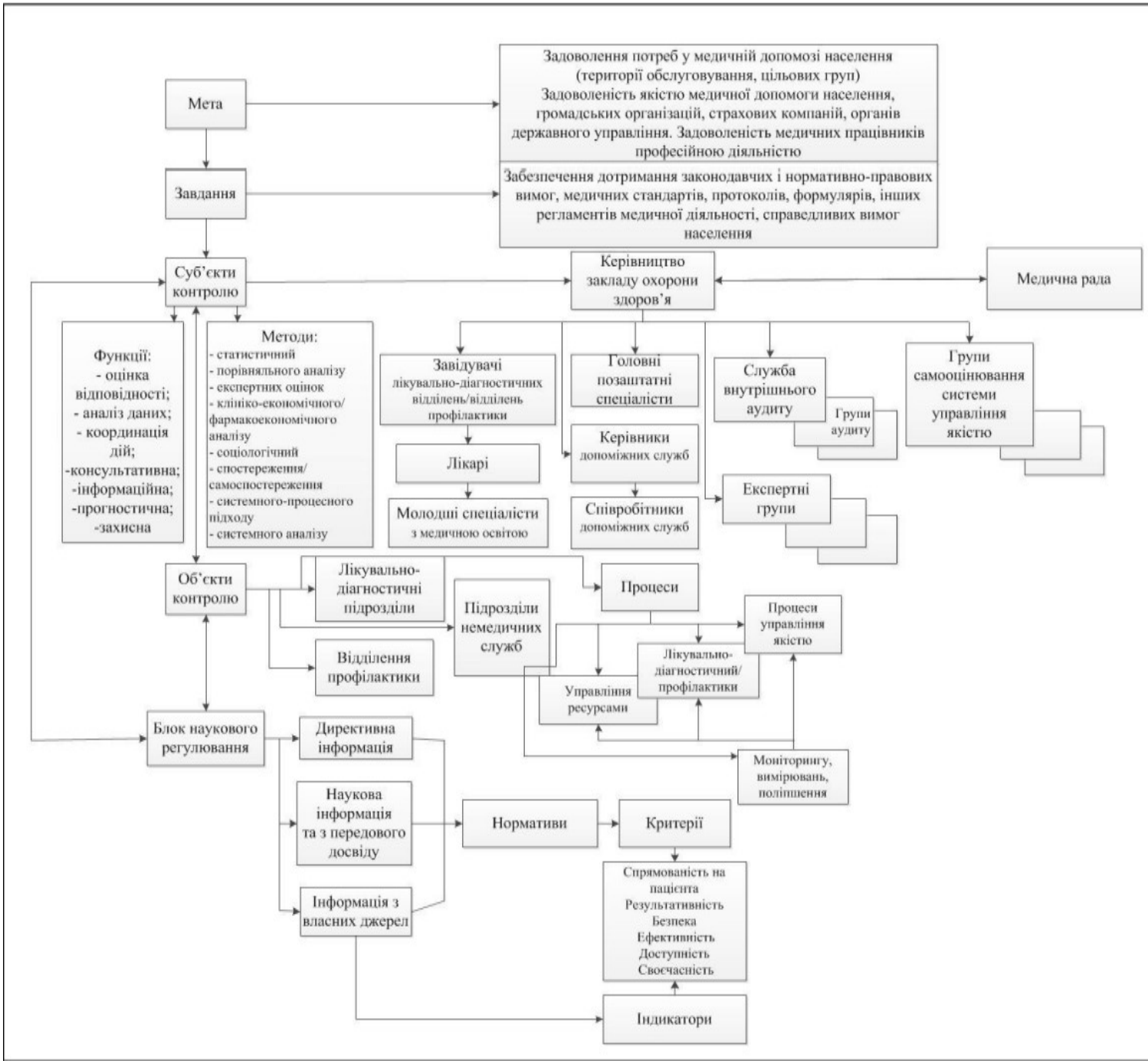


Рис. 2.2.2. Схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я

Згідно з визначеними критеріями формуються компоненти показників якості для закладу органів охорони здоров'я, визначених у стандартах, нормативах, методиках, інструкціях, інших розпорядчих та директивних документах. «Індикатори якості, як інструмент для вимірювання досягнутого

рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314.

Організація проведення контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв».

Висновок до розділу 2 В результаті реалізації реформи національної системи охорони здоров'я:

1) створено конкурентне середовище між медичними організаціями різних видів та форм власності, з впровадженням принципу вільного вибору пацієнтом лікаря та медичної організації;

2) створено оптимальну модель фінансування гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги, яка задовольняє потреби населення, галузі та держави, заснована на змінах тарифної політики та принципах єдиного платника, орієнтована на кінцевий результат;

3) впроваджено сучасні принципи управління суб'єктами охорони здоров'я на основі розвитку електронної інформаційної системи та галузевої статистики;

4) забезпечено права пацієнтів на якісні та безпечні медичні послуги за рахунок впровадження ефективних міжнародних стандартів управління якістю медичних послуг – акредитації, внутрішнього аудиту із залученням незалежних експертів;

5) впроваджено диференційовану оплату праці медичних працівників, орієнтовану на кінцевий результат;

6) підвищиться ефективність використання коштів державного бюджету та населення на охорону здоров'я, засновану, в тому числі на раціоналізації стаціонарної ланки;

7) сформовано прозоре, антикорупційне середовище в галузі надання медичних послуг, при цьому суттєво знизиться рівень неформальних платежів;

8) впроваджено стимули для охорони людиною власного здоров'я та реалізовано принцип солідарної відповідальності громадян за охорону здоров'я.

РОЗДІЛ 3
СТРАТЕГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕТОДОЛОГІЇ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОГО СОЦІАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ БОРОТЬБИ З ПАНДЕМІЄЮ COVID-19)

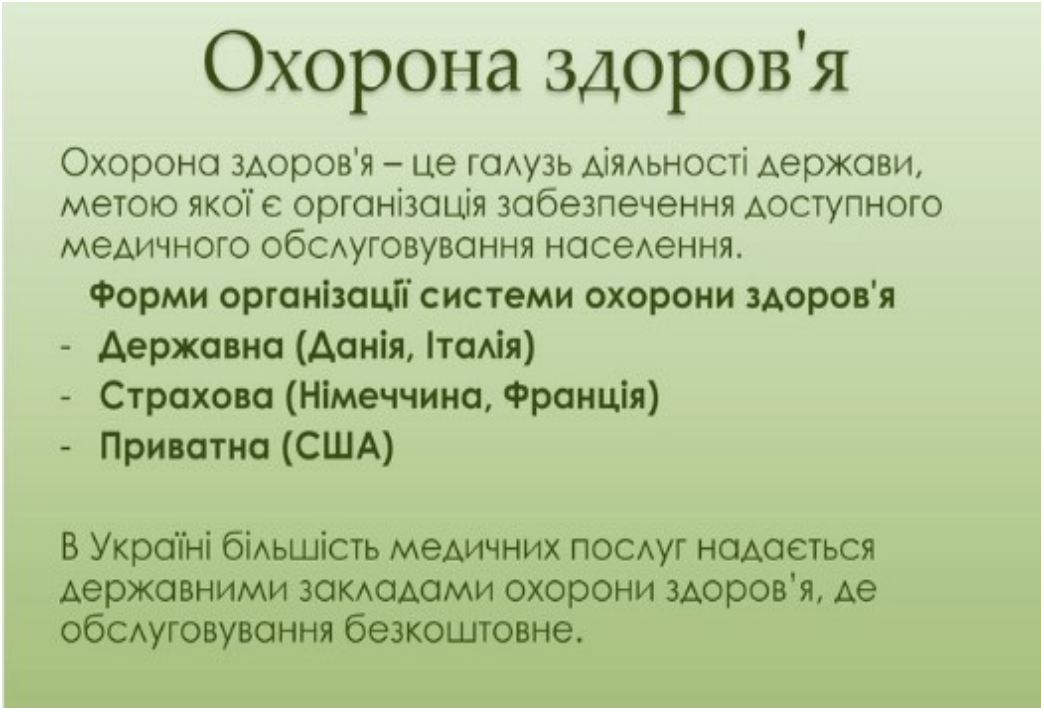
3.1 Міжнародний досвід вирішення проблем в галузі охорони здоров'я та соціального благополуччя, пов'язаних з пандемією COVID-19

Ефект COVID-19 варіюється від країни до країни, але з'являються деякі закономірності [33]. Наприклад, первинна медико-санітарна допомога тривалий час обіцяла, що такі проблеми, як доступ та догляд, можуть бути вирішені в цифровому вигляді, проте на сьогоднішній день масштаби фактичного впровадження цифрових технологій невтішні, і всі наші прагнення до цифрової трансформації довелося стримати. Це може змінитися, і 2020-ті роки можна запам'ятати не тільки як століття COVID-19, а й як століття, коли цифрова трансформація почала досягати повноліття і стала найважливішим трендом [35]. Історія також вчить нас, що вірус важко повернути назад після того, як він був випущений, а проблеми, пов'язані зі скороченням та старінням робочої сили та тиском з боку споживачів, роблять дуже малоймовірним, що період після COVID-19 буде аналогічним періоду до COVID- 19 [9, 21, 31]. Вплив COVID-19 на цифрові рішення у сфері охорони здоров'я було і залишається дуже значним і пришвидшується з тими темпами, з якими COVID-19 поширюється в усьому світі [11, 45].

Цікаво спостерігати за підходом, прийнятим у різних країнах, на Далекому Сході, особливо у Південній Кореї та Сінгапурі щодо впливу

COVID-19 на охорону здоров'я. Дані держави приймають технологічно просунуті цифрові рішення для відстеження контактів, а також широко використовують тестування [3]. Відмінності у Європі також виявилися у підходах між країнами. Наприклад, Німеччина має найвищий рівень тестування та найбільшу кількість вентильованих ліжок (і, що критично важливо, навчену дослідну робочу силу для їх підтримки та розгортання), і в результаті нижчий рівень смертності [5]. Також стає все більш очевидним, що вплив COVID-19 на системи охорони здоров'я виходить за рамки захворювання, що викликається ним, оскільки системи охорони здоров'я повинні якимось чином одночасно справлятися з існуючими рівнями неінфекційних захворювань [37]. Це величезна проблема, оскільки в багатьох випадках системи не можуть впоратися з великою кількістю пацієнтів, які потребують медичної допомоги в результаті COVID-19, навіть якби не було інших викликів, пов'язаних із серцево-судинними, легеневими та метаболічними захворюваннями та онкологією [2]. Постпандемічний прогноз світового ринку охорони здоров'я нещодавно був проаналізований Frost and Sullivan 2020. 2020 рік був важким, але трансформуючим роком для галузі охорони здоров'я. Оскільки світ бореться з глобальною надзвичайною ситуацією, викликаною пандемією COVID-19, галузь охорони здоров'я пристала до падіння темпів зростання з 5,3 до 0,6 відсотка у 2020 р., а доходи стали инижчими за позначку 2 трлн доларів [28]. Хоча область наук про життя, схоже, виживає та процвітає, у певних сценаріях очікується, що найбільше постраждають медичні технології та візуалізація. Призупинення проведення додаткових медичних процедур та відкладена закупівля основного обладнання вплинула на виручку: з 413,9 до 377,1 млрд доларів США на медичні пристрої та з 31,5 до 18,1 млрд доларів США на обладнання для візуалізації та телеохорону здоров'я, а галузі надання медичної допомоги, покращення IT у охороні здоров'я, медична аналітика, цифровізація здоров'я – продовжили розвиватися у 2020 році з темпами зростання 7,9 відсотка,

згідно з Фростом та Салліваном [28]. У той час як короткостроковий попит на тестування COVID та гонка за пошуком вакцини посилюються, уряди перерозподіляють бюджети для фінансування медичних послуг та оцінки можливості створення колективного імунітету, масових вакцинацій та розширення відстеження контактів [16]. IT-компанії, що працюють у галузі охорони здоров'я, такі як Intel, Optum, Microsoft та AWS, роблять великі ставки на платформи штучного інтелекту (II) корпоративного рівня, які передбачають пандемії, прогнозують кількість пацієнтів серед постачальників, підтверджують відшкодування та забезпечують загальний добробут застрахованого населення. за рахунок управління ліками та самообслуговування [1]. На рис.3.1.1. надана інформація про системи медичного обслуговування в різних країнах.



Всесвітній тренд цифровізації, що повністю видозмінює робочі місця представників різних професій [14], активно поширюється на область медичних послуг.

Обсяг світового ринку телемедицини оцінюється в 55,9 млрд доларів США в 2020 році і, як очікується, зростатиме з середньорічним темпом зростання (CAGR) 22,4% з 2021 по 2028 [36]. Рішення в галузі телемедицини

відкривають великі можливості, вони дозволяють покращити клінічне ведення, зменшити кількість варіантів діагнозу та забезпечити ефективне використання допомоги за рахунок підвищення якості та доступу до медичних послуг [22]. Очікується, що раптовий глобальний спалах коронавірусу збільшить використання телемедицини, оскільки ці рішення використовуються особами, ефективно спілкуватися зі своїми пацієнтами під час пандемії та ефективніші вирішення їхніх проблем зі здоров'ям [34]. Завдяки соціальному дистанціюванню, впровадженому в різних країнах по всьому світу, віртуальна допомога стає більш ефективним способом безпечного та кращого спілкування. ВООЗ представила телемедицину як одну з найважливіших послуг у політиці реагування на надзвичайну ситуацію COVID-19 [7, 34]. З появою високошвидкісного Інтернету та передових телекомунікацій телемедицина стала доступною по всім країнам. Цифровізація у цій галузі застосовується як великими державними медичними установами, так і малим бізнесом. Найбільш активне зростання відбувається у тих регіонах, де цифровізація глибоко проникла в галузі наукомісткого бізнесу [46]. Проблемно-орієнтовані інформаційні технології [52], на відміну опорних інформаційних технологій [51], менш адаптовані до таких кризових явищ, як пандемія. Для подібної адаптації потрібен певний час, найчастіше на це витрачаються роки. Очевидно, телемедичні та інші інформаційні технології можуть використовувати методи обробки результатів за технологіями великих даних. Проте проблема методології застосування «великих даних» в епоху пандемії повинна реалізовуватися на державному рівні з підключенням додаткового стратегічного плану [27]. Важливість і провідна роль стратегії неодноразово наголошувалося провідними дослідниками-стратегами[50]. Перспективні стратегії, що мають наукове обґрунтування [54], та діють на рівні держави, регіону, населеного пункту, безумовно враховують можливість виникнення пандемій та готують

свої території до безперебійного забезпечення медичним обслуговуванням. Основною місією таких стратегій є забезпечення якості життя людей [49, 53].

У випадку телемедицини програма дій має бути надзвичайно адресною відповідно до правових критеріїв, згідно з якими кожна країна розвивається відповідно до своїх стратегічних установок. Крім того, всі телемедичні консультації та взаємодія з пацієнтами повинні контролюватись, і всі ці дані мають накопичуватись у базі даних. Ефективність цього слід оцінювати при успішному лікуванні пацієнтів. Протягом перших трьох років ефективність має контролюватись на державному рівні, це може бути реалізовано як окремий проект для визначення ступеня успіху телемедичних консультацій, для подолання проблем чи захворювань пацієнта без погіршення умов його життя. Крім того, у цей період необхідно посилити невідкладну медичну допомогу, щоб уникнути непередбачених обставин. Ця система моніторингу також має бути реалізована на регіональному рівні, а потім потрібна оцінка на рівні держави. Оцінку системи скринінгу можна відстежувати безпосередньо, використовуючи соціальні дані скринінгу у впровадженій системі, як описано у вступі. Постійна оцінка контактів пацієнтів, підозрюваних у COVID-19 та пацієнтів може бути ефективно ідентифікована за допомогою цієї системи. Критерії успіху цієї системи можуть бути визначені шляхом оцінки схильності до COVID-19 в ідентифікованих кластерах COVID-19 за допомогою цієї системи. Крім того, успіх цієї системи можна визначити за зниженням швидкості поширення COVID-19, що призвело до повного усунення COVID-19 у всьому співтоваристві.

Задля сприяння розвитку інноваційної наукової та професійної діяльності фармацевтичних та медичних фахівців, підвищення якості надання медичної допомоги населенню, інтеграції медичного обслуговування України до стандартів Євросоюзу створена громадська організація «Міжнародна асоціація медицини». Завдання громадських організацій полягає в допомозі

залучати в державу не тільки інтелектуальні інвестиції, а й фінансові. Гранди та премії становлять значну частку економічного розвитку галузі медицини.

Головними напрямками діяльності ГО «Міжнародна асоціація медицини» є:

«Сприяння впровадженню в Україні загальновизнаних міжнародних стандартів медичної професії.

- Сприяння зростанню професійного рівня медичних працівників шляхом підвищення кваліфікації і практичної майстерності та удосконалення медичної освіти, розвитку творчого потенціалу та реалізації права кожного медика на інтелектуальну працю та її результати.
- Сприяння вдосконаленню організації основних форм та методів надання медичної допомоги.
- Сприяння проведенню міжнародного та національного аналізу та оцінки методів діагностики і лікування різних видів захворювань, розробці рекомендацій по їх практичному використанню.
- Сприяння адаптації системи медичного обслуговування та охорони здоров'я України у відповідність до вимог Європейського Союзу.
- Проведення відповідно до статутної діяльності Організації освітніх програм, навчальних курсів, семінарів, медичних конференцій, симпозіумів у сфері медичного обслуговування та охорони здоров'я.
- Сприяння співпраці українських лікарів з іноземними колегами».

Діяльність громадської організації зосереджена на впровадження інноваційних підходів у всі напрямки діяльності медицини з застосуванням міжнародного прогресивного досвіду. Адже тільки інтеграція в світове наукове товариство дозволить нашій медицині ефективно розвиватись, залучати інвестиції та досягти визнання міжнародних інституцій не тільки в період спокою, а й саме під час епідемій.

Оцінка ефективності інвестицій повинна проводитись після успішної оцінки галузі охорони здоров'я у період після COVID-19. Державне фінансування необхідно оцінювати з погляду системного впливу. Перед фінансуванням експертна група проекту має індивідуально оцінити потребу у фінансуванні для організацій, якість охорони здоров'я організацій, яких уряд збирається фінансувати, майбутні можливості стабілізації охорони здоров'я у регіоні чи певній території, тощо. Після цих оцінок у разі потреби слід виділити державні кошти. Крім того, і уряд, і медичні організації відповідають за залучення зовнішніх інвесторів шляхом впровадження ефективних стратегічних методів, що впливають на майбутній розвиток ситуації. Оцінка інновацій та перспективних наукових досліджень має точно фінансуватися за рахунок доступу до можливостей, які можуть вплинути на майбутнє. Крім того, процедуру оцінки мають проводити вчені-експерти та провідні компанії світової інноваційної медичної індустрії. Нарешті, деякі критерії успіху можна оцінити в сукупності. Наприклад, може бути оцінена ступінь успіху синергії кожного з чотирьох аспектів, а також може бути внесено коригування у разі потреби.

3.2. Основні проблеми охорони здоров'я та соціального благополуччя, пов'язані з пандемією COVID-19 та механізми їх вирішення

Галузь охорони здоров'я - одна з основних галузей, яка, як правило, страждає від таких пандемічних ситуацій, як COVID-19. Проблеми, пов'язані з пандемією COVID-19, були оцінені в організаційному, виробничому, соціальному та інноваційному аспектах, що дозволило впровадити оптимальні та успішні стратегічні методології. Запропонована стратегічна

реалізація спрямована на мінімізацію організаційних та соціальних постпандемічних наслідків та несприятливого впливу на галузь охорони здоров'я. Таким чином, спільну стратегічну методологію запропоновано у чотирьох різних концептуальних аспектах:

впровадження централізовано керованої системи телемедицини;

ефективний соціальний скринінг, що веде до виявлення та ізоляції соціальних кластерів, що перебувають у небезпеці;

фінансування охорони здоров'я, що веде до підвищення продуктивності охорони здоров'я;

потенціалу інноваційної галузі, що веде до розробки ефективних та успішних рішень для подолання певних непередбачуваних пандемічних ситуацій.

Пропоновані шляхи аналізу та вирішення проблем, що склалися, відповідають пріоритетам науково-технологічного розвитку: новим медичним технологіям, розвитку наук про здоров'я, інформаційним цифровим технологіям [47].

Основна мета підтримки держави в епідеміологічні часи – запровадити сучасну методологію для ефективного соціального скринінгу, популяризації громадської охорони здоров'я, ефективного впровадження телемедицини та підтримки ефективної участі працівників галузі охорони здоров'я у період спаду COVID-19 та після COVID-19. Для вирішення організаційних проблем необхідно постійно оцінювати ефективну підтримку когнітивних поведінкових моделей співробітників (як описано у попередньому документі). Крім того, фінансове накачування є обов'язковим для галузі охорони здоров'я при зниженні COVID-19 та на початковому етапі після COVID-19. Психологічні та неінфекційні захворювання повинні переважно співпрацювати із системою телемедицини до повного усунення COVID-19. Промислові проблеми в основному ґрунтуються на скороченні ресурсів, і цей підхід повинен розглядатися клінічними та науковими промисловими

експертами. Наприклад, зниження кількості діагностичних моделей in vitro можна замінити генетично або науково модифікованими новими системами клінічних моделей, такими як методи, що вже розробляються, та забезпечують надзвичайно ефективні умови in vitro. Таким чином, спільна методологія буде ефективною у запобіганні негативним результатам у період скорочення COVID-19 та тривалості після COVID-19. Телемедицина має бути спрямована на підвищення безпеки працівників за рахунок скорочення прямих контактів. Крім того, впровадження системи соціального скринінгу повинно мати важливе значення для виявлення людей, з якими безпосередньо чи опосередковано контактували, що призведе до карантину, коли пандемія знижується. Пандемії можуть вплинути на світ у різних аспектах. Головна трагедія у цьому, що вона може вирішити долю існування [30]. Наслідки пандемії можна розділити на три основні етапи: передінвазійна фаза, фаза пандемії та фаза після пандемії. Фаза пандемії далі розділена на шість фаз відповідно до класифікації ВООЗ [44]. Перші е випадки захворювання людей новим COVID-19, який згодом отримав назву SARS-CoV-2, були зареєстровані у місті Ухань, Китай, у грудні 2019 року [39]. З того часу передача COVID-19 від людини в усьому світі досягла неконтрольованого стану, оскільки швидкість його передачі висока та миттєва мінливість для створення різних вірусних штамів [17, 42, 43]. Враховуючи поточні показники одужання, досі немає належним чином перевірених ліків. Крім того, у різних країнах було розроблено препарати для профілактики COVID, що призвело до формування імунітету проти COVID-19 [25]. Проте, різкого зниження кількості зареєстрованих випадків COVID-19 у відповідних регіонах немає. Крім того, деякі країни з низьким соціально-економічним становищем стикаються із фінансовими проблемами, пов'язаними з доступністю вакцин. Є лише певні профілактичні заходи, рекомендовані ВООЗ та різними органами управління охороною здоров'я [38, 40, 41]. 1.1 Вплив історичних підходів

Спалах великомасштабних епідемій часто найкраще відображає багато проблем або недоліків системи охорони здоров'я [26]. Вісімнадцять років тому спалах атипової пневмонії прискорив переосмислення Китаєм проблем у власній системі охорони здоров'я. До спалаху атипової пневмонії система охорони здоров'я Китаю в основному складалася з селищ, округів і районів, провінційних станцій профілактики епідемій (EPS). EPS відповідає за імунізацію та керує місцевою роботою зі зміцнення здоров'я. Дані моніторингу, зібрані на цих станціях профілактики епідемії, часто передаються лише EPS місцевого рівня та не передаються до EPS вищого рівня [20]. Внаслідок цього відділ охорони здоров'я не може отримати важливу медичну інформацію. Щоб змінити цю децентралізовану медичну систему, Китай у 2002 р. ініціював звіт про створення Центру контролю та профілактики захворювань (CDC) [20]. Епідемія атипової пневмонії вибухнула незабаром після прийняття цього рішення, тому в період атипової пневмонії більша частина інфраструктури національної системи комплексного епіднагляду за громадським здоров'ям і заходів у відповідь не була повністю створена. У зв'язку з цим підготовка до подальших епідемічних ситуацій дещо сповільнилася через тимчасове закриття лікарні. Так само тимчасові рішення історичного контролю пандемії знизили потенціал прогнозування майбутніх великих епідемічних ситуацій та ситуаційного прогнозування [10].

Пандемія коронавірусної інфекції, викликана коронавірусом SARS-CoV-2, також вплинула на ціннісні орієнтації, що склалися [55]. Пандемія пов'язана для нормальної людини з атмосферою невпевненості та страху [59].

На основі прогнозу та ситуаційного аналізу відповідно до поточного статусу пандемії необхідно розглянути основні проблеми охорони здоров'я та соціального благополуччя, пов'язані з пандемією COVID-19. Очевидні зміни відбудуться в галузі соціального обслуговування населення [58], зазнають

змін традиційні соціальні зв'язки [56]. Подібні процеси, мабуть, стануть незворотними.

У період спаду COVID-19 та після COVID-19 за прогнозами буде надзвичайно важливим часом для фінансового стану галузей охорони здоров'я. Постачальники медичних послуг будуть виснажені після того, як вони вклали величезні додаткові інвестиції через несподіване поширення COVID-19. Через це медичні працівники будуть у небезпеці в період після COVID-19. І тут можливі скорочення зарплати співробітників, звільнення співробітників, зміна вартості договору тощо. У цьому випадку необхідно термінове вливання додаткових коштів для подальшого управління цими галузями в регіональному масштабі. Оскільки галузь охорони здоров'я є найважливішою галуззю у світі, регіональне державне управління та органи місцевого самоврядування мають надавати додаткові бюджети на підтримку відновлення постачальників медичних послуг. У цьому випадку постачальники медичних послуг зможуть виконувати роботи з підвищення якості, компетентності та впровадження успішних методів телемедицини та особистої медицини ефективним та зручним чином.

Поряд із технологіями традиційних онлайнових досліджень [57], яких явно недостатньо в період пандемії, скринінг соціальної мобільності спільнотою стає надзвичайно важливим для виявлення кластерів, інфікованих COVID-19. Дані технології дозволяють виключити поширення коронавірусу [8, 20]. Система має бути створена на регіональному рівні, і тоді спільні результати можуть описати ефективний кластерний скринінг щодо COVID-19. Слід запровадити електронну систему виявлення захворювання із використанням національного ідентифікаційного коду людей. Крім того, програмне забезпечення для ідентифікації системи може бути розміщене у кожному громадському місці, включаючи магазини, парки, метро, систему громадського транспорту тощо. У цьому випадку зручніше ідентифікувати кластери суспільства, індивідуальну мобільність, що веде до

виявлення та безпосередніх дій для ліквідації поширення COVID-19 у співтоваристві шляхом індивідуальної ізоляції [29].

Крім того, актуальні дослідження демонструють різноспрямовані прогнозовані проблемні ситуації, що показані на рис. 3.2.1 [4, 6, 13, 24].

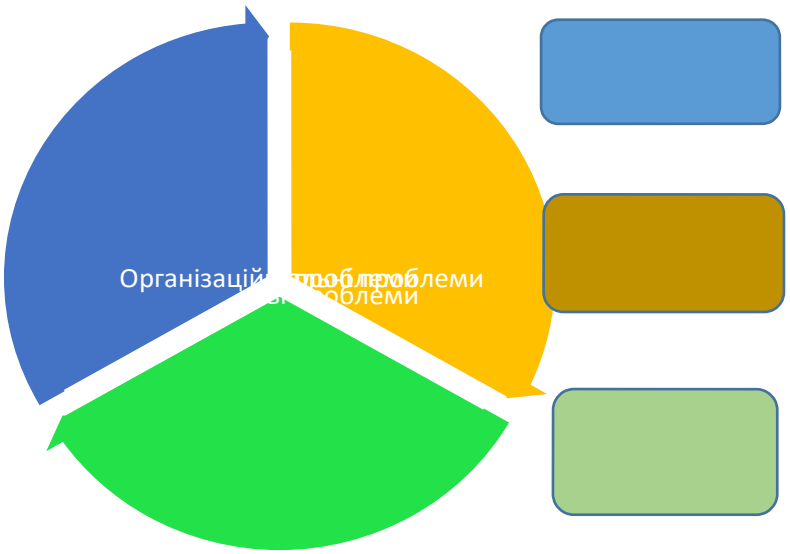


Рисунок 3.2.1. Проблемний аспект, що прогнозовано та різноспрямовано виникає після COVID-19

Інвестиції в наукові інновації повинні бути значно збільшені в періоди спаду COVID-19 і після COVID-19. Крім того, важливим фактором у промислових клінічних випробуваннях буде недостатня кількість клінічних моделей, щоб переконати їх у проведенні клінічних випробувань через збільшення кількості клінічних моделей, які використовуються під час клінічних випробувань COVID-19. У цьому випадку для клінічних випробувань і тестів на токсичність слід використовувати найсучаснішу і нову технології, які можуть діяти так само, як людські системи, що призводить до створення достатніх клінічних моделей подальших методів експериментів. Держави, уряди та особливо провідні прибуткові

постачальники медичних товарів несуть надзвичайно важливу відповідальність за інвестування в новітні технології.

Такий експеримент може бути спрямований на реалізацію спільної стратегічної моделі, що поєднує ефективну систему телемедицини, фінансування охорони здоров'я, ефективний соціальний скринінг, а також виявлення та інвестування надзвичайно важливих інноваційних аспектів. Крім того, основний зміст та основна ідея дослідження спрямовані на здійснення крайньої нормалізації суспільства після пандемії COVID-19, а також на покращення та підтримання ефективності галузі охорони здоров'я.

Висновок до розділу 3

За останні десятиліття глобальний науково-технічний та інноваційний ландшафт зазнав істотних змін. Країни із середнім рівнем доходу, особливо в Азії, роблять все більш вагомий внесок у глобальні зусилля у сфері науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт (НДДКР); зростає також їх частка в загальній кількості міжнародних патентів у рамках міжнародної патентної системи ВОІВ;

Більшість провідних науково-технічних кластерів розташовані у США, Китаї та Німеччині; у першій сотні рейтингу цих кластерів також фігурують Бразилія, Індія, Іран та Туреччина. Перші п'ять рядків у цьому рейтингу займають такі кластери: Токіо – Йокогама (Японія); Шеньчжень - Гонконг, Китай (Китай); Сеул (Республіка Корея); Пекін, Китай); Сан-Хосе - Сан-Франциско (США).

Державні витрати на цілі НДДКР, особливо в деяких країнах з високим рівнем доходу, зростають вкрай повільно або не зростають взагалі. З урахуванням тієї важливої ролі, яку покликаний грати державний сектор у фінансуванні фундаментальних та новаторських НДДКР, які є ключовими чинниками майбутніх інновацій, цей факт викликає занепокоєння.

Посилення протекціонізму загрожує потенційними ризиками. За відсутності заходів, спрямованих на його стримування, протекціонізм

спричинить уповільнення зростання результативності інновацій, а також їх поширення у глобальному масштабі;

Передумови та результати інноваційних процесів, як і раніше, зосереджуються у вкрай обмеженій за своїм складом групі країн. В наявності істотні відмінності і в тому, що стосується здатності країн отримувати ефективну віддачу від своїх інвестицій в інновації. Деяким країнам вдається досягати більш вражаючих результатів, витрачаючи менше зусиль.

ВИСНОВКИ

До необхідності поглиблення та втілення інновацій в медичну сферу привело та зробило можливим застосування стандартизація якості в медичній галузі. Це, в свою чергу, дозволило керувати не тільки ресурсами і процесом надання медичної послуги, але й розширило функції медичної установи і стало результатом втілення медичних знань і технологій. Тому зараз ефективний медичний заклад чи установа стають одними з ключових механізмів ефективної системи надання сучасних медичних послуг.

Відповідно до різних досліджень та аналітичних результатів, переважно передбачається, що відновлення соціальної мобільності та життєдіяльності після пандемій може бути надзвичайно ускладнене. Адже після всілякого роду пандемій існують проблеми нормалізації соціальної активності та економічні наслідки для всієї спільноти. Моніторинг соціальної мобільності – один із важливих підходів, що ведуть до виявлення кластерів та повному виключенню COVID-19 із суспільства на етапі спаду. Фінансування охорони здоров'я після пандемій також матиме надзвичайно важливе значення для підтримки якісних та кількісних показників систем охорони здоров'я на регіональному рівні. Виявлення інноваційних промислових проблем є надзвичайно важливим, наприклад, таких як недостатність клінічних моделей для клінічних випробувань. Деякі аспекти інновацій, повинні отримувати подальше фінансування та розвиток, щоб досягти найкращих результатів та точно задовольнити потреби галузі. Крім того, майбутня технологія телемедицини має бути впроваджена для медичних працівників, а також пацієнтів. У цьому випадку слід ефективно контролювати загальний ефект телемедицини протягом тривалого періоду до заключного етапу повернення до нормального життя. Таким чином, передбачається, що спільна реалізація основних стратегічних підходів щодо

впровадження інновацій дасть ефект, який може забезпечити успішні результати, що ведуть до нормалізації суспільства після пандемій.

Таким чином, використання і запровадження інформаційних технологій прискорить в системі контролю якості медичної допомоги обмін інформацією і комунікацій, за рахунок достатнього обсягу інформації знизить невизначеність і ризики, які, при прийнятті управлінських рішень, як правило, обумовлюються її дефіцитом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Атаманова Ю.Є. Інноваційне право України: проблеми теорії та систематизації: Монографія. — Харків: Видавець СПД ФО Вапнярчук Н.М., 2005, 128 с.

2. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я / Л. Бернс [Електронний ресурс]. http://www.management.com.ua /interview/int021.html.

3. Вінник О.М. Господарське право: Курс лекцій. — К.: Атіка, 2004, 624 с.

4. Господарський кодекс України: Закон України від 08.12.2016 № 436-15. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/ laws/show/436-15

5. Данько В. В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах // Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. – 30 (69). – № 2. – С.102-110.

6. Довгопол Михайло Медичні підприємства та розвиток людського капіталу https://health-manifest.online/essays/medical-enterprises/

7. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні / Л.І. Жаліло, М.І. Мартинюк [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.academy.gov.ua/ej/ ej14/ txts/Zhalilo.pdf.

8. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС // Електронний ресурс – [Режим доступу]: https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis.

9. Задихайло Д.В. Інвестиційне право України: Сбірник нормативно-правових актів з коментарями. — Харків: Еспада, 2002, 752 с.

10. Карамишев Д.В. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проектів у системі охорони здоров’я / Д.В. Карамишев, А.С. Немченко // Економіка та держава. – 2006. – №2. – С. 86-88

11. Карамишев Д.В., Немченко А.С. Реалізація та оцінка ефективності інноваційних проектів у системі охорони здоров’я // Економіка та держава, №2/2006, с. 86–88.

12. Коваленко Є. О. Методологія оцінювання ефективності державного управління якістю життя населення : моногр. // Право та державне управління, 1(22). – 2019.

13. Конвенція про захист цивільного населення під час війни https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text

14. Конституція України: Прийнята на п’ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. –К.: Преса України, 1997. – 80 с.

15Корнійчук О. Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я / О. Корнійчук // Вільне слово. — 2017 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://vilneslovo.com

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

17. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах // Причорноморські економічні студії. – 2016. – №6. – С.75-79.

18. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - NHS QIS, 2005. - ISBN 1-84404-340-1.

19. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України», зареєстрована в

Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_2met.doc.– Назва з екрану.

20. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрована в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_3ki.doc – Назва з екрану.

21. Мосійчук І.В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку // Сталий розвиток економіки. – 2016. – № 1 (30). – С. 44-48.

22. Наказ МОЗ України від 23. 03.2020 № 698 " Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19»

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

24. Олійник Д. Сучасні методи оцінки ефективності діяльності органів державного управління // Ефективність державного управління. – 2013. – №34. – С.275-283.

25. Офіційний сайт Державної служби статистики України: Наука, технології та інновації // База даних Державної служби статистики України. URL: http:// ukrstat.gov.ua.

26. Офіційний сайт Міністерства освіти і науки України / МОН України. Державні цільові програми. URL: http://old.mon.gov.ua/ua/activity/63/64/ derzhavnitsilovi-programi/

27. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров’я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний ресурс].

29. Панфілов А.В. Впровадження управлінської інновації: роль лідера та мотивація персоналу // Теорія і практика суспільного розвитку [Электронний ресурс]. – 2012. – № I. – Режим доступу: http://\v\ v,w.teoriapractica.ru/-l-2012/sociology/panfilov.pdf .

30. Перелік державних цільових програм, розроблених МОЗ, та їх керівників. URL: http://www.moz.gov.- ua/ua/portal/dli_cprogs06.html

31. Пономаренко М.С., Загорій В.А., Огородник В.В., Сятиня М.Л., Бабський А.А., Пономаренко Т.М. Основні питання стратегії розвитку фармацевтичного виробництва //Фармацевтичний журнал. — №1, — 2002, с. 4–7

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 моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги, Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal – Назва з екрану.

34. 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.

35. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги. / Закон України

від 7 липня 2011 року N 3611-VI. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: /http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17. – Назва з екрану.

36. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html. – Назва з екрану.

37. Реформа системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : https:// www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitaly

38. Разробка стратегії охорони здоров'я в цілях збереження людського капіталу / Бабенко О.І., Бравве О.І., Томчук О.Л., Бабенко О.А. // Проблеми соціальної гігієни, охорони здоров'я та іисторії медицини. – 2012. – № 4. – С. 10-12.

39. Савченко О.Р. Системно Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України // Економіка і право охорони здоров'я. – 2

40. Спасібо-Фатєєва І. Правовий аспект інновацій в українських реаліях // Вісник Академії правових наук України. №4 (43). — Харків, 2005, с. 15–23.

41. 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 – Режимдоступу: www.likar-praktik.kiev.ua

42. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку // Ефективна економіка. – 2020. – № 5. doi: 10.32702/2307-2105-2020.5.88.

43. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.

44. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи // Вісник

Тернопільського національного економічного університету. – 2018. – №4. – С.168-180.

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

46. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2018. – № 2. – С.116-120.

47. https://www.wipo.int/global_innovation_index/ru/2019/

48. https://www.wipo.int/pressroom/ru/articles/2019/article_0008.html

49. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D0%BD %D1%87% D1%83%D1%80%D0%BD%D0%

50. https://moz.gov.ua/article/news/medichna-dopomoga-v-okupacii-jak-pracjue-sistema-ohoroni-zdorovja-na-timchasovo-nepidkontrolnih-teritorijah

51. https://www.apteka.ua/article/3647

52. http://zakon3.rada.gov.ua/laws/ show/2801-12