

Сазонець І.Л., Зима І.Я.

**СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ
В ТРАНСФОРМАЦІЇ
ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ
ЗДОРОВ'Я**

Монографія

*Видавництво
"Волинські обереги"*



2018

Рекомендовано до друку Вченою радою Національного університету водного господарства та природокористування (протокол №7 від 18.12.2018 р.)

Рецензенти:

д-р держ. упр., проф. Алейнікова О.В., директор Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України (м. Київ);

д-р держ. упр., проф. Маматова Т.В., завідувача кафедрою менеджменту та управління проектами Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України (м. Дніпро);

д-р філос. н., проф. Залужна А.Є., професор кафедри філософії Національного університету водного господарства та природокористування (м. Рівне).

Сазонець І.Л., Зима І.Я.

С 148 Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я : монографія / І.Л. Сазонець, І.Я. Зима. – Рівне : Волин. обереги, 2018. – 168 с.

ISBN 978-966-416-615-4

У монографії проаналізовано вплив процесів інституалізації на розвиток соціальних процесів, визначено напрями діяльності основних соціальних інститутів, що забезпечують трансформацію державної системи управління охороною здоров'я, зокрема, визначено проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я, проаналізовано світові соціальні та медичні інституції, представництва яких зареєстровані в Україні.

Проведено оцінку рівня соціальності трансформації державної системи управління охороною здоров'я на основі опитування експертів, аналізу реформ в регіональному аспекті, аналізу державного регулювання санаторно-курортної діяльності.

Для фахівців з державного управління, працівників сфери охорони здоров'я, студентів магістерського рівня, які навчаються за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», науковців, аспірантів.

УДК 364-3:061.1]:351.773

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ІНСТИТУЦІЙНА СИСТЕМА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Інституційна концепція «економічного імперіалізму» в еволюції суспільно-наукових підходів дослідження соціальних процесів	9
1.2. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я	20
1.3. Формування сучасних підходів щодо діяльності корпорацій як соціальних інститутів	36
<i>Висновки до першого розділу</i>	51
<i>Список використаних джерел до першого розділу</i>	53
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	56
2.1. Проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів	56
2.2. Соціальні та медичні інституції в трансформації державної системи охорони здоров'я	70
2.3. Визначення проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні	85
<i>Висновки до другого розділу</i>	97
<i>Список використаних джерел до другого розділу</i>	100
РОЗДІЛ 3. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	102
3.1. Визначення рівня соціальності управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів	102
3.2. Соціалізація системи охорони здоров'я Рівненської області на основі впровадження проекту Світового банку	114
3.3. Основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств	126
<i>Висновки до третього розділу</i>	142
<i>Список використаних джерел до третього розділу</i>	144
ВИСНОВКИ	146
ДОДАТКИ	151

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

НАФТА – північноамериканська угода про вільну торгівлю (англ. North American Free Trade Agreement, NAFTA);

ЕКОВАС – економічне співтовариство країн Західної Африки (англ. The Economic Community of West African States (ECOWAS) – регіональний союз країн Західної Африки;

МЕРКОСУР (MERCOSUR) – спільний ринок країн Південної Америки;

АСЕАН – асоціація країн Південно-Східної Азії (англ. Association of South-east Asian Nations) – політична, економічна і культурна регіональна міждержавна організація країн, розташованих в Південно-Східній Азії;

WTO – всесвітня торгова організація (англ. World Trade Organization);

ОЕСР – організація економічної співпраці та розвитку;

ЦСЕ – країни Центральної та Східної Європи;

САС – Східноафриканське співтовариство;

ЦАСР – центральноамериканський спільний ринок (англ. Central American Common Market);

АТ – андське товариство (ісп. Comunidad andina, CAN, чи англ. Andean Common Market, ANCOM);

КТ – карибське товариство (англ. Caribbean Community (CARICOM);

ЕКОЦАС – торгово-економічний союз країн Центральної Африки (фр. Communauté économique des États de l’Afrique centrale, англ. Economic Community of Central African States);

ПТС – південно-африканський союз (англ. Southern African Customs Union (SACU);

МСАК – митний союз арабських країн;

КОМЕСА – економічний союз країн Східної та Південної Африки (англ. Community of East and South Africa (COMESA);

САС – східноафриканський союз (англ. The East African Community (EAC);

РСАДПЗ – Рада співробітництва арабських держав Перської затоки (англ. Cooperation Council for the Arab States of the Gulf);

СААРК – Південно-Азіатська асоціація регіонального співпраці (англ. South Asian Association for Regional Cooperation – SAARC);

ЄврАзЕС – Євразійський економічний союз;

ІС – Індонезійський Ісламський союз;

КСВ – корпоративна соціальна відповідальність;

Global Compact – організація ООН, що координує заходи найбільших корпорацій світу в сфері корпоративної соціальної відповідальності (КСВ);

ТНК – транснаціональні корпорації;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

ЮНЕСКО – (англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) – міжнародна організація, спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй, яка при співпраці своїх держав-членів у галузі освіти, науки, культури сприяє ліквідації неписьменності, підготовці національних кадрів, розвитку національної культури, охороні пам'яток культури тощо;

PAX World – перший інвестиційний фонд, який у 1971 році відмовився від інвестиції в акції корпорацій, які отримували дохід від війни у В'єтнамі;

СКМ – провідна фінансово-промислова група України. Консолідований дохід групи 2016 року склав \$11,385 мільярдів. Активно проводить заходи корпоративної соціальної відповідальності;

МКЧХ – Міжнародний Комітет Червоного Хреста є неупередженою, нейтральною та незалежною організацією, цілі й завдання якої мають виключно гуманітарний характер і полягають в тому, щоб захищати життя й гідність людей, які постраждали через збройні конфлікти та інші ситуації насильства, і надавати їм допомогу. Поширюючи та укріплюючи гуманітарне право й універсальні гуманітарні принципи, МКЧХ докладає усіх зусиль, щоб запобігти стражданню людей. МКЧХ, заснований у 1863 р., стоїть біля витоків Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. МКЧХ надано повноваження здійснювати свою діяльність в країнах, що постраждали від збройних конфліктів та інших ситуацій насильства. МКЧХ присутній у більш ніж 80 країнах, де працює майже 13000 співробітників. Більш ніж 300 співробітників працюють в офісах у Києві, Слов'янську, Севе­родонецьку, Маріуполі, Донецьку, Луганську та Одесі;

МОМ – Міжнародна організація з міграції;

USRAP – програма США із прийняття біженців;

УВКБ – Представництво Управління Верховного Комісара у справах біженців в Україні, Білорусі, Молдові;

ЮНІСЕФ – дитячий фонд ООН.

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я є такою ж інтегрованою в світові процеси глобалізації, як і такі сфери людської економічної і соціальної діяльності, як культура, фінанси, трудові ресурси, IT-технології тощо. Участь системи охорони здоров'я в світових процесах зумовлена тим фактом, що глобальні чинники, які впливають на національні системи медичного забезпечення, неможливо обмежити протекціоністськими заходами, фізичними бар'єрами та санкціями. На процеси інтернаціоналізації охорони здоров'я впливають такі чинники, що є притаманними для інших сфер діяльності. До них ми можемо віднести наступні: міжнародна міграція у різних її різновидах, посилення процесів туризму та іноземного відпочинку, міжнародна торгівля, транснаціоналізація та інтернаціоналізація економіки, збільшення потоків транспортних вантажних та пасажирських перевезень. Крім цих чинників, необхідно виділити специфічні, що інтенсифікують найбільшою мірою процеси об'єднання національних систем охорони здоров'я. До таких чинників необхідно віднести постійне проведення військових операцій, локальних збройних конфліктів, надзвичайні ситуації в різних куточках земної кулі, що зумовлені глобальним потеплінням та змінами в кліматі окремих регіонів, стрімке поширення інфекційних захворювань з місця виникнення вірусу до різних куточків планети завдяки транспорту, комунікаціям, міграції, мутації вірусів у зв'язку з їх перенесенням до значної кількості носіїв, розповсюдження пандемій, яке має широку соціальну та економічну основу та ін.

Протистояти глобальним викликам та загрозам здоров'ю окремі національні системи управління охороною здоров'я не в змозі. Для такого протистояння держави не мають достатньої кількості матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних кадрів, науково-технологічної бази для проведення фармакологічних досліджень, розробки та виготовлення сучасної медичної апаратури, розробки передових технологій лікування.

Країни, що розуміють важливість глобальних викликів охороні здоров'я, намагаються адаптувати свої системи державного управління до сучасних світових та європейських стандартів.

Система державного управління охороною здоров'я України на теперішній час знаходиться на етапі активної модернізації під впливом міжнародних інституцій медичної сфери і заходів економічного та соціального спрямування. Не дивлячись на провідну роль державної системи управління охороною здоров'я, активну діяльність МОЗ України, все більше питань в країні вирішуються міжнародними організаціями сфери охорони здоров'я. Міжнародні інституції надають гранти на модернізацію системи охорони здоров'я.

Не зважаючи на різноманіття варіантів фінансування медичного забезпечення, яке існує сьогодні в світі і буде існувати повною мірою після проведення медичної реформи, однією з головних характеристик системи охорони здоров'я повинна лишитися її соціальна спрямованість. Саме тому співпраця офіційних органів державного управління охороною здоров'я з міжнародними соціальними інституціями є важливим практичним та науково-методичним завданням. В монографії подано спробу відобразити кращі практики такої співпраці та теоретично обґрунтувати окремі – найважливіші за думкою авторів – аспекти інституційно-правового забезпечення соціальності системи охорони здоров'я.

В підготовці монографії взяли участь науковці Національного університету водного господарства та природокористування – д.е.н., проф., завідувач кафедри державного управління, документознавства та інформаційної діяльності Сазонець І.Л. (вступ, висновки, п.1.1, п.1.3, п.3.3) та к.м.н., головний лікар КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Зима І.Я. (п.1.2, розділ 2, п.3.1, п.3.2).

Особливу подяку за допомогу у виданні монографії автори висловлюють ректору Національного університету водного господарства та природокористування професору Мошинському Віктору Степановичу – за створення необхідних умов для творчої та наукової діяльності, шановним рецензентам – за глибокий аналіз монографії та цінні методичні поради – д-ру держ. упр., професору Алейніковій Олені Володимирівні, директору Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України (м. Київ), д-ру держ. упр., професору Маматовій Тетяні Валеріївні, завідувачій кафедрою менеджменту та управління проектами Дніпропетровського регіонального інституту

державного управління Національній академії державного управління при Президентові України, д-ру філос. н., професору Залужній А.Є., професору кафедри філософії Національного університету водного господарства та природокористування.

Сподіваємось, що монографія буде цікавою для науковців, фахівців з державного управління, організації медицини, аспірантів, студентів магістерського рівня, які навчаються за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування».

РОЗДІЛ 1.

ІНСТИТУЦІЙНА СИСТЕМА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Інституційна концепція «економічного імперіалізму» в еволюції суспільно-наукових підходів дослідження соціальних процесів

Розвиток суспільства в різні періоди його становлення завжди аналізувався вченими різних галузей знань. Сучасні тенденції економічного зростання цивілізації, що в передових країнах трактується як постіндустріальна або інформаційна, також аналізується з точки зору виокремлення головних тенденцій її розвитку. Практично всі наукові школи сучасності визначають головними матеріальними рушіями розвитку економіку знань, досконалу інституційну систему і транснаціональні корпорації, хоча підходи до оцінки їх діяльності, їх економічного значення, значення в соціальному розвитку та перспектив трансформації відрізняються. Можливо виокремити цілу низку факторів, що спонукають до розробки та розповсюдження нової соціальної стратегії світової економіки. По-перше, все більш привабливою стає сама ідея поєднання прибутковості бізнесу та користі для суспільства, значення соціальних проектів. По-друге, вже більш як чверть інвесторів приймають до уваги етичні та соціальні міркування при інвестуванні у цінні папери тієї або іншої компанії. По-третє, для залучення висококваліфікованих кадрів в умовах зростаючої конкуренції компанії вимушені постійно покращувати умови праці своїх робітників та їх соціальне забезпечення в цілому.

Багатофункціональна структура та міжгалузевий характер предмета дослідження потребують проводити дослідження з питань сучасної соціально-економічної системи, спираючись на мультидисциплінарний підхід. Одним з інструментів використання такого підходу є сучасна інституціональна теорія. Проблеми інституціоналізму, інститутів, інституційної структури, імпорту інститутів із країн з розвинутою економічною системою в країни, що трансформують економіку та суспільство, почали досліджувати в нашій країні

порівняно недавно. Слід зазначити, що не зважаючи на недовгий термін досліджень в цій сфері, проводять вони достатньо ефективно. Серед вітчизняних вчених, що опрацьовують питання інституціоналізації, слід виділити таких науковців, як Галабурда І.К., Гладченко А.Ю., Гриценко А.А., Гриценко Е.О., Гохберг О.Ю., Дубницький В.І., Дефорж С.Ю., Дубницький В.І., Заяць Т.А., Тарасевич В.М., Ткач А.А., Ущатовський Ю.В., Чижова В.І., Царенко О.В. Але більш досконало ця теорія подана у працях іноземних науковців, які будуть проаналізовані у цьому дослідженні.

Слід визначити, що є проблемним питанням такого напрямку сучасної економічної науки, як інституціоналізм. Відомий економіст проф. А. Гриценко вважає, що інституціоналізм досліджує безпосередньо умови перебігу економічних процесів (існуюче середовище, правила, норми діяльності, установки, ціннісні орієнтири, законодавство, заклади і т.і.) [5, с. 46]. Методологія інституційної економіки, в тому числі і в умовах глобалізації, створення та функціонування наднаціональних інститутів та міжнародних організацій знаходиться в стадії формування, тому є доцільним розпочати огляд сутності і основних підходів до глобальної інституціоналізації з визначення інституційного середовища. Фахівці наукової школи Харкова, де вперше почали економічні дослідження на основі теорій інституціоналізму, вважають, що інституційні рамки (система формальних і неформальних правил, норм, традицій поведінки особистостей і організацій) визначають характер інституціонального середовища кожного соціуму. Економічний прогрес або стагнація економічних систем залежать від домінуючої інституціональної системи: інститути, перш за все формальні обмеження (акти державного регулювання, закони, структура податків, діяльність організацій та ін.), що створюють систему стимулів, яка заохочує або гальмує продуктивну діяльність [7, с. 112]. На теперішній час в літературі недостатньо досліджено питання стосовно відповідності суб'єктів господарювання різних масштабів та статусу критеріям формального інституту.

Спрямованість на продуктивну діяльність в глобальній економіці є головною характеристикою сучасної економіки. В цьому дослідженні поставлена мета виявити характеристики соціально-економічних систем як інститутів в здійсненні функцій соціального

захисту, соціального забезпечення, охорони здоров'я, корпоративної соціальної відповідальності та проаналізувати їх сучасну діяльність з позицій неінституційної теорії, зокрема на відповідність критеріям концепції «економічного імперіалізму». Необхідним є також усвідомити вплив досконалих інституційних систем на підвищення рівня економіки країн, в яких вони створені.

Істотною є думка, що основою теорії інституціоналізму виступають інститути. На думку Є. Єрохіної, «сукупність суб'єктів господарювання можна узагальнити за допомогою поняття «інституційна структура економіки», яке є складовим елементом, але не вичерпує всього змісту поняття «інститут». Проте навіть у визначенні поняття «соціально-економічний інститут» ще не сформовано єдиної думки» [41, с. 60]. Тому важливо проаналізувати підходи різних науковців до визначення цього поняття та виявити його методологічну значущість для економічної науки. Сутність інститутів для зростання економіки ми можемо побачити у підходах, що висуває О.Ю. Гохберг: «У сукупності інститути утворюють господарський механізм економіки, який опосередковує функціонування економічної системи. Їх якість, спрямованість і відповідність нагальним завданням визначають дієздатність господарського комплексу. Інституту є критично важливими з точки зору забезпечення продуктивності й ефективності економіки» [4, с. 281].

Найбільш адекватною інституційною теорією, яка відповідає повною мірою природі ТНК як інститутів, є концепція одного з самих відомих представників традиційного інституціоналізму Джона Коммонса, який зазначав, що природа інститутів пов'язана насамперед з колективними діями. Дж. Коммонс відзначав, що оскільки економічні блага обмежені, їх набуття регулюється колективними діями. Колективні дії створюють права та обов'язки з відносин власності та свобод, без яких в суспільстві панувала анархія. Інституціональна економіка надає колективним діям власне місце у вирішенні конфліктів [2, с. 41].

Діяльність національних економік як глобальних інститутів може бути визначена сучасною інституційною теорією як одна з форм реалізації концепції «економічного імперіалізму», який став однією з головних ознак оновленої теорії інституалізму, що зокрема

можемо побачити у дослідженнях російської вченої Ю.А. Фоміної, яка пропонує свій погляд на головні риси традиційної інституціональної теорії та неінституціоналізму (табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Методологічні позиції традиційного інституціоналізму і неінституціоналізму [складено автором за матеріалами 11]

Методологічні позиції інституціональних теорій	Традиційний інституціоналізм	Неінституціоналізм
Умови існування економічної системи	Методологічний холізм	Індивідуалізм
Умови рівноваги в економіці	Вимоги споживача, що змінюються	Стабільність вимог споживача
Головні підходи до наукових досліджень	Індукція	Дедукція
Розвиток економічної системи	Еволюційний принцип	Принцип рівноваги
Рушійні сили розвитку суспільства	Інституціонально-історичний аспект	Інституціонально-історичний аспект
Критерії діяльності індивіда	Оптимізація, інформація, раціональність	Оптимізація, інформація, раціональність
Головна форма регулювання економіки	Державне втручання в економіку	Державне втручання в економіку
Підходи до дослідження суспільства	Міждисциплінарний	Економічний імперіалізм

Як можна побачити, економічний імперіалізм є складовою частиною неінституціоналізму. Економічним імперіалізмом визнається застосування економічних інструментів аналізу до предметів інших суспільних та природничих наук (соціологія, історія, політологія, міжнародні відносини, право, психологія, біологія та ін.) та декларування при цьому переваг економічного методу над методами інших наук. Цей напрям сформувався в другій половині ХХ сторіччя. Головним представником цього напрямку є американський економіст Г. Беккер. За думкою останнього економічну науку відрізняє не предмет, а метод. Гіперболізоване значення

ринків і пріоритетність споживчих вимог в усіх сферах існування суспільства – головні постулати його наукової спадщини. За аналогією з поняттям «економічний імперіалізм» професор А.А. Гриценко (Інститут економіки і прогнозування НАН України) вводить в обіг поняття «інституціональний імперіалізм» [5].

Слід зазначити, що традиція аналізувати економічний розвиток з точки зору іншої наукової платформи притаманна науці в цілому. Слід відзначити окремі наукові традиції, які не є економічними, але досліджували, аналізували та пояснювали економічні процеси. До таких концепцій доцільно віднести концепцію «технократії». Технократія – відповідь на проблему, що постала перед інженерами вже з кінця ХХ сторіччя. Менеджери підприємств у зв'язку з орієнтацією на вимоги ринку застосовували обмеження на проекти, що розроблялися корпораціями. В зв'язку з цим умови виконання проектів постійно змінювалися, інженери втрачали контроль над проектами і повинні були постійно переглядати плани. Тому з точки зору технократії необхідно, щоб інженерна складова домінувала в умовах створення нової власності, а економічні параметри залежать від якості виконання проектів та якості самих проектів. В інженерному середовищі розгорнулася широка дискусія відносно цієї проблеми в технічних журналах та на конференціях. В світі було сформовано три напрями технократизму. По-перше – це Тейлоризм, який поєднує цінові структури та організацію та технологію на підприємствах. За цією теорією капіталістичний менеджер та інженер розподіляють контроль над процесом виробництва між собою; по-друге соціал-тейлоризм СРСР, в якому економічне планування, політична бюрократія та технічна еліта мали контроль над економікою та суспільством шляхом розробки державних планів, таких, наприклад, як п'ятирічки та план ГОЕЛРО; по-третє, концепція технічного пріоритету, що набула розповсюдження в США [38].

На основі концепцій технократії сформувалася наукова теорія технологічного детермінізму. Технологічний детермінізм – це теоретико-методологічна установка у філософських та соціологічних концепціях, що спирається на домінування ролі техніки та технологій в розвитку соціально-економічних процесів. Він виник з

1920 років і його основою вважається утопія Т. Веблена «Інженери та цінова система» (1921 р.) [9].

Ще одним науковим напрямком, що практично співпадає по відношенню до проблем розвитку суспільства з технократизмом, є сцієнтизм. Сцієнтизм – наукові погляди, що перебільшують значення науки (перш за все технічної) в суспільстві в цілому. Традиції сучасного сцієнтизму мають глибоке коріння. Ще в утопії Ф. Бекона «Нова Атлантида» можна знайти сцієнтичні погляди. Також сцієнтичні погляди містяться в марксизмі [10].

Ще однією теорією, яка по суті не є економічною, але має вплив на економічні уявлення, є науковий доробок Карла Клаузевіца. З метою пізнання сутності війни Клаузевіц почав з дослідження війн минулого та сучасних йому війн. Він дослідив досвід 130 військових компаній. Свої військово-політичні роботи він поєднав в цілісну працю «Про війну». Його теорію ведення війни взяли за основу маркетологи Ел Райс та Джек Траут. В своїй книзі «Маркетингові війни» вони вдало проводять аналогію між боротьбою корпорацій за лідерство та військовими діями [8].

На розвиток теорії економічної думки мала вплив сформована З. Фрейдом з кінця XIX сторіччя теорія психоаналізу. Два її положення мали вплив на з'ясування місця економічних мотивів в розвитку суспільства: по-перше: людська поведінка, досвід та пізнання визначаються внутрішніми та ірраціональними мотивами, по-друге: ці мотиви переважно несвідомі. На теперішній час все ж таки психоаналіз практично не впливає на економічні теорії.

Географічний детермінізм – світоглядна концепція, що пояснює соціально-економічний розвиток народів і країн світу географічним фактором – географічним положенням, рельєфом, кліматом, водними, ґрунтово-рослинними й мінеральними ресурсами. Елементи географічного детермінізму зустрічалися вже в роботах античних авторів (Страбон, Гіппократ й інші), але як цілісна система поглядів детермінізм сформувався у XVIII–XIX століттях у працях Ш. Монтеск'є, Г. Бокля, Ф. Ратцеля, Г.В. Плеханова й інших, де з позицій географічного детермінізму пояснювалася форма правління в різних державах, особливості економічного розвитку, успіхи в модернізації господарства, геополітичне положення, при-

чини військових зіткнень та інше. Наприклад, Монтеск'є вважав, що справжня демократія можлива тільки в невеликих державах, для середніх придатна монархія, а великі (для збереження своєї цілісності) приречені на деспотизм. На цій основі були створені концепції федералізму й поділу влади. Надалі особлива роль у соціально-економічному розвитку держав приділялася кліматичним умовам.

У своїх роботах Х. Маккіндер, А. Пенк, Е. Хантінгтон й інші зв'язували економічні й військові успіхи країн Західної Європи й Північної Америки зі сприятливим впливом на їхній клімат Атлантики й Гольфстріму; економічну відсталість і колоніальну залежність більшості країн Азії, Африки й Латинської Америки – з негативним впливом тропічного й екваторіального клімату. Нині географічний детермінізм втратив свої позиції й використовується як робоча концепція для регулювання економічного розвитку країн і районів. В загальному вигляді головні суспільно-наукові концепції управління економікою подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Суспільно-наукові концепції ефективного управління економікою
[власні дослідження]

№	Назва	Фундатори	Суть концепції
1	Технократизм	Самюель Хабер, Дональд Стабіл	Інженерна складова домінує в умовах створення нової власності, а економічні параметри залежать від якості виконання проектів та якості самих проектів
2	Тейлоризм	Фредерик Тейлор	Поєднує цінові структури та розробку технологій. За цією теорією капіталістичний менеджер та інженер розподіляють контроль над процесом виробництва між собою. Людина – продовження машини
3	Соціал-тейлоризм СРСР	Фредерик Тейлор, Олександр Богданов, Олексій Гастев	Економічне планування, політична бюрократія та технічна еліта мають контроль над економікою та суспільством шляхом розробки державних планів, таких, наприклад, як п'ятирічки та план ГОЕЛРО

Продовження табл. 1.2.

4	Концепція технічного пріоритету	Фредерик Садді	Інженер втрачає контроль над проектом у зв'язку з вимогами ринкового середовища. Матеріальні фактори є первинними (зокрема енергія)
5	Технологічний детермінізм	Томас Веблен	Теоретико-методологічна установка у філософських та соціологічних концепціях, що спирається на домінування ролі техніки та технологій в розвитку соціально-економічних процесів
6	Сцієнтизм	Френсіс Бекон	Наукові погляди, що перебільшують значення науки (перш за все технічної) в суспільстві в цілому. Традиції сучасного сцієнтизму мають глибоке коріння
7	Теорія ведення війни	Карл Клаузевіц Ел Райс, Джек Траут	Проводяться аналогії між боротьбою корпорацій за лідерство та військовими діями
8	Теорія психоаналізу	Зігмунд Фрейд	Людська поведінка, досвід та пізнання визначаються внутрішніми та ірраціональними мотивами, ці мотиви переважно несвідомі
9	Географічний детермінізм	Ш. Монтеск'є, Г. Бокль, Ф. Ратцель, Г.В. Плеханов	Світоглядна концепція, що пояснює соціально-економічний розвиток народів і країн світу географічним фактором – географічним положенням, рельєфом, кліматом, водними, ґрунтово-рослинними й мінеральними ресурсами

На сучасному етапі розвитку суспільства, глобалізації фінансової системи, інтернаціоналізації господарського життя, опрацювання фінансово-економічних механізмів управління економікою на мезо- та макро- рівнях, все більше науковців різних шкіл надають перевагу економічним методам дослідження та виявленню економічного коріння у процесах, що є суспільними та соціальними за своєю сутністю. Тому діяльність національних економік як багатофункціональних структур можна розглядати з позицій економічного імперіалізму. Багатогранний вплив, який

чинять сучасні корпорації на соціальні, політичні процеси в усьому світі, їх вплив на діяльність міжнародних організацій, урядів, на країни, що розвиваються та країни, в яких мають економічні інтереси можна аналізувати з точки зору економічної доцільності та вимог глобальних ринків. Прикладом взаємозв'язку економічних та соціальних питань на глобальному рівні можуть бути матеріали табл. 1.3, в яких ми можемо побачити, що показники охорони здоров'я в основному співвідносяться до рівня залучених в країну інвестицій, в свою чергу основним інструментом залучення інвестицій в національні економіки є діяльність ТНК.

Таблиця 1.3.

Динаміка прямих іноземних інвестицій ТНК
та інтегральний показник рівня охорони здоров'я
та початкової освіти деяких країн світу

Країни	Приплив прямих іноземних інвестицій, млн \$				Інтегральний показник рівня охорони здоров'я та початкової освіти (за даними Всесвітнього економічного форуму) ¹			
	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2010 р./ 2000 р. (%)	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2010 р./ 2000 р. (%)
Франція	43250	84949	59628	13,786	6,01	6,23	6,42	1,068
Німеччина	198277	47439	35606	0,179	5,98	6,02	6,32	1,056
Іспанія	39575	25020	15030	0,379	6,45	5,32	6,01	0,931
Швеція	23430	9913	10851	0,463	6,42	6,39	6,41	0,998
Англія	118764	176006	45676	0,384	6,61	6,57	6,4	0,968
Японія	8323	2775	11939	1,434	5,65	5,78	6,52	1,153
Єгипет	1235	5376	6 12	5,434	5,32	5,38	5,42	1,018
Кенія	111	21	5	0,045	4,94	4,51	4,36	0,882
Аргентина	10418	5265	4 895	0,469	6,1	5,85	5,79	0,949
Болівія	736	288	423	0,574	5,52	5,39	5,21	0,943
Парагвай	100	35	184	1,84	4,34	5,37	5,16	1,188
Венесуела	4701	2589	3105	0,660	5,83	5,12	5,47	0,938
Україна	7808	5743	4816	0,616	6,01	5,95	5,7	0,948

¹ Складено на основі джерела: <http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>.

Саме поняття «соціальна відповідальність» стає фактором сучасного економічного розвитку, набуває все більшої політичної значущості. Так, на думку експертів, концепція соціальної відповідальності будується на розумінні того, що корпорації не в змозі діяти в економічній ізоляції від суспільства і традиційні уявлення про конкурентоспроможність, виживання на ринку та прибутковість відходять у минуле.

Одним із цікавих явищ в економічній науці останнього часу є наукові праці Гладченка А.Ю., в яких досліджуються різні впливи та наслідки процесів формування глобальної рівноваги, в тому числі й інституційні підходи щодо досягнення рівноваги в суспільстві. Як відомо, проводячи за допомогою системної динаміки розрахунки для світу в цілому, Форрестер і Медоуз прийшли до висновку, що протиріччя між обмеженістю земних ресурсів, зокрема, обмеженістю придатних для сільського господарства площ і зростаючими темпами споживання населення, яке збільшується, можуть привести в середині ХХІ ст. до глобальної кризи [40]. Як альтернативу такому розвитку висувалася концепція «глобальної рівноваги», відповідно до якої необхідно негайно припинити збільшення чисельності населення земної кулі, обмежити промислове виробництво, зменшити приблизно в сто разів споживання ресурсів Землі. Підходи до вирішення цієї проблеми, що запропоновані Гладченко А.Ю., різняться від класичних – він пропонує соціальні та економічні шляхи вирішення проблеми на основі вдосконалення діяльності інституційної системи (рис. 1.1).

Для врегулювання питань синхронізації економічного та соціального розвитку, експансії у нові країни із темпами розвитку соціальних процесів в цих країнах з'являються нові формальні та неформальні інститути. Позитивним сигналом є поява «Global Compact» в рамках ООН, що об'єднала ТНК, недержавні організації та міжнародні організації в питаннях регулювання діяльності ТНК. Також широкий спектр конструктивних ідей надано у «Переліку принципів та кодексів для ділової практики соціальної відповідальності». До нього входить 21 документ, що розроблений протягом багатьох років у період з 1985 по 2000 рік. В якості найбільш цікавих, але не замінюючих інші документи Переліку, можна назвати «Принципи глобальної корпоративної відповідальності»

(1995 рік), «Керівництво з нового світового порядку в бізнесі» (1995 рік), «Кодекс поведінки корпорацій» (1993 рік), «Міжнародні стандарти менеджменту навколишнього середовища» (1995 рік), «Кодекс етики міжнародного бізнесу для християн, мусульман та євреїв» (1993 рік) [38].

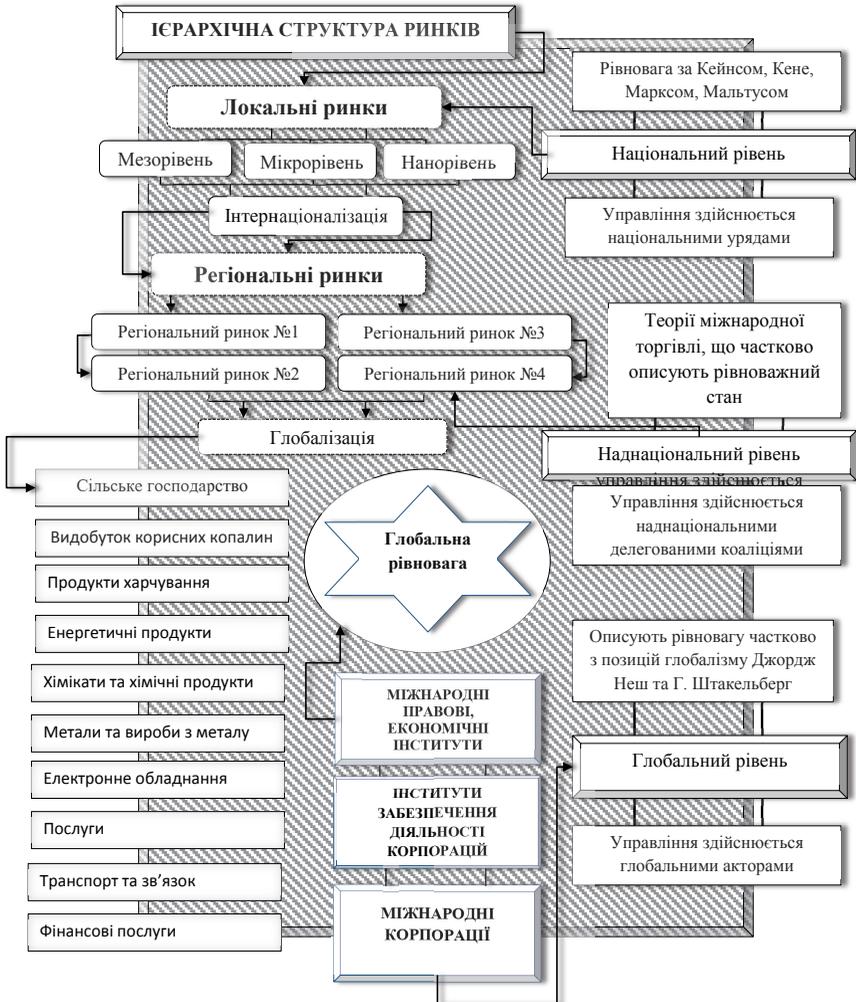


Рис. 1.1. Система інститутів у вирішенні проблем досягнення глобальної рівноваги за Гладченко [29]

Все більш значним інститутом, що впливає на формування механізмів соціальної відповідальності корпорацій, стають документи різних груп глобальних компаній. Так, група міжнародних лідерів бізнесу, в яку ввійшли 65 глобальних компаній, серед яких 12 американських, стільки ж британських, 5 японських, 3 німецьких, а також низка компаній з інших країн, взяла на себе відповідальність співпрацювати в сфері удосконалення своєї ділової практики і діалогу з іншими носіями процесу глобалізації у сприйнятті соціальної відповідальності у якості своєї стратегії при операціях в різних регіонах світу.

В цілому, проблема соціального розвитку в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Отже, безперечним є її значний вплив на формування економічної політики країн. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності, які в той же час можна розглядати як нову форму експансії ТНК на глобальні ринки, поліпшення іміджу компаній, формування платоспроможного попиту на продукцію корпорацій, що в свою чергу спрямовано на зростання отримання прибутків. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин, побудови гуманного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи державного управління функціонують разом з глобальними інститутами та створюють нові інститути з метою регулювання цього процесу. Однак розгляд цих проблем з позицій концепції «економічного імперіалізму» дозволяє більш об'єктивно дослідити економічні стимули та потенційні прибутки в соціальній діяльності ТНК.

1.2. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я

Формування систем управління охороною здоров'я в Україні є процесом, що набуває з кожним роком все більшої динаміки. Реформування системи державного управління відбувається на основі проведення широкого кола наукових досліджень, збереження кращих традицій вітчизняної медицини, дбайливого відно-

шення до наявних висококваліфікованих кадрів. Разом з тим, діяльність всієї галузі в теперішній час стикається з викликами часу, що пов'язані як з новітніми тенденціями розвитку, так і зі застарілими проблемами, що дістались медицині від державно-адміністративної системи управління. Ці проблеми необхідно поділити на дві групи. По-перше, це проблеми процесу становлення та реформування системи охорони здоров'я. Вони з'являються поступово і у часі пов'язані із проведенням реформ. Такі проблеми, що пов'язані з реструктуризацією, інформатизацією, прозорістю та гласністю в медичній сфері, є тимчасовими і можуть бути вирішені в найближчій час при наявності розуміння у керівників галузі, основної маси працівників системи охорони здоров'я та пацієнтів. По-друге – це проблеми, що пов'язані з недостатнім рівнем соціально-економічного розвитку країни. Для значної кількості населення рівень вартості лікарняних засобів, медичних послуг, санаторно-курортного лікування, оздоровчих процедур є занадто високим, що викликає непорозуміння в суспільстві.

Цей фактор негативно впливає і на рівень запровадження реформ у медичній сфері та трансформації підходів населення до охорони здоров'я. В той же час в Європі та в інших індустріально розвинутих та інституційно оформлених регіонах довгий час розробляються та впроваджуються основні підходи до формування систем державного управління охороною здоров'я та створення інституційного середовища життєдіяльності людини в умовах якісної медичної допомоги, сприятливого навколишнього середовища, доступу до заходів оздоровлення та забезпечення здорового і рухливого способу життя. Розробка таких інституційних основ має вже довгу історію і весь час продовжується. Міжнародні організації, що працюють в сфері охорони здоров'я, напрацьовують нормативні документи з цих питань. Якщо проаналізувати основні документи, які були прийняті Європейським бюро ВОЗ та прийняті в системі ООН, то можна відзначити, що ключові напрями трансформації інституційних перетворень та реформ в системі державного управління цією галуззю співпадають з концептуальними положеннями цих документів. Серед основних інституційних норм нами проаналізовано такі, як: Європейська конвенція про соціальну та

медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012). Багаточисленні документи, постанови, рішення, декларації спеціалізованих медичних організацій, які стосуються окремих сфер боротьби з негативними явищами в сфері захворюваності мають дуже важливе значення для конкретних сфер медичної галузі і безперечно будуть становити основу для наукових досліджень та практичних дій вітчизняних організаторів системи охорони здоров'я в майбутньому.

Основні рішення ЄС та ВООЗ в сфері формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах у відповідності до хронології їх прийняття представлені в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4.

Фундаментальні рішення ЄС та ВООЗ в сфері формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах

№	Назва документу	Рік	Місто прийняття	Основна спрямованість документа
1.	Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу	1953	Париж	Питання прав у сфері медичної допомоги репатрійованих осіб, мігрантів, що особливо важливим є для європейського регіону на теперішній час. Визначено дії органів державного управління в ситуаціях, що визначають статус пацієнта
2.	Алма-Атинська декларація	1978	Алма-Ата	Закріплення провідного значення первинної медико-санітарної допомоги. В декларації закріплено, що первинна медико-санітарна допомога є проблемою, що вирішується всією системою державного управління

Продовження табл. 1.4.

3.	Оттавська хартія по зміцненню здоров'я	1986	Оттава	Пропаганда здорового способу життя, фінансові, стратегічні, управлінські, організаційні підходи до діяльності органів державного управління в процесі створення системи забезпечення здорового способу життя
4.	Європейська Хартія прав пацієнтів	1994	Амстердам	Визначено 14 основних прав пацієнтів та подано додаткові можливості для пацієнтів. Визначено статус пацієнта
5.	Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я	1996	Люблін	Розвинуто інституційні основи охорони здоров'я, визначено головні ланки системи охорони здоров'я, наголошено на основних напрямках реформування системи управління охороною здоров'я
6.	Талліннська Хартія	2008	Таллінн	Сформульовані загальні принципи побудови систем охорони здоров'я, надано рекомендації щодо створення ефективних систем охорони здоров'я, фінансування таких систем, забезпечення прав пацієнтів в таких системах, фінансування системи охорони здоров'я, формування ресурсів систем охорони здоров'я, стратегічного управління системами охорони здоров'я
7.	Європейська політика «Здоров'я – 2020»	2012	Баку, Брюссель, Мальта	Розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища. Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій. Ліквідація нерівності у доступі до медичних послуг

Серед основних документів, що формують інституційну основу системи охорони здоров'я слід, виокремити Алма-Атинську декларацію [31]. Вона була прийнята Міжнародною конференцією, що проводилась під егідою ООН по первинній медико-санітарній допомозі в Алма-Аті 12 вересня 1978 року. Основна спрямованість Декларації – закріплення провідного значення первинної медико-санітарної допомоги. В декларації закріплено, що первинна медико-санітарна допомога:

1. відображає і розвивається відповідно до економічних умов і характерних соціально-культурних та політичних рис країни і її громад Первина медико-санітарна допомога розвивається і базується на застосуванні відповідних результатів соціальних, медико-біологічних і організаційних наукових досліджень медико-санітарних служб, а також досвіду громадської охорони здоров'я;

2. націлена на вирішення основних медико-санітарних проблем в громаді і забезпечує відповідно служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації;

3. включає, як мінімум: просвіту з найбільш важливих проблем охорони здоров'я і методів їх попередження та вирішення, сприяння забезпеченню раціонального харчування, доброякісного водопостачання і проведення основних санітарних заходів; охорону здоров'я матері і дитини, в тому числі планування сім'ї; імунізацію проти основних інфекційних захворювань; профілактику ендемічних в даному районі хвороб і боротьбу з ними; відповідне лікування поширених захворювань і травм; забезпечення основними лікарськими засобами;

4. охоплює крім охорони здоров'я всі інші суміжні сектори і аспекти розвитку на національному та регіональному рівні і, зокрема, сільське господарство, тваринництво, забезпечення продовольством, промисловість, освіту, житлове будівництво, громадські роботи та засоби зв'язку. Така допомога вимагає координації діяльності всіх цих секторів;

5. вимагає максимальної самозабезпеченості громади та окремих осіб, сприяє цьому, забезпечуючи їх участь у плануванні, організації, здійсненні та контролі за медико-санітарною допомогою при найбільш повному використанні місцевих, національних

та інших наявних ресурсів для цього, розвиває шляхом відповідної освіти навички участі населення в цій роботі;

6. повинна підтримуватися інтегрованими, функціональними та взаємопов'язаними системами консультативної допомоги, спрямованими на прогресивне поліпшення всеосяжного медико-санітарного забезпечення всіх людей з приділенням першочергової уваги найбільш нужденним групам населення;

7. спирається на місцевому і більш високих рівнях на працівників охорони здоров'я, включаючи, де це можливо, лікарів, медсестер, акушерок, допоміжний персонал і громадських працівників, а також при необхідності на традиційних лікарів, відповідно підготовлених з соціальної та професійної точок зору для роботи в складі бригади охорони здоров'я і для задоволення медико-санітарних потреб населення [31].

В Оттаві в 1986 році було проведено «Першу Міжнародну конференцію щодо зміцнення здоров'я», за результатами роботи якої прийнято «Оттавську хартію по зміцненню здоров'я». Відповідно до Оттавської хартії в світі починається робота по пропаганді здорового способу життя, а країни-учасниці взяли на себе наступні зобов'язання:

– керуватися принципами проведення державної політики з урахуванням інтересів здоров'я і відстоювати у всіх секторах погоджену політичну позицію у справі досягнення високого рівня здоров'я і соціальної справедливості;

– перешкоджати поширенню шкідливої продукції, безконтрольного використання ресурсів, неякісних умов життя і навколишнього середовища, а також незбалансованому харчуванню; сконцентрувати увагу на таких питаннях суспільного здоров'я, як забруднення навколишнього середовища, шкідливість професійної діяльності, погані житлові умови і погані умови постійного перебування;

– долати розриви показників охорони здоров'я між окремими соціальними групами і всередині них, скорочувати нерівність у відношенні до здоров'я, що породжується правилами і нормами суспільства;

– визнавати, що головний ресурс здоров'я – це люди, всебічно підтримувати їх прагнення до підтримки свого здоров'я і

здоров'я своїх близьких, залучаючи для цих цілей фінансові та інші ресурси, а також визнавати, що головне право голосу в питаннях, що стосуються здоров'я, умов життя, благополуччя населення, належить місцевим громадам;

– переорієнтувати служби охорони здоров'я та їх ресурси на конкретні заходи охорони здоров'я, розподілити відповідальність з іншими секторами та надати основні повноваження самим людям;

– розглядати здоров'я та його підтримку як головну соціальну інвестицію і актуальну задачу, звертатися до вирішення всеоб'ємних екологічних аспектів способу життя людей.

Одним з головних документів, який формує інституційні засади управління системою охорони здоров'я в провідних країнах світу, зокрема, в країнах Європи, є Талліннська Хартія, яка була прийнята в процесі проведення Європейської міністерської конференції ВОЗ «Системи охорони здоров'я для здоров'я та безпеки» [33]. В процесі проведення Конференції її учасниками були проголошені наступні фундаментальні підходи, на яких повинні базуватися системи охорони здоров'я в усіх країнах Європи:

інвестиції в здоров'я – це вклад в розвиток людського потенціалу, соціальне благополуччя та економічний достаток людей;

сьогодні є неприпустимим, щоб люди перебували за межею бідності внаслідок погіршення здоров'я;

системи охорони здоров'я – це більше, ніж надання медичної допомоги; вони також містять в собі попередження захворювань, поліпшення здоров'я, а також всебічне сприяння процесу відображення проблем охорони здоров'я в політиці інших секторів економіки та суспільного розвитку;

системи охорони здоров'я, що чітко функціонують, складають головну умову поліпшення здоров'я та врятування життя;

системи охорони здоров'я повинні демонструвати високі показники діяльності [33].

На конференції розглядалися питання, що впливають на ефективність систем державного управління системою охорони здоров'я. Оскільки в конференції приймали участь майже всі міністри охорони здоров'я країн Європи, то надані рекомендації,

які є необхідними для впровадження в системи охорони здоров'я, необхідно вважати основою створення ефективних систем державного управління охороною здоров'я. До таких рекомендацій європейського рівня та європейського духу необхідно віднести наступні:

активно втілювати в життя загальні цінності солідарності, справедливості і громадської участі – в політиці охорони здоров'я, в розподілі ресурсів та інших діях, приділяючи необхідну увагу задоволенню потреб менш забезпечених прошарків населення та інших вразливих груп населення;

інвестувати в системи охорони здоров'я і всебічно сприяти відповідним інвестиціям в усіх галузях, що впливають на здоров'я, на основі фактичних матеріалів, що доводять зв'язок між соціально-економічним розвитком і здоров'ям;

розвивати атмосферу гласності та прозорості, підвищувати рівень якості підзвітності щодо діяльності системи охорони здоров'я з метою отримання співставних результатів;

підвищувати рівень чутливості систем охорони здоров'я до потреб, запитів та очікувань людей, визнаючи їх права, але також і відповідальність по відношенню до власного здоров'я;

залучати всі зацікавлені сторони в процеси формування і реалізації політики;

всебічно сприяти міжнародному обміну досвідом та розвивати співробітництво в галузі планування і здійснення реформ охорони здоров'я на національному та субнаціональному рівнях;

забезпечувати готовність систем охорони здоров'я до ефективного подолання кризових ситуацій, оперативне співробітництво один з одним, а також виконання Міжнародних медико-санітарних правил [33].

Можна побачити, що це – загальні підходи, що спрямовані на координацію системи державного управління в країні для потреб вирішення питання покращення здоров'я. На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем охорони здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем пацієнтів. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем охорони здоров'я та поліпшення стану

пацієнтів слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- керівники та організатори охорони здоров'я всієї Європи надають велике значення та докладають зусилля до того, щоб забезпечити надання високоякісних послуг всьому населенню з особливою увагою до вразливих груп у відповідності з наявними потребами, а також для створення вибору для здорового способу життя;

- пацієнтам необхідний доступ до високоякісної допомоги і вони повинні бути впевнені в тому, що постачальники послуг в своїй роботі спираються на найбільш сучасні та надійні результати сучасної науки, а також використовують найбільш адекватні технології, що забезпечує високий рівень ефективності та безпеки втручань;

- пацієнти вимагають, щоб їх взаємовідносини з медичним персоналом будувались на основі поваги до особистості, гідності та дотримання конфіденційності;

- важливе значення має первинна медико-санітарна допомога, яка слугує надійною платформою для взаємодії служб охорони здоров'я з місцевими спільнотами та сім'ями, для міжсекторального та міждисциплінарного співробітництва, а також для зусиль, що спрямовані на поліпшення здоров'я людини;

- системи охорони здоров'я повинні інтегрувати цільові програми боротьби з конкретними видами хвороб в існуючі структури та служби з метою досягнення найбільш значущих результатів;

- системам охорони здоров'я необхідно забезпечувати цілісний підхід до обслуговування пацієнтів, який містить в собі покращення здоров'я населення, профілактику та інтегровані програми боротьби з хворобами, а також координацію між різними постачальниками послуг, установами і складовими надання послуг, як в державному, так і в приватному секторі, з урахуванням служб медико-санітарної допомоги, установи та форми надання допомоги на дому [33].

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охоро-

ною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем фінансування галузі. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем фінансування охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- не існує єдиного вірного, найкращого підходу до фінансування охорони здоров'я. Країни розробляють та впроваджують нові поєднання форм зборів та консолідації коштів та закупок у відповідності до своїх потреб, історичних, демографічних, фінансових умов, соціальних пріоритетів та переваг, що призводить до поступової ліквідації різниці між «моделями»;

- механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення медико-санітарних потреб, зменшення фінансових бар'єрів для доступу до необхідних послуг, захист від фінансового ризику, що пов'язаний з отриманням медичної допомоги, при умові дотримання відповідального відношення до наявних державних ресурсів;

- механізми фінансування повинні також передбачати: застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я, надання ресурсів постачальникам у відповідності з потребами населення; сприяння підвищенню рівня звітності та прозорості у використанні коштів;

- загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати необхідний баланс між наданням медичної допомоги, профілактикою хвороб і покращенням здоров'я населення з метою більш повного задоволення поточних та прогнозних потреб охорони здоров'я.

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охороною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем формування ресурсів галузі. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем формування ресурсів охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

- в епоху глобалізації формування знання, інфраструктури, технологій і, перш за все кадрів, що мають адекватні співвідно-

шення навичок та кваліфікації, потребує планування та інвестицій у відповідності до потреб, що змінюються в системі охорони здоров'я та в моделях організації системи обслуговування;

– інвестиції в кадрові ресурси охорони здоров'я також мають надзвичайну важливість, так як цей процес має наслідки не тільки для кожної держави-інвестора, але й для інших країн з причин активної міграції працівників охорони здоров'я. Міжнародне працевлаштування кадрів охорони здоров'я необхідно здійснювати із дотриманням принципів етики та солідарності між країнами та керуючись відповідними міжнародними документами та угодами;

– стимулювання наукових досліджень з проблем політики та систем охорони здоров'я, а також ефективне та ґрунтоване на дотриманні етичних норм використання інноваційних медичних технологій і препаратів – важливе завдання для всіх країн; для підвищення рівня інформаційного обґрунтування рішень, що приймаються, доцільно використовувати методики оцінки технологій охорони здоров'я.

На конференції були також надані окремі конкретні рекомендації для національних систем державного управління охороною здоров'я, що спрямовані на вирішення проблем стратегічного управління галузі. Ці рекомендації повинні бути імplementовані всіма учасниками конференції. До найбільш важливих рекомендацій по вдосконаленню систем формування стратегічного управління системи охорони здоров'я слід віднести, за думкою організаторів конференції, наступні:

– велике значення для управління мають міністерства охорони здоров'я, які визначають стратегічні цілі розвитку системи охорони здоров'я, мають повноваження і несуть відповідальність за законодавче забезпечення, регулювання і практичну реалізацію політики охорони здоров'я, а також за збір та аналіз інформації про здоров'я населення та його соціальні, економічні та екологічні детермінанти;

– міністерства охорони здоров'я повинні постійно сприяти ефективному відображенню інтересів охорони здоров'я в політиці, що проводиться всіма секторами народного господарства, з метою максимального поліпшення здоров'я людей;

– моніторинг та оцінка показників діяльності системи охорони здоров'я і збалансоване співробітництво зацікавлених сторін на всіх рівнях керівництва і управління має ключове значення в забезпеченні прозорості і підзвітності.

Проблемам вдосконалення методологічних підходів до вдосконалення систем управління охороною здоров'я була присвячена Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 року. В Хартії були визначені наступні основні положення роботи над вдосконаленням систем державного управління охороною здоров'я:

– для досягнення бажаного рівня здоров'я населення в рамках системи громадської охорони здоров'я необхідно розробити комплекс відповідних адміністративно-управлінських механізмів та інфраструктур;

– окремі заклади охорони здоров'я повинні мати максимально можливу самостійність в управлінні своїми ресурсами за умови дотримання принципів, що забезпечують функціонування справедливої і ефективної системи надання медичної допомоги;

– необхідно всіляко сприяти розвитку управлінської ланки, заохочуючи здатності окремих осіб очолювати роботу, проводити переговори і підтримувати контакти, а також створюючи відповідні структури, що дозволяють надавати населенню медичну допомогу більш ефективним і раціональним чином;

– навчання на основі досвіду;

– необхідно заохочувати обмін досвідом, проведення реформ охорони здоров'я і підтримку реформаторських ініціатив на національному та міждержавному рівнях;

– підтримка повинна бути заснована на базі ретельно перевірених знань про реформи охорони здоров'я, в якій належна увага повинна приділятися і правильно оцінюватися особливості надання медичної допомоги в країнах з різними культурними, національними та соціально-демографічними умовами [36].

Значним інституційним доробком в справі розвитку сучасних систем охорони здоров'я було представлення та затвердження в Амстердамі у 1994 році Європейської Хартії прав пацієнтів. Ця Хартія є основою для ратифікації відповідних документів в усіх

країнах Європейського Союзу [34]. Хартія визначає чотирнадцять основних прав пацієнтів:

1. Право на профілактичні заходи;
2. Право на доступність;
3. Право на інформацію;
4. Право на згоду;
5. Право на свободу вибору;
6. Право на приватність і конфіденційність;
7. Право на повагу часу пацієнтів;
8. Право на дотримання стандартів якості;
9. Право на безпеку;
10. Право на інновації;
11. Право на запобігання, наскільки це можливо, страждань і болю;
12. Право на індивідуальний підхід до лікування;
13. Право на подачу скарги;
14. Право на компенсацію.

Основні положення цієї хартії базувались на положеннях, що були вперше задекларовані в Парижі у 1953 році в Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу та стосувались питань і прав у сфері медичної допомоги репатрійованих осіб, мігрантів, що особливо важливим є для європейського регіону на теперішній час [30].

Головним документом останнього часу, який визначає інституційні основи розвитку системи охорони здоров'я, є розроблена Європейська політика «Здоров'я – 2020». Вона була затверджена на сесії Європейського регіонального бюро ВООЗ у 2012 році всіма 53 членами цієї організації. Ця політика є всеохоплюючим документом, спрямованим на покращення здоров'я громадян Європейського Союзу. В статті В.В. Шафранського «Європейська політика «Здоров'я – 2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів» подано детальний аналіз впливу цього документу на напрями реформування системи охорони здоров'я [35]. Наведемо підсумкову таблицю цього автора щодо цільових орієнтирів цієї Політики (див. табл. 1.5).

Таблиця 1.5.

Регіональні цільові орієнтири Програми ЄС
«Здоров'я – 2020» [37]

Широкі цільові області політики «Здоров'я – 2020»	Цільові орієнтири	Зв'язок із стратегічними задачами політики «Здоров'я – 2020»	Зв'язок із стратегічними пріоритетами політики «Здоров'я – 2020»
Тягар хвороб і фактор ризику	До 2020 року скоротити передчасну смертність населення Європи	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Вирішення найбільш актуальних проблем регіону, які стосуються неінфекційних та інфекційних хвороб
Здоров'я людей, благополуччя і детермінанти	Підвищити середню тривалість життя в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
	Скоротити несправедливості по відношенню до здоров'я в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища

Продовження табл. 1.5.

	Підвищити рівень благополуччя населення в Європі	Покращення здоров'я для всіх і скорочення розриву в показниках здоров'я	Інвестування в здоров'я на всіх етапах життя людини та розширення прав та можливостей громадян. Забезпечення стійкості місцевих громад і створення підтримуючого середовища
Процеси, стратегічне керівництво і системи охорони здоров'я	Загальне охоплення і право на здоров'я	Удосконалення лідерства і колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій
	Встановлення державами національних цільових орієнтирів	Удосконалення лідерства і колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я	Зміцнення системи охорони здоров'я з орієнтацією на потреби людей, нарощування потенціалу громадського здоров'я та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем оздоровлення та формування здорового способу життя, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових; не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

1.3. Формування сучасних підходів щодо діяльності корпорацій як соціальних інститутів

Усвідомлюючи складність поточної ситуації, що полягає в наявності широкого кола економічних, соціальних, екологічних проблем, вирішення яких вимагає активної участі органів державної влади, місцевого самоврядування, бізнесу та громадян, світове співтовариство дійшло до концепції сталого розвитку, що передбачає поєднання економічного зростання з забезпеченням соціальної захищеності населення, його здоров'я, підвищення якості життя та мінімізацією негативного впливу на навколишнє середовище.

Внеском великого бізнесу в сталий розвиток стала соціальна відповідальність корпорацій (СВК) – їх відповідальність за вплив своїх рішень та діяльності на суспільство й навколишнє середовище, що також передбачає надання зацікавленим сторонам («стейкхолдерам») повної та достовірної інформації.

Сутність та доцільність впровадження інституту соціальної відповідальності корпорацій як інструменту співпраці та партнерства держави і бізнес-середовища, засобу удосконалення системи соціально-трудова відносин в період системної трансформації економіки є предметом активних дискусій в наукових, суспільних та бізнес-колах. Провідні міжнародні організації (ООН, Міжнародна організація з сертифікації, Світовий Банк, ЮНЕСКО та ін.) реалізують різноманітні дослідницькі проекти в цій області. Проблематика функціонування системи корпоративного управління в цілому та соціальної відповідальності корпорацій зокрема посідає важливе місце в дослідженнях зарубіжних (Ю. Благова, А. Берлі, Г. Боуена, М. Ван Марревік, Н. Джакобі, К. Девіса, Т. Дональдсона, П. Дракера, А. Керолла, Г. Мінза, Дж. Муна, Д. Меттена, Л. Престона, Г. Фітча, У. Фредеріка, М. Фрідмана, Р. Фрімена, В. Якімця та ін.) та вітчизняних вчених: О.І. Амоші, А.Є. Гладченка, В.А. Євтушевського, Д.Г. Лук'яненка, А.С. Поважного, В.С. Пономаренка, І.Л. Сазонця, О.М. Ястремської та ін. [39].

Сьогодні все більше корпорацій приходять до розуміння того, що для успішного ведення бізнесу недостатньо приділяти увагу виключно фінансовим аспектам діяльності. Нарощування соціального

капіталу та активна позиція компанії в галузі корпоративної соціальної відповідальності не тільки формують її позитивний імідж, а й зміцнюють довіру акціонерів, інвесторів та інших зацікавлених сторін.

Соціальна відповідальність корпорацій – це соціально-економічний інститут, що функціонує як відкрита система взаємодії корпорації та її стейкхолдерів і сприяє скороченню трансакційних витрат, розв'язанню конфлікту інтересів та набуттю корпорацією стійких конкурентних переваг шляхом використання соціально відповідального інвестування, соціальної звітності, соціального партнерства, дивідендної політики та корпоративних комунікацій [28]. Доволі важливим для розбудови цього інституту в Україні є вивчення, узагальнення та адаптація передового світового досвіду. В цьому контексті доцільно розглянути перший з інструментів соціальної відповідальності корпорацій – соціально відповідальне інвестування, адаптувавши найкращу світову практику такої діяльності до вітчизняних умов господарювання та запропонувавши основні засади його удосконалення та розвитку.

Останнім часом інвестори все більше усвідомлюють важливість нефінансових факторів у формуванні капіталізації. При цьому вони мають можливість зробити внесок у стійкий розвиток через соціально відповідальне інвестування (СВІ), метою якого є не тільки отримання доходу на вкладені кошти, а й створення позитивних соціальних змін, зменшення негативного впливу на навколишнє середовище та відповідність етичним нормам.

СВІ – це процес здійснення компанією обраної лінії соціальної відповідальності, що проводиться на основі використання виділених соціальних інвестицій переважно на користь основних груп стейкхолдерів, а також місцевого співтовариства в регіоні діяльності корпорації.

Соціальні інвестиції бізнесу – це матеріальні, технологічні, управлінські або інші ресурси, а також фінансові кошти корпорації, що спрямовуються за рішенням керівництва на реалізацію соціальних програм, розроблених з врахуванням інтересів основних внутрішніх і зовнішніх зацікавлених сторін в надії, що в стратегічному відношенні компанією буде отриманий певний соціальний та економічний ефект [28].

СВІ на фондових ринках почало розвиватися в 1960-х роках і впродовж наступних 20 років більшою мірою відповідало поняттю «етичне інвестування», яке в подальшому стало лише напрямом соціально відповідального інвестування. Реакція громадянського суспільства на етичні проблеми була імпульсом для розвитку СВІ в США. Знаковою подією стало заснування в 1971 році фонду PAX World, який відмовився від інвестицій в компанії, що одержували доходи від війни у В'єтнамі. Саме тоді в США були розроблені Принципи Саллівана, які закликали до відмови від інвестицій в компанії, що вели діяльність у ПАР і тим самим підтримували існуючий там режим апартеїду.

Стурбованість громадянського суспільства європейських країн з приводу проблем, пов'язаних з правами людини та практикою трудових відносин, зумовила інтеграцію соціальних критеріїв в процес прийняття інвестиційних рішень. Таким чином, в 1980-х роках почався перехід від поняття «етичного інвестування» до поняття «соціально відповідального інвестування». В 1990-х роках концепція сталого розвитку і гіпотеза про зміну клімату отримали міжнародне визнання. У зв'язку з цим поняття СВІ включило в себе й екологічний аспект.

Після гучних корпоративних скандалів на початку 2000-х років, таких як банкрутство Enron і WorldCom, регулятори фондових ринків стали приділяти особливу увагу питанням корпоративного управління. Зокрема, в 2002 році в США був прийнятий Закон Сарбейнса-Окслі, який висував вимоги до емітентів щодо внутрішнього контролю, управління та розкриття інформації. Інвестори також стали уважніше ставитися до корпоративного управління емітентів, перетворивши його в один з напрямків СВІ [12].

За останні 40 років СВІ еволюціонувало від одиничних практик етичного інвестування до окремого сегмента фондового ринку зі своїми учасниками та інфраструктурою.

З моменту заснування PAX World Fund в 1971 році коло інвесторів, що використовують методи СВІ, значно розширилося. У розвинених країнах сформувалися групи інституціональних та індивідуальних інвесторів, які дотримуються усталених напрямків, критеріїв і методів СВІ.

До інституціональних інвесторів в сегменті соціально відповідальних інвестицій відносяться фінансові інститути, що інвестують власні кошти, страхові компанії та пенсійні фонди, а також інвестиційні банки (компанії), які здійснюють управління активами юридичних осіб, включаючи церкви, громадські організації та навчальні заклади.

У ролі каталізаторів розвитку СВІ виступили пенсійні фонди. Так, в 2000 році у Великобританії, а потім і в інших країнах ЄС та в США були внесені зміни в пенсійне законодавство, відповідно до яких пенсійні фонди зобов'язані розкривати ступінь своєї участі в СВІ (наприклад, Державний фонд Норвегії зобов'язаний «уникати інвестицій, які пов'язані з неприйнятним ризиком щодо того, що фонд буде сприяти неетичній поведінці, в тому числі порушенню фундаментальних гуманітарних принципів, серйозним порушенням прав людини, корупції чи істотному негативному впливу на навколишнє середовище») [20].

Індивідуальними інвесторами в сегменті СВІ є інвестиційні компанії, що представляють інтереси фізичних осіб, або самі фізичні особи, які є професійними учасниками фондового ринку.

Найбільш популярною формою здійснення СВІ індивідуальними інвесторами є пайові інвестиційні (взаємні) фонди. В 2010 році в Європі було 879 взаємних фондів СВІ, в управлінні яких знаходилося біля 75 млрд євро, в США – 250 взаємних фондів, в управлінні яких знаходилося біля 316 млрд дол. США [15,17]. З 2002 по 2009 рік в Європейському Союзі зросла кількість країн, що в перелік обов'язкової статистичної звітності заклали і відомості щодо обсягу соціально відповідальних інвестицій: якщо в 2002 році – це 8 країн, то за результатами 2009 року доступна статистика СВІ вже по 14 країнам ЄС, крім того, обсяг соціальних інвестицій за цей період зріс майже в 14,83 рази.

Відомі декілька форм реалізації соціальних програм, популярними при цьому є традиційна благодійність і соціальне інвестування, або венчурна філантропія. Переваги соціально відповідального інвестування порівняно з традиційною благодійністю полягають в тому, що соціальне інвестування – це довгостроковий інтерес, що передбачає:

інтеграцію цілей основної діяльності та стратегії соціальних програм;

стратегічний підхід до розробки та реалізації соціальних програм; випереджаючу ініціативу корпорації з розробки та реалізації соціальних програм;

інвестицією є не лише грошова й натуральна допомога, добровільна праця та фінансова участь співробітників корпорації, але й ресурси партнерів (органів влади та місцевого самоврядування, некомерційних організацій, інших компаній тощо);

рушійною силою є врахування інтересів партнерів за умови дотримання бізнес-вигоди для корпорації;

програми соціального інвестування є стійкими та економічно обґрунтованими на кшталт будь-яких інших бізнес-ініціатив;

пакет програм формується на основі принципів портфельного інвестування, що дозволяє поєднувати різні види соціальної діяльності.

Соціально відповідальне інвестування як процес розвивається в рамках науково-практичного напрямку – соціального партнерства, сутність якого полягає в налагодженні конструктивної взаємодії між трьома силами – державними структурами, організаціями та суспільством з метою вирішення важливої соціальної проблеми. Дієвість механізму обумовлена тим, що оскільки представники кожного сектора не можуть вирішити цю проблему самостійно, то об'єднавшись, вони цілком можуть це зробити. Таким чином в ідеалі соціальне партнерство – це взаємодія двох чи трьох секторів для вирішення соціальних проблем, що є вигідно як кожній зі сторін, так і населенню території, де воно реалізується [24].

Соціальні інвестиції, класифіковані за об'єктами інвестування та за ступенем впливу на корпорацію та суспільство, можуть бути поділені на три групи: перша група – соціальні інвестиції, що прямо впливають на дохід корпорації та опосередковано – на суспільство, друга група – ті, що прямо впливають як на дохід корпорації, так і на суспільство в середньостроковому та довгостроковому періоді, третя – інвестиції, що прямо впливають на корпорацію та визначені фокус-групи (табл. 1.6).

Таблиця 1.6.

Види соціальних інвестицій та їх вплив на взаємовідносини
«корпорація – суспільство»

Ступінь впливу	Види інвестицій
Прямий на дохід корпорації Опосередкований (через ринок товарів і послуг) на суспільство	інвестиції у виробництво якісних товарів і надання якісних послуг
	інвестиції в розвиток виробництва (включаючи сучасні та в необхідному обсязі капіталовкладення в основні засоби), підвищення економічної ефективності і конкурентоспроможності, інноваційний менеджмент
	інвестиції в розвиток персоналу
	інвестиції на підтримку й розвиток добросовісних ділових практик; своєчасна та в повному обсязі сплата податків та зборів
Прямий на корпорацію та суспільство (переважно в середньостроковому та довгостроковому періоді)	підвищення дивідендної прибутковості й своєчасна виплата дивідендів
	інвестиції в розвиток місцевого співтовариства на територіях перебування
	інвестиції в охорону навколишнього середовища
	надання грошової, матеріальної та іншої підтримки органам влади при вирішенні складних соціальних завдань (бідність, безробіття) та в надзвичайних обставинах
Прямий на корпорацію та визначені фокус-групи, проекти	інвестиції в реалізацію програм корпоративної філантропії та благодійництва

Формування портфеля СВІ базується на тих же підходах, що і формування традиційного портфеля цінних паперів, включаючи визначення інвестиційної політики, коротко- та довгострокових цілей, толерантності до ризику, а також розуміння завдань в процесі управління портфелем.

Завданням управління традиційним портфелем є досягнення оптимального балансу між ризиком і доходом впродовж певного періоду часу. При управлінні портфелем СВІ до цього додається завдання врахування соціальних, екологічних, етичних аспектів інвестування, а також практик корпоративного управління емітентів.

Методи СВІ доцільно поділити на дві групи: скринінг (відбір) об'єктів інвестування і вплив акціонерів. Вони доповнюють один одного, дозволяючи враховувати питання СВК на різних етапах інвестиційного циклу. Відбір об'єктів інвестування відбувається до покупки цінних паперів, а вплив акціонерів використовується при вже сформованому портфелі.

Основним методом СВІ є негативний скринінг або виключення. Як правило інвестори, керуючись етичними міркуваннями, виключають зі своїх портфелів цінні папери емітентів компаній з таких галузей, як алкогольна, тютюнова промисловість, азартні ігри, атомна енергетика.

До негативного також зараховують скринінг, заснований на принципах (нормах), що полягає у виключенні компаній, які не застосовують системного підходу в процесі дотримання принципів в області СВК, що містяться в Глобальному договорі ООН, «Цілях розвитку тисячоліття», основних конвенціях МОП, Керівництві ОЕСР для транснаціональних компаній, тобто виконують встановлені в цих документах правила та норми лише частково або час від часу, безсистемно [27].

З початку 1990-х років інвестори почали застосовувати позитивний скринінг – відбір компаній, які проводять активну соціальну політику, або впроваджують програми, що мінімізують негативний вплив їх господарської діяльності на навколишнє середовище. Найпоширенішим видом позитивного скринінгу є відбір паперів «кращих» компаній у своєму секторі (best-in-class), що дозволяє забезпечити диверсифікацію портфеля.

Також інституційні інвестори застосовують метод взаємодії, що полягає у використанні прав акціонерів для впливу на діяльність емітентів в області СВК. Взаємодія передбачає зустрічі з керівництвом корпорацій, голосування на загальних зборах акціонерів, підписання резолюцій акціонерів і спілкування зі ЗМІ. Відмінність цього методу від скринінгу полягає в тому, що взаємодія впливає не на вибір цінних паперів, а на поведінку емітентів при сформованому портфелі.

Діяльність вітчизняних корпорацій в царині розвитку людського потенціалу, місцевих громад територій базування виробничих

потужностей корпорації та допомоги малозабезпеченим верствам населення різняться: одні відкликаються на прохання регіональної та місцевої влади про допомогу в вирішенні певних проблем, перераховуючи кошти, яких потребує проект, або надаючи технічну чи іншу підтримку, інші, турбуючись про ефективність використання вкладених коштів, створюють і застосовують прозорі механізми соціального партнерства, організовуючи конкурентні схеми підтримки соціально-значимих проектів, укладаючи угоди про соціальне партнерство з місцевою владою, створюючи іменні фонди розвитку місцевих громад, деякі вивчають зарубіжні моделі соціальної відповідальності, корпоративного громадянства, намагаючись опанувати можливості побудови вітчизняних аналогів, розробляють і приймають кодекси корпоративної етики тощо.

В 2018 році в межах національного конкурсу «Найкращі практики корпоративної соціальної відповідальності» в окремих номінаціях нагороджені: «захист прав споживачів» – «Альфа-банк» з практикою клієнтоорієнтованості; «трудові відносини» – проект «10%» компанії Terrasoft (міжнародна компанія) та Академія ДТЕК (українська компанія); «розвиток громад» – компанія «Данон» за практику об'єднання, підтримки і розвитку дрібних сільгоспвиробників України; «права людини» – Концерн «Галнафтогаз» (практика безбар'єрності); «охорона навколишнього середовища» – Одеський морський торговельний порт [22].

Серед вітчизняних корпорацій лідером в сфері соціальної відповідальності корпорацій є Група Компаній «Систем Кепітал менеджмент» (СКМ), яка в 2016 році вчетверте поспіль зайняла перше місце в рейтингу «Гвардія соціально відповідальних компаній» (проводиться журналом «Гвардія» видавничого дому «Галицькі контракти»). СКМ була заснована в 2000 р., володіє контрольними пакетами акцій більше 100 вітчизняних підприємств, на яких працюють близько 130 тис. осіб. Діяльність компанії сконцентрована в 6 основних сферах бізнесу: гірнича металургія, енергетика, фінанси, телекомунікації, ЗМІ та нерухомість. Основний обсяг інвестицій СКМ зосереджений в промисловому секторі економіки. Гірничо-металургійні та енергетичні підприємства, що входять в галузеві холдинги Метінвест і ДТЕК (компанії Групи СКМ), є

основним джерелом доходу Групи, більшість працівників Групи працюють саме на них, проте інвестиції в непромислові сектори економіки також є досить значними. Для забезпечення стійкого розвитку бізнесу компанія ухвалила рішення про подальшу диверсифікацію інвестиційного портфеля та розвитку бізнесу в нових сучасних галузях, до 2020 р. планується довести частку пост-індустріальних напрямів – фінансового, телекомунікаційного, медіа, нерухомості – з поточних 10 % до 30 %.

З 2005 р. керівництвом компанії розпочато реструктуризацію бізнесу з метою створення чіткої, зрозумілої та ефективної структури корпоративного управління, що відповідає світовим стандартам, створено наглядові ради для всіх галузевих холдингів, засновано профільні комітети при наглядових радах (наприклад, комітет з соціальної відповідальності, аудиту, з призначень і компенсацій, зі стратегії та інвестицій), а також системи внутрішнього аудиту й управління ризиками. Компанія розуміє стійкий розвиток як необхідність не тільки розвиватися самостійно, але й будувати відносини з іншими учасниками суспільних процесів, враховувати їх інтереси. В СКМ проведена внутрішня експертна оцінка та визначено коло ключових зацікавлених сторін, до яких відносяться: трудові колективи підприємств, територіальні громади, органи місцевого самоврядування регіонів базування підприємств Групи, органи державної влади, громадські організації, ЗМІ. По відношенню до цих груп СКМ взяла на себе наступні зобов'язання:

- визначати та розуміти соціальні аспекти своєї діяльності, а також погляди й інтереси зацікавлених сторін;
- враховувати та реагувати на потреби зацікавлених сторін;
- звітувати про рішення, внутрішні та зовнішні дії компанії перед стейкхолдерами.

Компанія СКМ та підприємства групи визначають себе як соціально відповідальний бізнес, що прагне зробити внесок в побудову сильної та успішної України – рівноправного члена світового співтовариства. СКМ задекларовані наступні основні напрями СВК: відповідальність перед працівниками, охорона навколишнього середовища, розвиток місцевих громад, соціальне інвестування, спонсорство та благодійність. З 2005 р. компанія публікує звіти з

соціальної відповідальності, з 2007 р. вони готуються за стандартом GRI (використовується 21 показник результативності соціальної діяльності). Пріоритетними напрямками соціального інвестування компанії є: інвестиції в розвиток регіонів присутності, охорону праці та промислову безпеку, охорону навколишнього середовища, адресне благодійництво, за обсягами соціальних інвестицій на першому місці – інвестиції в охорону навколишнього середовища, що насамперед пов'язано з галузевою структурою основних видів діяльності групи (добувна та переробна промисловість, виробництво та розподіл електроенергії, газу та води), на другому місці – інвестиції в охорону праці та промислову безпеку.

Характерною особливістю підходу групи до СВК є і те, що адресне благодійництво з 2007 року розглядається як відокремлений напрям соціальної відповідальності, окремий проект та фонд Групи [16].

Група поважає право своїх співробітників створювати та вступати в професійні спілки та інші об'єднання з метою представлення своїх трудових та соціально-економічних прав й інтересів, формує довгострокові партнерські відносини з профспілковими організаціями, співробітниками, пенсіонерами, ветеранами підприємств та іншими зацікавленими особами. Захист трудових прав співробітників та їх професійних організацій, поліпшення умов праці й забезпечення соціальних гарантій регламентовані колективними угодами, що укладені на всіх підприємствах Групи компаній СКМ.

Тенденції сучасного етапу соціально-економічного розвитку країни (зокрема обмеженість державного фінансування соціальних витрат, звужене відтворення населення в переважній кількості регіонів, старіння населення та інші негативні демографічні процеси, підвищення рівня безробіття, погіршення умов життя населення, негативний вплив світової фінансової кризи на попит на національному та світовому ринках на продукцію вітчизняних виробників тощо) обумовлюють нагальну необхідність ініціювання з боку держави процедур соціального діалогу та співпраці з бізнес-співтовариством. Найефективніше активізація СВК може бути реалізована в рамках чітко окресленої державної політики, а в сфері соціальної відповідальності корпорацій її на сьогодні в країні не

існує, адже мінімальні законодавчі стимули до соціальної діяльності в Україні скасовані, договори про соціальне партнерство між місцевою владою та корпораціями підписуються переважно з метою підтримки контактів, отримання переваг першочерговості, підтримання іміджу корпорації, а інколи навіть з метою тіншового перерозподілу грошових потоків. Поєднання законодавчо закріплених стимулів до посилення соціальної відповідальності у вигляді зниження податку на прибуток, який спрямовується на благодійні цілі, пріоритетного права на вчинення визначених дій (участь в приватизаційних конкурсах, тендерах на державні закупівлі, інвестиційних проектах тощо), контролю за соціальною діяльністю корпорацій, який буде реалізовуватися у вигляді соціальних звітів корпорацій, соціального аудиту незалежними консалтинговими та фінансовими компаніями та координації, яку візьмуть на себе органи місцевої влади, дасть можливість побудувати ефективний організаційно-економічний механізм реалізації корпораціями своєї соціальної відповідальності перед зацікавленими особами та суспільством.

Відсутність єдиних стандартів та національної стратегії соціальної відповідальності й соціального діалогу, єдиної концепції соціальної відповідальності, єдиної бази даних по організаціям, які були сертифіковані за однією з міжнародних організацій з СВК (на сьогоднішній день це біля 10000 організацій), якщо не унеможливує, то значно гальмує функціонування інституту СВК. І навпаки, узгоджені дії в контексті соціального партнерства з підготовки, прийняття та впровадження такого роду формальних норм забезпечать оптимізацію соціальних, політичних та економічних реформ в Україні, коли будь-яка фізична чи юридична особа зможе взяти на себе відповідальність за зміни, які вона створює своєю діяльністю та продукцією.

Об'єктивні та суб'єктивні проблеми соціального інвестування пов'язані з інституційними причинами, як зовнішніми по відношенню до корпорації (громадськість поки що не готова до адекватного сприйняття інформації такого роду, а держава намагається використовувати її в своїх інтересах, експерти, партнери та інвестори потребують її лише епізодично, тому керівництво

корпорації переважно розкриває лише загальну інформацію про соціально відповідальне інвестування, не вдаючись в «ризиковані» для своєї діяльності деталі процесу організації відповідних фінансових потоків, ці недоліки пов'язані насамперед з недосконалістю існуючої моделі взаємодії бізнесу, суспільства та держави), так і внутрішніми (несформованість єдиного поняття соціальних інвестицій та СБІ, поєднання соціальних інвестицій і витрат, пов'язаних з основною діяльністю; переважно безсистемний підхід до соціально відповідального інвестування внаслідок відмінностей в цілях, що стоять перед різними центрами впливу корпорації; наявність різних, інколи конфліктуючих, правил бухгалтерського обліку зовнішніх і внутрішніх програм; відсутність загальноприйнятих стандартів публічної соціальної звітності вітчизняних компаній тощо).

З іншого боку, сучасними умовами господарювання формуються засади, що стимулюють корпорації до підготовки та розкриття інформації про соціальне інвестування, серед яких: нагальна необхідність оприлюднення проблем ведення бізнесу з метою спільного їх вирішення, формування позитивного іміджу корпорації та лояльної громадської думки, досягнення високого ступеня прозорості корпорації з метою подальшого виходу на міжнародні фондові ринки й співпраці з зарубіжними партнерами, інвесторами, експертами, розширення сфер діяльності тощо.

Однією з основних причин, що перешкоджає підвищенню рівня прозорості корпорацій в сфері соціально відповідального інвестування, є наявність потенційних конфліктів [13;18;19; 21], що можуть мати місце після розкриття інформації про соціальні інвестиції між такими групами стейкхолдерів, як: менеджери та інвестори; виробники й споживачі; корпорація та податкові органи; працівники корпорації й населення з низькими доходами; корпорація, влада та громадськість; одержувачі та розподілювачі соціальних інвестицій (зокрема топ-менеджери та рядові працівники корпорації; розподілювачі та одержувачі соціальних інвестицій; групи одержувачів соціальних інвестицій).

Існує ряд можливих шляхів вирішення цих конфліктів, які успішно застосовуються в діловій практиці, в тому числі:

створення некомерційних фондів з соціальними завданнями за рахунок власних коштів мажоритарних акціонерів (наприклад, фонд «Розвиток України» Групи компаній «Систем Кепітал Менеджмент»);

формування опікунських рад з широкою участю громадськості та експертів;

побудова конструктивних партнерських взаємовідносин з державою для створення ефективних норм і забезпечення контролю за виконанням соціальних зобов'язань всіма суб'єктами ринку.

Що ж стосується напрямів та заходів державного стимулювання СВК та соціально відповідального інвестування, то доцільно запропонувати наступні, поділивши їх на короткострокові, середньострокові та довгострокові (табл. 1.7).

Таблиця 1.7.

Заходи державного стимулювання соціальної відповідальності корпорацій

Напрями/ заходи	Короткострокові	Середньострокові	Довгострокові
Напрями	Доопрацювання механізмів податкових пільг на благодійництво	Підвищення привабливості соціально відповідального інвестування	Розробка Національної Програми стимулювання СВК
Заходи	Спрощення процедури розрахунку ПДВ в частині благодійності	Збільшення кількості та вагомості соціальної реклами	Адаптувати найкращу світову практику СВК
	Прийняття закону про зменшення бази для розрахунку податку на прибуток на розмір витрат на благодійність	Робота зі ЗМІ для оприлюднення програм СВК (часткова передача квот на публікації, корегування антимонопольного законодавства)	Переглянути та узгодити напрями й заходи стимулювання, визначити напрямки доопрацювання

Продовження табл. 1.7.

Напрями	Інформаційне партнерство та збільшення прозорості СВК	Удосконалення правових норм	Розвиток проектів співфінансування з бізнесом
Заходи	Започаткування конкурсів кращих практик та програм СВК, публікація рейтингів	Включення СВК в обов'язкові вимоги для участі в тендерах на державні закупівлі, інвестиційних проектах, приватизаційних конкурсах тощо	Розробка та впровадження проектів соціального партнерства між державою, бізнесом, місцевими громадами по фінансуванню заходів з охорони навколишнього середовища, розвитку місцевих громад території базування корпорацій
	Проведення конференцій спільно з бізнесом та громадянами	Встановлення обов'язковості визначення й формалізації прав та обов'язків сторін (роботодавців та трудового колективу, працівників) у внутрішньо корпоративних документах (статуті, колективному та трудовому договорі, контракті)	

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978),

Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Таллінська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни системи оздоровлення та формування здорового способу життя, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем залучення інших видів ресурсів крім фінансових;

не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

Таким чином, соціально відповідальне інвестування як інструмент КСВ, на відміну від спонтанних проявів спонсорства і благодійності, за рахунок своєї планованості, системності і тісного зв'язку з основною діяльністю корпорації, дозволяє збільшити вигоду як для останньої, так і для суспільства.

Економічний ефект від соціально відповідального інвестування зростає за високого рівня комунікаційної активності корпорації, спрямованої на висвітлення даного аспекту діяльності, проте в Україні сьогодні незначна кількість корпорацій демонструє високий рівень прозорості з цього питання, основними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, конфлікти інтересів різних груп стейкхолдерів. Для вирішення цієї проблеми необхідним є як активне просування ідей про переваги СВК і соціально відповідальне інвестування, так і впровадження ефективних стратегій управління взаємовідносинами зі стейкхолдерами.

Висновки до першого розділу

В цілому, проблема соціального розвитку в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Отже, безперечним є її значний вплив на формування економічної політики країн. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності, які в той же час можна розглядати як нову форму експансії ТНК на глобальні ринки, поліпшення іміджу компаній, формування платоспроможного попиту на продукцію корпорацій, що в свою чергу спрямовано на зростання отримання прибутків. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин, побудови гуманного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи державного управління функціонують разом з глобальними інститутами та створюють нові інститути з метою регулювання цього процесу. Однак розгляд цих проблем з позицій концепції «економічного імперіалізму» дозволяє більш об'єктивно дослідити економічні стимули та потенційні прибутки в соціальній діяльності ТНК.

Все більш значним інститутом, що впливає на формування механізмів соціальної відповідальності корпорації, стають документи різних груп глобальних компаній. Так, група міжнародних лідерів бізнесу, в яку ввійшли 65 глобальних компаній, серед яких 12 американських, стільки ж британських, 5 японських, 3 німецьких, а також низка компаній з інших країн, взяла на себе відповідальність співпрацювати в сфері удосконалення своєї ділової практики і діалогу з іншими носіями процесу глобалізації у сприйнятті соціальної відповідальності у якості своєї стратегії при операціях в різних регіонах світу.

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затверджені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012).

Всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення доступності до медичних послуг всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, системи оздоровлення та формування здорового способу життя, систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових; не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

Соціально відповідальне інвестування як інструмент КСВ, на відміну від спонтанних проявів спонсорства і благодійності, за рахунок своєї планованості, системності і тісного зв'язку з основною діяльністю корпорації дозволяє збільшити вигоду як для останньої, так і для суспільства.

Економічний ефект від соціально відповідального інвестування зростає за високого рівня комунікаційної активності корпорації, спрямованої на висвітлення даного аспекту діяльності, проте в Україні сьогодні незначна кількість корпорацій демонструє високий рівень прозорості з цього питання, основними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, конфлікти інтересів різних груп стейкхолдерів. Для вирішення цієї проблеми необхідним є як активне просування ідей про переваги СВК і соціально відповідального інвестування, так і впровадження ефективних стратегій управління взаємовідносинами зі стейкхолдерами.

Список використаних джерел до першого розділу

1. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. – М.: REFL – book, 1997. – 295 с.
2. Вольчик В.В. Возможности традиционного институционализма при исследовании институциональных изменений в экономике / В.В. Вольчик // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008 – Вип. 34-1. – С. 37-45.
3. Галабурда Н.К. Методология институционализма: осознание категориального аппарата / Н.К. Галабурда // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 24-30.
4. Гохберг О.Ю. Институализация як передумова конкурентоспроможності рекламного бізнесу / О.Ю. Гохберг // Торгівля і ринок України. – 2010. – № 30. – С.281-288.
5. Гриценко А.А. Институциональный империализм и его роль в развитии экономической теории / Гриценко А.А. // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 46-48.
6. Гриценко Е.А. Качество институтов: методологические подходы к исследованию / Е.А. Гриценко // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 56-61.
7. Дефорж С.Ю. Актуальные проблемы институализации транзитивной экономики / С.Ю. Дефорж, А.Н. Ключко // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна – 2008. – Вип. 34-1. – С. 112-115.
8. Клаузевиц К. «О войне». – М.: ЭКСМО, 2007. – 342 с.
9. Кокошин А.А. Размышления о технократии и технократах. – М.: УРСС, 2008. – 40 с.
10. Меркузе Г. Одномерный человек, Исследования идеологии развития индустриального общества / Пер. с англ. – М.: REFL – book, 1994. – 279 с.
11. Фомина Ю.А. Традиционный институционализм и неoinституционализм – объединение методологических позиций / Ю.А. Фомина // Наукові праці ДонНТУ. Серія: економічна. – 2008. – Вип. 34-1. – С. 61-67.
12. Благов Ю.Е. Корпоративная социальная ответственность: эволюция концепции / Ю.Е. Благов. – СПб. : Изд-во «Высшая школа менеджмента», 2010. – 272 с.
13. Кузнецов В.С. Проблеми захисту прав акціонерів в Україні / В.С. Кузнецов // Матеріали науково-теоретичної конференції «Проблеми розвитку державних і місцевих фінансів» (м. Київ, 10–11 квітня 2003 р.). – К. : НДФІ, 2003. – С. 179-185.
14. Отчет о прогрессе внедрения принципов Глобального Договора ООН в 2006 году. – Режим доступа : <http://www.scm.com.ua>.

15. Отчет. Социальная ответственность: 2005 год (в двух частях). – Режим доступа : <http://www.scm.com.ua>.
16. Отчет об устойчивом развитии 2008–2009. – Режим доступа : <http://www.scm.com.ua>.
17. Отчет об устойчивом развитии «Систем Кэпитал Менеджмент» за 2009–2010 годы. Закладывая основу будущего. – Режим доступа : <http://www.scm.com.ua>.
18. Поважний А.С. Проблемы управления и организации деятельности акционерных обществ в Украине / А.С. Поважний. – Донецк : ИЭП, 2002. – 299 с.
19. Пономаренко В.С. Корпорації та інтегровані структури: проблеми науки та практики : монографія / В.С. Пономаренко, Г.В. Назарова. – Харків : ВД «ИНЖЕК», 2007. – 344 с.
20. Посібник для спостережень та виключення з інвестиційного простору Державного пенсійного фонду, прийнятий Міністерством фінансів Норвегії 1.03.2010 р. відповідно до Закону № 123 від 21.12.2005 р. (частина 7).
21. Сазонець І.Л. Корпоративне управління : навч. посіб. / І.Л. Сазонець, П.І. Сокуренько, Ю.В. Вдовиченко. – Донецьк : «Юго-Восток», 2007. – 372 с.
22. Саприкіна М. Впервые в Украине – выставка КСО проектов / М. Сапрыкина // CSR Review. – 2010. – № 7–8. – С. 13-14.
23. Фондовые рынки в контексте устойчивого развития «Эрнст энд Янг», 2011. – 24 с. – Режим доступа : <http://www.ey.com>.
24. Фінансовий та організаційно-інституційний механізми державного управління розвитком соціально-економічної інфраструктури : монографія / В.В. Дорофійенко, В.М. Гончаров, В.М. Лобас та ін. – Донецьк: СПД Купріянов В.С., 2010. – 220 с.
25. Якимец В.Н. Социальные инвестиции российского бизнеса: механизмы, примеры, проблемы, перспективы / В.Н. Якимец. – М. : Комкнига, 2005. – Т. 18. – С. 49-54.
26. Green, Social and Ethical Funds in Europe 2010 Review. – Vigeo. – Milan, 2010.
27. Pension Programme – Socially Responsible Investment Toolkit 2004–2005 // European Socially Responsible Investment Forum (Eurosif), Paris, 2004. – р. 18.
28. Socially Responsible Investing Facts // Social Investment Forum. – Режим доступа : <http://www.socialinvest.org/resources/sriguide/srifacts.cfm>.
29. Гладченко А.Ю. Дисипативна модель глобальної рівноваги та аменсалістичні властивості сучасної економіки / І.Л. Сазонець, А.Ю. Гладченко. – Рівне : Волин. обереги, 2017. – 212 с.

30. Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу. – Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_649.

31. Алма-Атинська декларація. – Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_189.

32. Оттавська хартія по зміцненню здоров'я. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://boyarka-archive.cspr.info/2008/09/ponyattya-zdorov>.

33. Таллінська Хартія. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5501>.

34. Європейська Хартія прав пацієнтів. – Електронний ресурс. Режим доступу: http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf.

35. Європейська політика «Здоров'я – 2020». – Електронний ресурс, Режим доступу: <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-1/6408>.

36. Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я 1996 року. – Електронний ресурс. Режим доступу: http://respond.org.ua/files/attachments/Review%20of%20legislative%20and%20regulatory%20framework%20on%20QI_0.pdf.

37. Шафранський В.В. Європейська політика «Здоров'я 2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів / В.В. Шафранський // Економіка і право охорони здоров'я. – №1(3). – 2016. – с. 44-47.

38. Сазонець І.Л. Пріоритети концепції «економічного імперіалізму» в дослідженні соціальної відповідальності транснаціональних корпорацій як формальних інститутів / І.Л. Сазонець // «Актуальні проблеми економіки». – 2014. – №4 (130). – с. 54-61.

39. Sazonets I.L. The usage of social responsible investment in the process of modern corporate governance/ I.L. Sazonets, O. Berezina // Dnipropetrovsk university journal. Series: World Economics and International Economic Relations. – 2012. – Spesial issue 4 (2).

40. Концепція глобальної рівноваги Медоуза. – Електронний ресурс. Режим доступу: Volume 20, p. 96-106. <https://uk.wikipedia.org/wiki>.

41. Ерохина Е.А. Теория экономического развития : системно-синергетический подход / Е.А. Ерохина. – Томск : Изд-во Томского университета, 1999. – 78 с.

РОЗДІЛ 2.

СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

2.1. Проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів

Сучасні реформи в економічному, соціальному житті країни зумовлюють докорінну переорієнтацію суспільства на вирішення поточних прав людини. Розвиток людини, її матеріальне благополуччя, духовне і фізичне здоров'я стають головною метою опікування держави та суспільства. Людиноцентрична модель розвитку сучасного українського суспільства та держави є різновекторною. Одним з головних векторів такої моделі є розвиток соціальної сфери, її переформатування та набуття дієвості у відповідності до нових ринкових механізмів господарювання. Особливо це стосується сфери охорони здоров'я.

Вирішення проблеми трансформації системи державного управління охороною здоров'я є одним з ключових аспектів сучасної моделі трансформації суспільного життя в Україні. Вирішення цих нагальних питань неможливо уявити без комплексного, послідовного аналізу трансформації всієї системи соціального забезпечення. Оскільки система охорони здоров'я не існує ізольовано, а спирається на такі важливі складові, як загальний добробут населення, можливості для відпочинку та оздоровлення, можливість займатися фізичною культурою та спортом та ін., необхідно розглядати систему соціального забезпечення, соціальну сферу як основу для забезпечення здоров'я нації.

Управління системою охорони здоров'я є складною багатоаспектною задачею, вирішення якої можливе тільки при об'єднанні зусиль державної центральної влади, місцевих органів державного управління, міжнародних організацій, інститутів громадянського суспільства, спеціалізованих вищих навчальних закладів. Після закінчення реформування система охорони здоров'я повинна залишатися не менш дієвою, ніж сьогодні за масштабами надання медичних послуг, але більш якісною, орієнтованою на сучасні медичні технології, обладнання, високу якість підготовки спеціалістів.

Незважаючи на велику кількість наукових та методичних досліджень у сфері медицини та охорони здоров'я, наукових досліджень саме з питань розвитку державної соціальної системи управління охороною здоров'я невелика кількість. Сучасні фахівці з різних галузей знань по-різному аналізують процеси управління в медичній сфері. Ці питання досліджують фахівці з медицини, соціальних наук, економічних наук, державного управління. Специфіка системи охорони здоров'я, високий рівень спеціальних знань, які потрібні для розуміння інноваційних процесів в цій сфері, спонукає до подальшого дослідження цих процесів, що мають носити більш комплексний, синтезований, мультидисциплінарний характер.

Вітчизняні науковці приділяли значну увагу вирішенню проблем, що стоять на шляху соціального розвитку країни. Основні напрями наукових досліджень за цією тематикою подано в таблиці 2.1.

Слід зазначити, що ряд науковців досліджує питання, що пов'язані з державним управлінням соціальним розвитком. До таких науковців слід віднести Алейнікову О.В., Жовнірчика Я.Ф., Залужну А.Є., Сиченко В.В., Шарого В.І. Ці вчені досліджували такі питання, як: соціальний розвиток в умовах реформування адміністративних систем, державне регулювання розвитку соціальних процесів, економіки регіонів та міжрегіональних економічних зв'язків: теорія, методологія, механізми, методологічні підходи до системи державного управління системою освіти як складовою частиною управління соціальною сферою, особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної соціальної політики в умовах трансформації українського суспільства, управління соціальним розвитком шляхом посилення культурологічної складової вищої освіти, управління соціально-культурною сферою та процесами виховання в сфері культури.

Сазонець І.Л., Сазонець О.М. аналізували соціальні процеси в країні з точки зору імплементації міжнародних норм, правил, підходів та діяльності міжнародних організацій, зокрема вони висвітлювали такі питання, як: корпоративна соціальна відповідальність, Глобальний договір ООН, цілі тисячоліття та їх реалізація в Україні, діяльність міжнародних організацій в управлінні людським розвитком та вдосконаленні соціальних процесів, порівняльна характеристика систем оплати праці в країнах світу.

Таблиця 2.1.

Наукові дослідження в сфері управління соціальним розвитком
[складено автором]

№	Автори	Зміст наукової концепції
1.	Амоша О.І.	Соціальний розвиток трудових колективів підприємств, регіонів з високим рівнем техногенного навантаження та розвитком промисловості
2.	Алейнікова О.В.	Соціальний розвиток в умовах реформування адміністративних систем
3.	Безтелесна Л.І.	Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку
4.	Жиглей І.В.	Вдосконалення системи обліку соціальних процесів як складова частина корпоративної соціальної відповідальності та соціалізації суспільства
5.	Жовнірчик Я.Ф.	Державне регулювання розвитку соціальних процесів, економіки регіонів та міжрегіональних економічних зв'язків: теорія, методологія, механізми
6.	Залужна А.Є.	Управління соціальним розвитком шляхом посилення культурологічної складової вищої освіти, управління соціально-культурною сферою та процесами виховання в сфері культури
7.	Сазонець І.Л.	Корпоративна соціальна відповідальність, Глобальний договір ООН, Цілі тисячоліття та їх реалізація в Україні
8.	Сазонець О.М.	Діяльність міжнародних організацій в управлінні людським розвитком та вдосконаленні соціальних процесів, порівняльна характеристика систем оплати праці в країнах світу
9.	Сиченко В.В.	Методологічні підходи до системи державного управління системою освіти як складовою частиною управління соціальною сферою
10.	Шарій В.І.	Особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної соціальної політики в умовах трансформації українського суспільства
11.	Якімчук А.Ю.	Соціальні процеси як складова частина сталого розвитку
12.	Ястремська О.М.	Розвиток системи соціального інвестування, соціальні програми корпорацій, підвищення якості трудового життя

Інші вчені сконцентрувались на проблемах соціально-економічного характеру, що більше притаманні для України. До таких вчених слід віднести Амошу О.І., Безтелесну Л.І., Жиглей І.В., Якімчук А.Ю., Ястремську О.М. Ці науковці досліджували такі питання, як: соціальний розвиток трудових колективів підприємств, регіонів з високим рівнем техногенного навантаження та розвитком промисловості, соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку, вдосконалення системи обліку соціальних процесів як складова частина корпоративної соціальної відповідальності та соціалізації суспільства, соціальні процеси як складова частина сталого розвитку, розвиток системи соціального інвестування, соціальні програми корпорацій, підвищення якості трудового життя.

Система державного управління охороною здоров'я не працює ізольовано від інших ланок механізму управління соціальними процесами. Одним з головних інструментів забезпечення здоров'я населення на теперішній час в усьому світі стає цілісна система інститутів, що сформувались та функціонують в різних сферах суспільного життя, але й одночасно працюють на покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, рухової активності, збільшення тривалості активного життя. Сучасна наука визначає соціальний інститут (від лат. *institutum* – заклад, установа, устрій) – як сталий механізм самоорганізації спільного соціального життя людей, орган управління ними. Також соціальний інститут – це форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

У соціології соціальний інститут розглядається як:

1. певна сукупність установ, які відповідають соціальній структурі суспільства;
2. сукупність соціальних норм і культурних зразків, які визначають сталі форми соціальної поведінки і дії;
3. система поведінки відповідно до цих норм.

Якщо розглядати першу ознаку – сукупність установ, які відповідають соціальній структурі суспільства, то можна зазначити, що ця ознака притаманна формальним інститутам і як всі

формальні інститути, інститути сфери охорони здоров'я у своїй формальній сутності відстають від стрімкого розвитку суспільних відносин. Особливо це сьогодні помітно в Україні. Реформування соціальної структури суспільства довгий час не відобразалось на структурі державної системи охорони здоров'я. Поява нових класів, соціальних груп, які потребували різних підходів у медичному забезпеченні, не приводила до адекватної трансформації системи. Медична реформа, що проводиться сьогодні, приводить до відповідності вимогам суспільства систему державного управління охороною здоров'я.

Якщо розглядати другу ознаку – сукупність соціальних норм і культурних зразків, які визначають сталі форми соціальної поведінки і дії, то можна відзначити, що ця ознака є притаманною для неформальних інститутів. В системі охорони здоров'я ми можемо побачити значний вплив нових соціальних норм та культурних зразків, які приходять до нас разом з процесами європейської інтеграції та все більшої відкритості нашого суспільства. Населення України, особливо молодь, все більше звільняється від шкідливих звичок, ставить за мету здоровий спосіб життя, заняття фізичною культурою та спортом, незважаючи на недостатній рівень матеріального забезпечення та можливості отримати відповідні послуги на платній основі.

Третя ознака – система поведінки. Ця ознака може відноситись як до формальних, так і до неформальних інститутів. Формально вводяться нові норми та правила, що обмежують тютюнопаління в громадських місцях, розпиття алкогольних напоїв. В приватних корпораціях внутрішніми регламентами заохочується здоровий спосіб життя, соціальні пакети містять в собі оплату процедур оздоровчого характеру, медичних послуг. В той же час ці дії є і неформальними. Не маючи регламентованих можливостей для отримання послуг рекреаційного, оздоровчого, медичного характеру люди самостійно у вільний час за власний кошт займаються фізичною культурою, не палять, менше споживають алкоголю.

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я досліджувався визначеним колом науковців, яке не є досить широким, у зв'язку зі специфікою об'єкта управління, дослідження якого потре-

бують одночасно професійних знань в сфері економіки, фінансів, державного управління та медичної системи. До науковців, що розглядали питання за цим профілем, слід віднести наступних (таблиця 2.2):

Таблиця 2.2.

Наукові дослідження в сфері реформування системи охорони здоров'я [складено автором]

№	Автори	Зміст наукової концепції
1.	Білинська М.М.	Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні
2.	Волянський П.Б.	Комплексний аналіз потреби в медичному захисті населення від наслідків надзвичайних ситуацій
3.	Домбровська С.М.	Розвиток системи медичних послуг як складової соціальної безпеки та оптимальний рівень соціального розвитку для макро-, мезо- і мікро-регіонів України
4.	Іванов Ю.Б.	Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні
5.	Карамішев Д.Ф.	Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів
6.	Куценко В.І.	Система управління медициною, що орієнтується на інвестиції в здоров'я, як важливий чинник інноваційної стратегії держави
7.	Ляховченко Л.А.	Актуальні питання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я: теорія та практика
8.	Марова С.Ф.	Теоретичне осмислення сутності та особливостей медичної послуги та визначення медичної послуги як товару медичного ринку
9.	Сазонець І.Л.	Механізми державного управління та концепція розвитку санаторно-курортних закладів в Україні
10.	Саричев В.І.	Організація та розвиток системи оздоровлення, рекреації, туристичної діяльності, застосування засобів фізичної реабілітації у вирішенні проблем людського розвитку
11.	Сафонов Ю.М.	Перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я

До науковців, що аналізували проблеми вдосконалення механізму державного управління системою охорони здоров'я, слід віднести Білінську М.М., Домбровську С.М., Сазонця І.Л., Саричева В.І. Це коло науковців аналізувало такі проблеми, як: державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні, розвиток системи медичних послуг як складової соціальної безпеки та оптимальний рівень соціального розвитку для макро-, мезо- і мікрорегіонів України, механізми державного управління та концепція розвитку санаторно-курортних закладів в Україні, організація та розвиток системи оздоровлення, рекреації, туристичної діяльності, застосування засобів фізичної реабілітації у вирішенні проблем людського розвитку.

Окремі проблеми, що пов'язані з функціонуванням системи охорони здоров'я на національному рівні, досліджували Волянський П.Б., Іванов Ю.Б., Карамішев Д.Ф., Куценко В.І. Результатом їх досліджень стало вирішення питань, що стосуються комплексного аналізу потреби в медичному захисті населення від наслідків надзвичайних ситуацій, особливостей фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, державних механізмів регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів, системи управління медициною, що орієнтується на інвестиції в здоров'я, як важливого чинника інноваційної стратегії держави.

Більш прикладні дослідження в сфері охорони здоров'я, що стосувалися безпосередньо лікувальних закладів, проводили такі вчені, як: Ляховченко Л.А., Марова С.Ф., Сафонов Ю.М. Результатом їх досліджень стало вирішення наступних питань: питання фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я: теорія та практика, теоретичне осмислення сутності та особливостей медичної послуги та визначення медичної послуги як товару медичного ринку, перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я.

Останнім часом оприлюднюється значна кількість офіційних матеріалів, які стосуються модернізації системи охорони здоров'я. Зокрема, офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я повідомив про оприлюднення проекту Закону України «Про за-

твердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [1].

Проект спрямовано на:

– профілактику неінфекційних захворювань та формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки населення України, скорочення нерівності, проведення заходів, спрямованих на зниження основного тягаря хвороб, посилення потенціалу системи охорони здоров'я;

– формування міжсекторального підходу для підвищення ефективності заходів з їх профілактики та формування здорового способу життя;

– оптимізацію організації та фінансування системи охорони здоров'я в межах виконання Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [13].

Останній пункт є дуже важливим, тому що незважаючи на велику соціальну значущість сфери охорони здоров'я рівень оплати праці в ній є найнижчий серед всіх видів діяльності в Україні (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3.

Середньомісячна номінальна заробітна плата штатних працівників за видами економічної діяльності (грн) [83]

Види діяльності	2010	2013	2014	2015	2016		
					усього	відсотків до	
						середнього рівня по економіці	2015
Усього	2239	3265	3480	4195	5183	100,0	123,6
Сільське, лісове та рибне гос-во	1472	2340	2556	3309	4195	80,9	126,8
Промисловість	2570	3763	3988	4789	5902	113,9	123,2
Будівництво	1758	2702	2860	3551	4731	91,3	133,3
Оптова та роздрібна торгівля, ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів	1877	3010	3439	4692	5808	112,1	123,8

Продовження табл. 2.3.

Транспорт, складське гос-во, поштова та кур'єрська діяльність	2658	3589	3768	4653	5810	112,1	123,8
Тимчасове розміщування й організація харчування	1455	2249	2261	2786	3505	67,6	125,8
Інформації та телекомунікації	3161	4599	5176	7111	9530	183,9	134,0
Фінанси та страхування	4638	6275	7020	8603	10227	197,3	118,9
Операції з нерухомістю	1856	2757	3090	3659	4804	92,7	131,2
Професійна, наукова та технічна діяльність	2869	4465	5290	6736	8060	155,5	119,6
Діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування	1839	2527	2601	3114	3995	77,1	128,3
Державне управління й оборона; обов'язкове соціальне страхування	2722	3702	3817	4381	5953	114,9	135,9
Освіта	1905	2700	2745	3132	3769	72,7	120,3
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	1628	2367	2441	2829	3400	65,6	120,2
Мистецтво, спорт, розваги та відпочинок	1928	3286	3626	4134	4844	93,5	117,2
Надання інших видів послуг	1717	2707	3361	3634	4615	89,1	127,0

Слід зазначити, що оплата праці в таких сферах, як інформація та телекомунікації, фінанси та страхування, професійна, наукова та технічна діяльність на 100-150 % вища, ніж в галузі охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги. Низький рівень заробітної плати спостерігається в таких галузях, як мистецтво, спорт, розваги та відпочинок, діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування, тимчасове розміщення й організація харчування, сільське, лісове та рибне господарство, однак він все рівно вищий, ніж в сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги. Слід визначити, що в динаміці у порівнянні 2016 року до 2015 року темпи росту заробітної плати в галузі охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги склали 120,2 %, в той час як в середньому за видами економічної діяльності зростання склало 123,6 %. До сфер економічної діяльності, які зростали за цей час ще більш повільними темпами, відносяться мистецтво, спорт, розваги та відпочинок – 117,2 %, фінанси та страхування – 118,9 %, професійна, наукова та технічна діяльність – 119,6 %. Однак рівень заробітних плат в цих сферах економічної діяльності все одно лишився більш високим.

Якщо поррахувати зростання рівня заробітних плат в різних видах економічної діяльності у 2016 році у порівнянні з 2010 роком, то в сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги спостерігається незначне зростання – 202 %, у той час у сфері операцій з нерухомістю – 258 %, будівництві – 269 %, сільському, лісовому та рибному господарстві – 284 %, інформації та телекомунікації – 301 %, оптова та роздрібна торгівля, ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів – 309 %. Усього за видами економічної діяльності відповідне зростання становить 231%. Така недооцінка значущості та впливовості галузі охорони здоров'я на розвиток країни в останнє десятиліття і призвела до вкрай низького рівня матеріального забезпечення працівників цієї сфери в теперішній час.

Низький рівень заробітної плати в галузі охорони здоров'я не є її єдиною проблемою. Так, Носулич Т.М. виокремлює наступні проблеми:

відсутність єдиної послідовної науково-обґрунтованої стратегії реформування галузі, домінування ситуативного підходу до управління;

безсистемність і стихійність впровадження платних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

низька ефективність механізмів контролю за цільовим використанням бюджетних і програмних коштів, а також позабюджетних надходжень, недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління;

недостатнє поширення практики співробітництва з неурядовими організаціями й іншими зацікавленими структурами за межами системи охорони здоров'я;

низька ефективність надання населенню якісної безкоштовної допомоги для відновлення і підтримки здоров'я в короткі терміни;

необхідність здійснення структурних перетворень в системі охорони здоров'я для збільшення обсягу і поліпшення якості медичної профілактики і допомоги;

необхідність поліпшення первинної медичної допомоги та лікарського забезпечення;

необхідність підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я;

недостатня участь населення у вирішенні питань охорони здоров'я;

необхідність підвищення рівня кваліфікації медичних працівників (вдосконалення системи підготовки, перепідготовки, сертифікації, соціальний захист працівників охорони здоров'я від професійних ризиків) [2].

На основі аналізу проблем, що запропоновані Носулич Т.М., можна прийти до висновку, що їх можна розділити на три групи:

1. проблеми організаційного характеру, які необхідно вирішувати шляхом планового проведення реформ в цій галузі;

2. проблеми фінансового характеру, які мають об'єктивну основу – недостатній соціально-економічний рівень розвитку країни на сучасному етапі;

3. недостатнє інституційне забезпечення процесу, яке не орієнтується на кращі іноземні зразки і на співпрацю з власним населенням.

На парламентських слуханнях щодо ситуації в медицині та визначення напрямів медичної реформи були відзначені наступні проблеми інституційного характеру, що заважають створенню якісної системи охорони здоров'я в Україні:

складна економічна ситуація у державі, що пов'язана з наслідками світової фінансово-економічної кризи;

низький порівняно з розвинутими країнами Європи рівень добробуту населення;

значне поширення серед українців шкідливих звичок та відсутність в українському суспільстві культу здорового способу життя;

складна екологічна ситуація;

низька якість медичного обслуговування та нерівність громадян у доступі до послуг охорони здоров'я;

застаріла, неефективна модель фінансування системи охорони здоров'я, системи надання медичних послуг та хронічний фінансовий дефіцит у галузі [3].

Таким чином, визначено основні проблеми у сфері охорони здоров'я:

1) несприйняття медичної реформи населенням та лікарями, оскільки немає чіткого розуміння що відбувається та які зміни відбудуться в подальшому. Значний рівень пропаганди нових напрямів реформування системи охорони здоров'я може створити позитивний імідж для медичної реформи, але за умови поетапного переходу із врахуванням потреб соціально незахищеної категорії громадян;

2) велика вартість медичних послуг та неможливість у людей оплатити послугу відразу. Купівельна спроможність населення знижується останніми роками. Значна доля доходів сімей спрямовується на погашення комунальних платежів та на продукти харчування. Тому оплата ліків та медичних послуг стає все більше затратною з точки зору сімейного бюджету;

3) низька якість медичних послуг. В системі офіційно безкоштовної медицини, яка розрахована на масове споживання, неможливо забезпечити високу якість медичних послуг. Для цього необхідно вводити градацію лікарняних установ, визначати пріоритети в лікуванні та розвивати ринкові форми надання медичних послуг;

4) брак кваліфікованих медичних кадрів. Система вищої медичної освіти України завжди відрізнялася високим рівнем підготовки професіоналів для медичної сфери та підготовки наукових кадрів цієї галузі. Останнім часом у зв'язку із стрімким розвитком в провідних країнах світу науково-технічного прогресу в галузі медицини, великих державних та корпоративних інвестицій стрімко з'являються нове інноваційне обладнання для лікування, створюються нові вискоефективні лікарські засоби, що неможливо наздогнати вітчизняній промисловості та вітчизняним науковцям в сучасних умовах. Тому все більше значення набуває перепідготовка та підвищення кваліфікації лікарів, спонсорська, грантова діяльність, що сприяє залученню у вітчизняну систему охорони здоров'я передових технологій;

5) проблеми доступу до служб медичної допомоги, особливо в сільській місцевості Цій проблемі приділяється підвищена увага. Великі сподівання в цьому контексті покладаються на поширення процесу добровільного об'єднання територіальних громад, яке повинно призвести до поліпшення соціальної інфраструктури сіл, будівництва кращих доріг, придбання транспортних засобів, залучення кадрів до сільської місцевості;

6) недостатньо серйозне ставлення до профілактики захворювань як з боку населення, так і державної влади. Таке ставлення з часом змінюється. Встановлення ринкових цін на медикаменти та медичні послуги призводить до більш дбайливого відношення людей до свого здоров'я та розкриває можливості для реалізації профілактичних заходів;

7) демографічне старіння населення. Старіння населення – це процес, який характерний для всіх європейських держав, але висока частка старих людей там досягається, головним чином, високою тривалістю життя, т.з. старіння «знизу», а в Україні – за рахунок зменшення кількості дітей, т.зв. «старіння згори». Він буде продовжуватись і надалі. Вікова структура населення України свідчить про регресивний тип відтворення поколінь: в ній нараховується понад 14,3 млн пенсіонерів, з них за віком – понад 10,3 млн осіб, за інвалідністю – понад 2,0 млн осіб. У розрахунку на 1000 жителів припадає понад 300 пенсіонерів. Відбувається постійне

скорочення економічно ефективної частини населення; частка людей у віці 15-24 р. – 15%, а 25-59 р. – 46,7% [4].

Важливими наслідками старіння населення, як відзначають західноєвропейські дослідники, є крім погіршення демографічних показників, ще й такі: зниження здатності до освоєння нових професій і застосування нових технологій, негативний вплив на ефективність виробництва, бо з віком величина зарплати збільшується, а продуктивність праці зменшується. Найголовнішим завданням, що стоїть у галузі поліпшення якісної структури населення, є створення можливостей для підвищення якості життя всіх людей, ефективного використання як працездатного населення, так і соціального, культурного і трудового потенціалу населення старшого віку. Всебічне вивчення соціально-економічних характеристик різних вікових груп людей, особливо професійної придатності, яка пов'язана із віком і досвідом, дасть можливість переглянути деякі негативні моменти, пов'язані із старінням людей [4];

8) брак фінансових ресурсів на розвиток медицини. Цей негативний фактор зумовлений важким соціально-економічним станом країни, військовими діями на Сході країни і він буде вирішуватися комплексно разом із відновленням економічної системи країни в цілому [6];

9) екологічні проблеми. Екологічні проблеми стоять дуже гостро перед нашою країною. Це обумовлено специфікою розвитку промислового потенціалу країни та окремими кліматичними умовами. Виділяють шість груп екологічних проблем: атмосферні (забруднення атмосфери: радіологічне, хімічне, механічне, теплове); водні (виснаження і забруднення поверхневих і підземних вод, забруднення морів і океанів); геолого-геоморфологічні (інтенсифікація несприятливих геолого-геоморфологічних процесів, порушення рельєфу і геологічної будови); ґрунтові (забруднення ґрунтів, ерозія, дефляція, вторинне засолення, заболочування тощо); біотичні (зменшення рослинності, деградація лісів, пасовищна дигресія, скорочення видової різноманітності тощо); комплексні (ландшафтні) – запускання, зниження біорізноманітності, порушення режиму природоохоронних органів. Комплексний підхід до вирішення цих проблем допоможе поліпшити і стан здоров'я населення в Україні [5];

10) економічна криза. Різке погіршення економічного стану країни, що виявляється в значному спаді виробництва, порушенні виробничих зв'язків, що склалися, банкрутстві підприємств, зростанні безробіття, і у результаті – в зниженні життєвого рівня, добробуту населення, в тому числі – в сфері охорони здоров'я [6]. Як відомо, кризові явища в першу чергу впливають на розвиток соціальної сфери країни. Тому подолання економічної кризи призведе до підйому галузей матеріального виробництва, фінансів і відповідно соціальної сфери та медицини зокрема.

2.2. Соціальні та медичні інституції в трансформації державної системи охорони здоров'я

Аналіз сучасних процесів формування державної системи управління охороною здоров'я в Україні надає уявлення про комплексність та багатосторонність цього процесу. Безумовно головною ланкою системи державного управління системи охорони здоров'я в Україні є жорстка управлінська вертикаль управління від Міністерства охорони здоров'я до первинних ланок управління в районах та містах. Провідна роль в організації системи охорони здоров'я належить Міністерству охорони здоров'я. В той же час діяльність цього державного органу неможливо уявити без координації з міжнародними організаціями суто медичного та соціального страхування. Такі організації допомагають інтегрувати систему охорони здоров'я України в світову систему, імплементувати європейські та світові стандарти медичного забезпечення в Україні та вирішувати конкретні питання допомоги визначеному колу жителів України, які потерпають від дій на Сході України. Серед організацій, які в усьому світі відомі як організації суто медичної допомоги, але виконують і благодійні, миротворчі функції, є і офіційно зареєстровані в Україні. Так, серед міжнародних організацій такого спрямування діяльності, що офіційно зареєстровані в Україні, слід виділити Міжнародну федерацію товариства Червоного хреста і Червоного Напівмісяця, місію Міжнародного Комітету Червоного Хреста, Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Також в Україні працюють міжнародні організації соціального, гуманітарного спрямування, серед цілей діяльності яких присутні і заходи в сфері вдосконалення системи охорони здоров'я. До таких організацій необхідно віднести Міжнародну організацію міграції, Дитячий Фонд ООН ЮНІСЕФ, Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові.

Ці організації не тільки надають конкретну адресну допомогу окремим категоріям населення України, але й приймають участь в укладанні міжнародних договорів Україною з іншими державами, проводять навчання, тренінги, курси підвищення кваліфікації, що підвищує якість управлінського медичного персоналу та персоналу служб органів державного управління в системі охорони здоров'я, наближає Україну до сприйняття загальноцивілізаційних цінностей в гуманітарній сфері та наближає сферу надання медичних послуг до світових стандартів. Розглянемо більш детально діяльність окремих організацій.

Однією з головних світових фондів, що працює в Україні, є Міжнародна федерація товариства Червоного хреста і Червоного Напівмісяця. Основна мета діяльності Товариства – захист життя людини, попередження та полегшення людських страждань під час збройних конфліктів, стихійного лиха, катастроф та аварій, надання допомоги медичній службі збройних сил і органам охорони здоров'я, сприяння органам державної влади України у їхній діяльності в гуманітарній сфері. Товариство Червоного Хреста України складається з організацій національного (центрального), регіонального, місцевого та первинного рівнів. До національного (центрального) рівня Товариства належить його виконавчий орган – Національний комітет Товариства Червоного Хреста України. До регіонального рівня Товариства належать обласні організації (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська тощо). Регіональні організації є складовою частиною Товариства і організаційно підпорядковані Товариству Червоного Хреста України та його Національному комітетові [7].

Український Червоний Хрест плідно співпрацює з 21 національним товариством зарубіжних країн, з якими укладені угоди про співпрацю, за фінансової підтримки міжнародних колег щороку виконує понад 20 гуманітарних програм. Товариство Червоного

Хреста України є одним з ключових розробників стратегії Міжнародного Руху Червоного Хреста по підготовці національних товариств до реакції на надзвичайні ситуації, спричинені ядерними, радіологічними, біологічними та хімічними факторами. Особлива увага приділяється співпраці з міжнародними організаціями і фондами (UNDP, UNICEF, UNFPA, ECHO, WFP, GIZ, WHO, UNHER тощо) для підтримки гуманітарних програм Товариства [7].

Усі складові Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця – Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Міжнародна Федерація Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, національні товариства – у своїй діяльності керуються наступними єдиними принципами: гуманність, неупередженість, нейтральність, незалежність, добровільність, єдність, універсальність.

Основними напрямками діяльності Червоного Хреста в Україні є: патронажна служба, навчання навичкам первинної допомоги, санітарно-просвітницька діяльність, донорство крові, допомога постраждалим при надзвичайних ситуаціях, допомога внутрішньо переміщеним особам, загони швидкого реагування, служба розшуку, психосоціальна підтримка, мінна небезпека, міжнародне гуманітарне право (таблиця 2.4):

Таблиця 2.4.

Напрями та форми організації діяльності Міжнародної федерації товариства Червоного Хреста і Червоного Напівмісяця в Україні [7]

№	Напрямок діяльності	Форми організації
1.	Волонтерство	Регіональне охоплення: Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Київська, Тернопільська обл. Напрями діяльності: перша допомога, загони швидкого реагування, психосоціальна підтримка, робота з дітьми, міжнародне гуманітарне право
2.	Загони швидкого реагування	Реагування на надзвичайні ситуації, тренінги з першої допомоги, чергування під час масових заходів, марафонів, спортивних змагань, організація роботи пунктів допомоги, розвиток спеціалізованих напрямів діяльності

Продовження табл. 2.4.

3.	Психосоціальна підтримка	Внутрішньо переміщенні особи, діти внутрішньо переміщених осіб, члени сімей демобілізованих військовослужбовців, демобілізовані військовослужбовці
4.	Гуманітарна допомога	Багатодітні сім'ї, сім'ї із самотнім годувальником, люди віком 65 років і більше, місцеві жителі районів Донецької та Луганської областей на підконтрольній Уряду території
5.	Служба розшуку	Запити, розшукові справи, консультації
6.	Відновлення родинних зв'язків для нерегулярних мігрантів	Візити до пунктів тимчасового перебування, бесіди із затриманими, надання можливості зателефонувати, гуманітарна допомога
7.	Перша допомога	Підготовка тренерів, підвищення кваліфікації тренерів, підготовка нових інструкторів, підвищення кваліфікації інструкторів, виїзні тренінги для населення Донецької та Луганської областей, виїзні тренінги для військовослужбовців
8.	Патронажна служба	Догляд на дому, лікування та профілактика туберкульозу, доступ до медичних послуг і медикаментів, лікування та профілактика ВІЛ/СНІД
9.	Діяльність мобільних медичних бригад	Донецька та Луганська області, доступ фізичних осіб до медичних послуг та медикаментів, сприяння діяльності пунктів надання допомоги на контрольних пунктах в'їзду-виїзду в Станиці Луганській

Серед основних результатів роботи Червоного Хреста в Україні можемо визначити наступні: загальний бюджет організації, що працює в Україні, склав 249,9 млн грн, з яких: 50,61 % – фінансування за міжнародними програмами, 28,83 % – натуральна форма доходу, 7,75 % – гуманітарна допомога, 4,82 % – членські внески, 3,70 % – кошти місцевих бюджетів, 2,08 % – нецільові благодійні внески та пожертвування, 1,44 % – інші надходження.

В сфері волонтерської діяльності Червоний Хрест України поєднав у своїх рядах 2500 волонтерів, у п'яти областях України – Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Київська, Тернопільська – волонтери об'єднані у волонтерських центрах. Найпопулярнішими напрямками діяльності волонтерів є перша допомога, загони швидкого реагування, психосоціальна підтримка, робота з дітьми, міжнародне гуманітарне право. У 2017 році у волонтерському русі Червоного Хреста України відбулися наступні структурні зміни та найважливіші новації: створено підрозділ з розвитку волонтерства, членів громадської комісії з питань розвитку волонтерства та молодіжної політики включено до Правління Товариства, затверджено єдиний договір про впровадження волонтерської діяльності, розширено діяльність з розвитку волонтерства в районних центрах, розроблено проекти волонтерських профайлів товариства та інструкції з волонтерського менеджменту.

У 2017 році в складі Червоного Хреста України працювало 20 активних загонів швидкого реагування, які нараховували 453 активних члени. Організацією було проведено 6 регіональних навчань у Івано-Франківській, Сумській, Львівській, Вінницькій, Дніпропетровській та Київській областях, а також навчання в м. Києві. Основними задачами навчань були наступні:

- реагування на надзвичайні ситуації;
- тренінги з першої допомоги;
- чергування під час масових заходів, марафонів, спортивних змагань;
- організація роботи пунктів допомоги;
- розвиток спеціалізованих напрямів діяльності.

Завдяки діяльності організації у 2017 році 1549 осіб отримали першу допомогу і 1000 отримали страхове покриття, в т.ч. всі волонтери на Сході України.

Загальна кількість осіб, що отримали психосоціальну підтримку, складає 12685 осіб, серед яких 3257 осіб – внутрішньо переміщені особи, 3985 осіб – діти внутрішньо переміщених осіб, 3253 особи – члени сімей демобілізованих військовослужбовців, 2190 осіб – демобілізовані військовослужбовці.

Важливою складовою діяльності Червоного Хреста в Україні є надання гуманітарної допомоги. Загальна вартість наданої гуманітарної допомоги за 2014–2017 роки склала 702,8 млн грн. Допомогу було надано – 529,7 млн грн – для внутрішньо переміщених осіб, 86,3 млн грн – медикаменти та обладнання для лікарень, 86,9 млн грн – реалізація інших цільових проектів і програм. За той же час були реалізовані наступні благодійні проекти і програми: 203,52 млн грн – продуктові ваучери, набори, грошова допомога, 97, 71 млн грн – мобільні медичні бригади, 78,55 млн грн – будматеріали та відновлення будівель, 77,71 млн грн – психосоціальна підтримка, 26,5 млн грн – підтримка для розвитку власної справи, 19,06 млн грн – фарм- і гігієнічні ваучери, предмети гігієни. Новацією в діяльності організації стала грошова підтримка для розвитку власної справи у формі надання грошового гранту у розмірі 26500 грн для розвитку домогосподарства. 166 осіб отримали такі гранти, з них 129 – внутрішньо переміщені особи. До категорій отримувачів гранту відносяться: багатодітні сім'ї, люди віком 65 і більше років, місцеві жителі Донецької та Луганської областей на підконтрольній уряду території.

Важливою соціальною складовою діяльності організації є активна діяльність служби розшуку. У 2017 році розглянуто 3426 запитів, відкрито 892 нових розшукових справи, надано 2955 консультацій, продовжується робота по 1671 розшуковій справі. Розшук закрито по 952 розшуковим справам, з яких 363 – позитивно, 420 – негативно, за 169 надано роз'яснення та рекомендації. Для здійснення розшуку надіслано 5435 запитів.

З метою виконання «Програми з відновлення родинних зв'язків для нерегулярних мігрантів, затриманих в Україні» протягом 2017 року у двох пунктах тимчасового перебування іноземців у містах Чоп і Мукачеве було здійснено 63 візити до пунктів тимчасового перебування іноземців, проведено 299 бесід із затриманими, 264 мігранти здійснили телефонні дзвінки рідним для відновлення родинних контактів, 110 осіб з числа найбільш вразливих затриманих мігрантів отримали гуманітарну допомогу на загальну суму 10000 грн.

В системі патронажної служби реалізується проект «Догляд на дому». Проект охоплює 30 населених пунктів. В складі учасників – 44 патронажні сестри і 270 бенефіціарів. 146 посад патронажної служби в областях фінансуються з місцевого бюджету за підтримки партнерів. Основні напрямки діяльності у сфері охорони здоров'я та опіки наступні: догляд на дому, лікування та профілактика туберкульозу, доступ до медичних послуг та медикаментів, лікування та профілактика ВІЛ/СНІД.

Крім цих видів діяльності, Червоний Хрест в Україні проводив активну діяльність в сфері розбудови системи надання першої підтримки, діяльності мобільних медичних бригад, облаштування та роботи пунктів надання допомоги на контрольних пунктах в'їзду-виїзду в Станиці Луганській, посилював міжнародні зв'язки, працював із соціальними медіа, популяризував у країні міжнародне гуманітарне право.

Ще однією міжнародною організацією є місія Міжнародного Комітету Червоного Хреста. Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МКЧХ) є неупередженою, нейтральною та незалежною організацією, цілі й завдання якої мають виключно гуманітарний характер і полягають в тому, щоб захищати життя й гідність людей, які постраждали через збройні конфлікти та інші ситуації насильства, і надавати їм допомогу. Поширюючи та укріплюючи гуманітарне право й універсальні гуманітарні принципи, МКЧХ докладає усіх зусиль, щоб запобігти стражданню людей. МКЧХ, заснований у 1863 р., стоїть біля витоків Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. МКЧХ надано повноваження здійснювати свою діяльність в країнах, що постраждали від збройних конфліктів та інших ситуацій насильства. МКЧХ присутній у більш ніж 80 країнах, де працює майже 13000 співробітників. Більш ніж 300 співробітників працюють в Україні в офісах у Києві, Слов'янську, Северодонецьку, Маріуполі, Донецьку, Луганську та Одесі [8]. Основними напрямками діяльності Місії Червоного Хреста в Україні є:

- допомога найуразливішим категоріям населення в подоланні економічних труднощів;
- підтримка системи охорони здоров'я;
- поліпшення житлових умов та відновлення інфраструктури;

- робота в якості нейтрального посередника;
- пошук зниклих безвісті осіб;
- поширення поваги до медичних установ та медичних працівників;
- захист цивільного населення;
- захист людей від мін та боєприпасів, що не розірвалися;
- співпраця з товариством Червоного Хреста України [8].

Основні напрямки та форми роботи Міжнародного Комітету Червоного Хреста подані в таблиці 2.5:

Таблиця 2.5.

Напрями діяльності та форми роботи МКЧХ в Україні [8]

№	Напрямок діяльності	Форма роботи
1.	Відновлення житла і водопостачання	Придбання хімреактивів для очистки питної води, ремонт головних інфраструктурних об'єктів, доставка питної води населенню, встановлення пунктів першої допомоги, утримання контейнерів для сміття, зон відпочинку, біоуалетів у зонах переходу Станиці Луганської, допомога домогосподарствам у налагодженні побуту, будівництво нових будинків на місці зруйнованих, будівельні матеріали для ремонту шкіл і дитячих садочків, облаштування додаткового обладнання в лікарняних закладах
2.	Економічна безпека	Продуктові набори та предмети гігієни для громадян, предмети побуту для бенефіціарів соціальних установ, грошова допомога для малозабезпечених громадян та домогосподарств, допомога господарствам в натуральному вигляді, паливо для домогосподарств, грошова допомога сім'ям військовослужбовців
3.	Підтримка охорони здоров'я	Надання витратних матеріалів закладам охорони здоров'я, медикаменти для хворих, обладнання на донорські пункти, психологічна підтримка, курси психологічної підтримки
4.	Відновлення сімейних зв'язків	Запити про пошуки рідних, організація перевезення, матеріальна допомога родинам зниклих безвісті

Продовження табл. 2.5.

5.	Відвідування затриманих	Відвідання затриманих представниками МЧХ, сприяння в звільненні затриманих, матеріальна допомога полоненим, облаштування місць утримання під вартою, повідомлення від утриманих до рідних, проведення семінарів щодо практик утримання полонених та виконання покарань
6.	Турбота про загиблих	Участь у ексгумації тіл, технічне обладнання моргів, допомога сім'ям на поховання загиблих, тренінги та інформаційні заходи щодо ідентифікації останків, пошуку зниклих безвісті, ремонт судово-медичних закладів, матеріали та реагенти для ДНК-лабораторій
7.	Мінна небезпека	Встановлення попереджувальних знаків, семінари щодо поводження з вибухонебезпечними предметами, плакати на буклети з мінної небезпеки, навчання населення з вибухової небезпеки, співпраця з ДСНС
8.	Забезпечення норм міжнародного громадянського права (МГП)	Проведення семінарів для офіцерів ВСУ, ознайомлення з місією та цілями МКЧХ, започатковано та підтримується діяльність Центру із вивчення МГП, семінари для СБУ, ДПСУ з міжнародних норм і стандартів правоохоронної діяльності, навчальні сесії для СБУ та Національної гвардії з питань застосування сили та вогнепальної зброї, круглі столи щодо ведення військових дій спільно з Генеральним штабом

В сфері підтримки охорони здоров'я у 2017 році організацією було передано 353 000 картриджів та флаконів інсуліну для хворих на цукровий діабет. Для 300 хворих було передано в лікарняні установи комплекс препаратів для гемодіалізу. 145 медичних закладів України отримали набори ліків. У банки крові передано 80 000 систем для тестування крові. Працівниками організації проведено 165 сеансів психотерапії для членів сімей пропавших безвісті. 1221 особа пройшли курси надання психологічної допомоги.

Організація активно займається матеріальною допомогою. У 2017 році 86 800 осіб отримали 375 000 продуктивних наборів (17 кг кожен, загальною вагою 6 400 т). 86 300 осіб отримали необхідні предмети гігієни (мило, пральні порошки, шампунь). 35 000 осіб у 109 соціальних установах, в т.ч. закладах освіти, медичних установах, будинках для літніх людей отримали від МКЧХ необхідні предмети побуту, засоби гігієни, постільну білизну, кухонне обладнання тощо. 13 700 осіб отримали місячну грошову допомогу на загальну суму 56 176 000 грн для забезпечення своїх основних потреб. 3 800 домогосподарств отримали грошову допомогу на загальну суму 31 000 000 грн на поліпшення житлових умов взимку. 18 500 домогосподарств отримали змогу відновити/утримувати свої господарства завдяки корму для тварин, теплицям, насінню, обладнанню та інструментам для відновлення поголів'я худоби, що були надані МКЧХ. 6 851 тон вугілля та 5 500 м. куб. дров було передано по обидві сторони від лінії зіткнення 3 660 домогосподарствам, а також 12 500 особам, що проживають у соціальних закладах. 39 сімей, чиї родичі були поранені або загиблі унаслідок конфлікту, отримали грошову допомогу на загальну суму 321 000 грн у рамках програм підтримки цивільного населення.

Крім цих потужних програм Міжнародний комітет Червоного Хреста активно проводить соціально-медичні заходи в усіх перерахованих вище сферах.

Важливою міжнародною інституцією, що має своє представництво в Україні, є Міжнародна організація з міграції (МОМ). Головними завданнями цієї організації в Україні є робота в таких сферах:

- протидія торгівлі людьми;
- управління міграцією та кордонами;
- міграція та розвиток;
- сприяння культурному різноманіттю та інтеграції мігрантів;
- медичні послуги та подорожнє допомога мігрантам;
- допомога громадянам, які зазнали наслідків конфлікту [9]

(див. таблицю 2.6).

Таблиця 2.6.

Напрями діяльності та форми роботи МОМ в Україні [9]

№	Напрями діяльності	Форми роботи
1.	Протидія торгівлі людьми	Попередження та запобігання, надання підтримки правоохоронним органам, захист та реінтеграція, партнерство
2.	Управління міграцією та кордонами	Розробка комплексної системи управління міграційними процесами та кордонами, зміцнення потенціалу державних органів, що відповідають за міграцію, участь у підготовці міжнародних угод між Україною та країнами ЄС, допомога в удосконаленні процесів реалізації безвізового режиму, моніторинг становища мігрантів
3.	Міграція та розвиток	Сприяння добробуту мігрантів, розкриття потенціалу трудової міграції, економічна інтеграція мігрантів шляхом надання мікрокредитів підприємцям
4.	Сприяння культурному різноманіттю та інтеграції мігрантів	Участь у мережі міжнародних організацій з цього питання, популяризація культурного різноманіття. Виготвлення соціальної реклами, робота у соціальних мережах, аудіо-та відеоролики
5.	Медичні послуги та подорожня допомога мігрантам	Оцінка стану здоров'я мігрантів з України в інші країни світу, оцінка стану здоров'я біженців, сприяння фізичному, психічному, соціальному благополуччю мігрантів, вирішення медико-санітарних проблем мігрантів
6.	Допомога громадянам, які зазнали наслідків конфлікту	Покращення можливостей самозабезпечення та самозайнятості переміщених осіб, тренінги із само зайнятості, мікропідприємництва та профорієнтації, соціальне згуртування населення у місцевих громадах, тренінги із соціального згуртовування, розвиток інфраструктури у зонах переселення та повернення, гуманітарна допомога в зоні конфлікту, національна гаряча лінія для переміщених осіб

Оцінка стану здоров'я є основною послугою, яку МОМ надає у галузі охорони здоров'я мігрантів в Україні. Вона здійснюється з метою переселення, міжнародного працевлаштування, заявки на участь у конкретних програмах допомоги мігрантам або для отримання тимчасової або постійної візи. Наразі Представництво МОМ в Україні здійснює оцінку стану здоров'я для Австралії, Канади, Нової Зеландії, Сполучених Штатів Америки та Великої Британії.

З початку діяльності МОМ в Україні в 1997 році медичний відділ Представництва МОМ в Україні надав послуги з оцінки стану здоров'я понад 210 000 мігрантів та близько 55 000 біженців. У відповідь на прохання країн МОМ співпрацює з медичними закладами, лабораторіями і рентгенівськими кабінетами у Києві та Львові з метою забезпечення надання ефективних, індивідуальних та якісних послуг у великих містах України. У контексті оцінки стану здоров'я МОМ в Україні передбачає інші додаткові послуги, такі як лікування, консультування, медико-санітарна просвіта, імунізація та медичний супровід.

Представництво МОМ в Україні, крім здійснення оцінки стану здоров'я для врегульованих мігрантів, сприяє фізичному, психічному і соціальному благополуччю мігрантів і мобільних груп населення незалежно від їхнього правового статусу.

Крім того, МОМ активно підтримує стратегії та політики на основі фактичних даних, необхідні для більшого охоплення питань охорони здоров'я у сфері міграції та розробки ініціатив. Вирішуючи питання медико-санітарних потреб мігрантів, МОМ покращує здоров'я мігрантів, захищає здоров'я громадян у всьому світі, сприяє інтеграції мігрантів, їх соціальному та економічному розвитку.

Представництво МОМ в Україні надає допомогу мігрантам, яких зараховано до програм переселення, допомагає в евакуації українців із конфліктних зон та сприяє реінтеграції українських громадян, які добровільно повертаються з Канади та країн Європи.

Представництво МОМ в Україні також надало логістичну допомогу більш ніж 620 особам, які їдуть до Данії, Фінляндії, Норвегії, Швеції та Австрії в рамках програм з переселення, що фінансуються урядами відповідних країн.

2012 року МОМ у співпраці з Міністерством закордонних справ України евакуювала близько 150 українців, переважно жінок та дітей, із охопленої війною Сирії. Раніше МОМ сприяла евакуації громадян України та інших держав із Лівії.

З 2003 року Представництво МОМ в Україні надає реінтеграційну допомогу українським громадянам, які добровільно повертаються з-за кордону через брак законних підстав для перебування в іншій країні чи через інші причини. Наразі МОМ допомагає українцям, що повертаються з таких країн, як Італія, Польща, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Великобританія, Швейцарія, Ірландія, Словацька Республіка, Латвія, Естонія, Греція, Норвегія, Данія, Фінляндія та Грузія. Послуги МОМ включають допомогу в аеропорту та із подальшим подорожуванням, за потреби – короткострокове розміщення, професійне навчання та допомогу із започаткуванням дрібного бізнесу [9].

В Україні активно працює Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові. УВКБ ООН, Агентство ООН у справах біженців, – це глобальна організація, яка присвячує свою діяльність порятунку життів, захисту прав та побудові кращого майбутнього для біженців, вимушено переміщених громадян та осіб без громадянства. Починаючи з 1950 року, УВКБ ООН координує міжнародні зусилля, спрямовані на захист людей, змушених полишати свої оселі через конфлікт або переслідування. Організація надає таким особам життєво необхідну допомогу: житло, продукти харчування, воду, а також захищає їхні фундаментальні права [10].

Починаючи з 2014 року, УВКБ ООН тісно співпрацює з Урядом України та громадськістю у відповідь на нову проблему вимушеного переміщення 1,6 мільйона внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зі сходу України та Автономної Республіки Крим. УВКБ ООН в Україні надає особам під своєю опікою правову, матеріальну та соціальну підтримку самостійно та у партнерстві з іншими міжнародними та місцевими організаціями. УВКБ ООН зосереджує свою діяльність на захисті прав і свобод ВПО, покращенні умов їхнього життя та знаходженні для них довгострокових рішень.

УВКБ ООН надає найбільш вразливим постраждалим від конфлікту особам ковдри, постільну білизну, рушники, кухонні набори та інші товари в рамках програми невідкладної допомоги. Ці базові товари для домогосподарства є важливими, адже допомагають задовольнити невідкладні потреби та зменшити рівень вразливості у довгостроковій перспективі. Починаючи з 2014 року, УВКБ ООН надало постраждалому від конфлікту населенню 300 000 одиниць непродовольчих товарів.

Протягом зими 2017–2018 рр. УВКБ ООН у співпраці з партнерами надавало допомогу у вигляді непродовольчих товарів: зимовий одяг, вугілля для опалення, а також грошові гранти на зимові потреби. Загалом понад 16 600 вразливих осіб, які проживають поблизу лінії розмежування на сході України, отримали допомогу від УВКБ ООН в рамках підготовки до зими. 7413 осіб отримали вугілля для опалення, 8365 осіб – зимові куртки або інший зимовий одяг, а 843 особи отримали грошові гранти на зимові потреби. Також УВКБ ООН у рамках співпраці з Державною прикордонною службою України провело роботи з утеплення КПВВ на лінії розмежування [10].

Протягом останніх років в Україні активно працює Представництво Дитячого Фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ). Організація постійно збільшує масштаби своєї підтримки Уряду України у створенні програм з охорони здоров'я, харчування, освіти та захисту для дітей. ЮНІСЕФ відстоює права дітей на допомогу та виступає за пріоритетність дій, направлених на допомогу найбільш знедоленим дітям та родинам, що опинились у кризових ситуаціях. Визнаючи, що добробут дітей тісно пов'язаний із станом матерів, ЮНІСЕФ також працює заради покращення здоров'я, освіти та захисту прав матерів в Україні [11].

Представництво ЮНІСЕФ в Україні продовжує реалізацію програми, що відображає прагнення країни досягти Цілей розвитку тисячоліття. Ці цілі включають захист материнства, зменшення дитячої смертності, зупинення поширення ВІЛ/СНІДу й туберкульозу, захист вразливих категорій і сприяння гендерній рівності.

Програма співпраці з Урядом України, яка тривала з 2012 року по 2015 рік, складалася із чотирьох компонентів:

- адвокація, інформація та соціальна політика;
- ВІЛ/СНІД, діти та молодь;
- захист дитини;
- здоров'я та розвиток дитини [11].

В Україні працює Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я. На теперішній час найбільш актуальними питаннями діяльності ВООЗ в Україні є:

1. Ознайомлення з положеннями політики Здоров'я-2020 різних зацікавлених сторін з усіх секторів;
2. Аналіз ситуації в країнах крізь призму політики Здоров'я-2020;
3. Реалізація загальнодержавного підходу і принципу залучення всього суспільства;
4. Вплив на соціальні детермінанти справедливості в питаннях охорони здоров'я, гендеру та прав людини;
5. Здійснення політики Здоров'я-2020 на основі національних і субнаціональних заходів політики, стратегій і планів охорони здоров'я;
6. Зміцнення потенціалу і служб громадської охорони здоров'я;
7. Зміцнення моніторингу та оцінки;
8. Практичне застосування нових концепцій і фактичних даних;
9. Інтегровані підходи до реалізації чотирьох пріоритетних напрямків політики Здоров'я-2020 [12].

Підводячи підсумки аналізу впливу діяльності міжнародних організацій, що працюють в сфері охорони здоров'я, на систему державного управління системою охороною здоров'я, необхідно визначити наступне:

- інституційний вплив на систему охорони здоров'я в Україні створюється організаціями, що мають суто медичне спрямування діяльності та організаціями, що мають соціальне та гуманітарне спрямування;
- всі міжнародні організації, що працюють в Україні в цьому напрямку, надають конкретну адресну матеріальну та моральну допомогу особам, що її потребують особисто, або шляхом співпраці з соціальними або медичними установами;

– основою діяльності таких організацій в Україні є волонтерський рух та інші форми організації роботи, які не потребують виділення додаткових коштів з державного бюджету;

– важливою формою впливу міжнародних організацій на розвиток системи охорони здоров'я в Україні є проведення тренінгів, консультацій, навчань для представників різних ланок системи охорони здоров'я, соціальних служб, силових структур, пенітенціарної служби;

– в Україні відсутні власні неурядові та громадські організації такого спрямування, що за масштабами діяльності можуть бути співставними з міжнародними фундаціями. Гуманітарна та соціальна діяльність шляхом залучення неурядових та громадських організацій стрімко розвивається в Україні. Проте масштабне реформування системи охорони здоров'я може бути проведено на основі співпраці з глобальними інституціями медичного та гуманітарного профілю;

– головною функцією Представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні слід визначити її вплив на трансформацію системи управління охороною здоров'я України, побудову нової національної системи управління охорони здоров'я, що базується на загальноприйнятих світових стандартах і підходах та має потужну матеріальну базу, що побудована на досконалому механізмі фінансування.

2.3. Визначення проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні

Стан системи охорони здоров'я залишався практично незмінним до останнього часу. Сьогодні прийнято низку законодавчих актів та нормативних документів, що наближають систему охорони здоров'я України до світового зразку, роблять її більш соціальною та одночасно ставлять на ринкові рейки господарювання. В основу медичної реформи покладено фундаментальні підходи соціального забезпечення громадян, можливостей розширеного відтворення робочої сили та гуманістичні підходи, що притаманні діяльності лікаря.

На теперішній час проблемі управлінні системою охорони здоров'я не присвячено достатньо уваги в наукових джерелах з економіки та державного управління. Слід визначити, що в університетах та наукових установах підготовлено підручники з організації медицини, які мають спрямованість на навчальний процес. Серед авторів, що присвятили дослідження темі державного управління в сфері охорони здоров'я, слід визначити І. Сазонця та Н. Солоненко. Матеріали, на які спирався автор при підготовці поданого дослідження, відносяться до існуючої законодавчої та нормативної бази. Крім того, при підготовці анкети стандартизованого інтерв'ю автор спирався на методологічні та науково-методичні підходи в дослідженнях соціальних процесів, що були розкриті у монографії Сазонець О.М., Саричева В.І. «Міжнародні організації в управлінні людським розвитком: глобалізаційний вимір», монографії Сазонця І.Л. «Фінансові механізми пенсійної системи України в умовах трансформації світової економіки», монографії Сазонця І.Л., Гладченка А.Ю., Гессена А.Є. «Соціально-економічні детермінанти глобальної рівноваги», монографії Безтелесної Л.І. «Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку», підручника Білинської М.М. «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні». Головною метою проведеного в цьому пункті роботи дослідження було виявлення найбільш дієвих шляхів та форм організації забезпечення прав громадян України на отримання медичної допомоги із застосуванням ринкових механізмів та в той же час високого ступеня їх соціальної захищеності шляхом надання якісної та доступної медичної допомоги.

З метою проведення дослідження було організовано опитування пацієнтів Рівненської обласної клінічної лікарні, що стосувалося виявлення шляхів реформування системи управління охорони здоров'я в Україні. В дослідженні приймали участь експерти, що працюють в Рівненській обласній клінічній лікарні. Всього було опитано 200 осіб – пацієнтів лікарні, серед яких осіб, що отримали вищу освіту – 143, що складає 71 % експертів. Серед експертів – працівники, що мають великий стаж роботи, але не мають вищої освіти – закінчили коледж. Така категорія складає 48 осіб, або 25 %

від загальної кількості опитуваних. 18 осіб мають середню освіту, що складає 4%. За кваліфікаційною ознакою 26 осіб працюють в сфері менеджменту, що складає 13 % від загальної кількості опитуваних, 22 особи – в сфері економіки, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, 21 особа – мають інженерну спеціальність, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, 19 осіб – педагоги, що складає 10 % від загальної кількості опитуваних, 8 осіб – філологи, що складає 4 % від загальної кількості опитуваних, 4 особи – лікарі, що складає 2 % від загальної кількості опитуваних.

За віковою структурою серед опитуваних превалюють досвідчені фахівці. Вікова група 44-65 років складає найбільшу кількість опитуваних – 65 осіб, або 33 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 25-44 роки складає 60 осіб, або 30 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 16-25 років налічує 31 особу, що складає – 16 %, а найстарша вікова група – 65 та більше років налічує 44 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних. На жаль в дослідженні не проводилось вивчення думок респондентів про основні проблеми медичної галузі у розрізі відповідно до вікової структури, але можна побачити, що основний склад респондентів складають досвідчені особи.

Перший пункт анкети (рис. 2.1) було присвячено визначенню пріоритетів в формуванні системи державного управління охороною здоров'я. Перелік цих пріоритетів визначався виходячи з авторського дослідження праць провідних вчених України та практики проведення медичної реформи України. Таким чином, у дослідженні відображається узагальнена думка не тільки експертів, але й наукової громадськості. До пріоритетів у цій сфері опитування віднесли наступні: п. 1.8. – «підтримка закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.4. – «підхід до охорони здоров'я та фізичної культури як процесу, що має самостійну цінність, як до важливої складової загальної культури людства, а не лише як до умови покращення продуктивних здібностей людей» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.5. – «визначення високої значущості невіробничої активності жінок у

суспільстві та підвищення їх статусу» – 34 особи, що складає 17 % від загальної кількості опитуваних, п. 1.11 – «поліпшення здоров'я населення засобами фізичної культури та спорту» – 22 особи, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних.

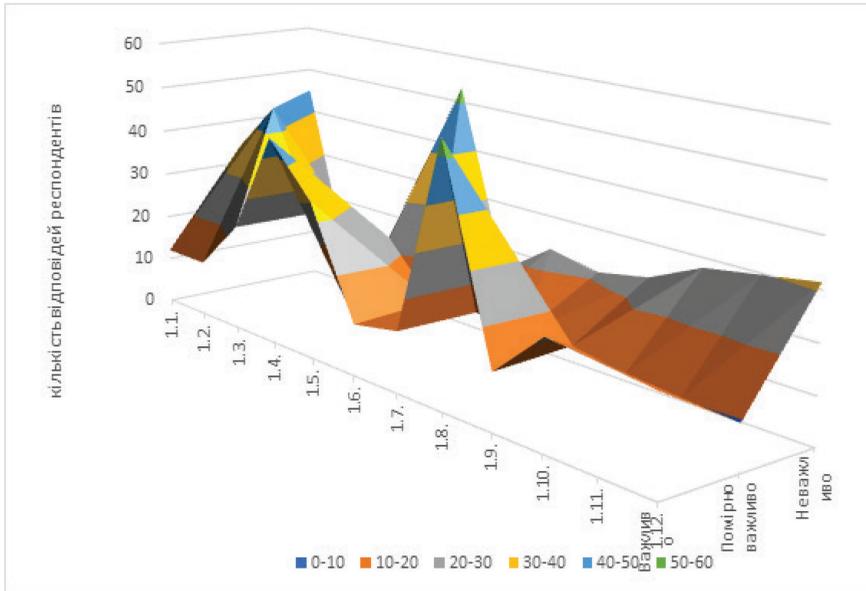


Рис. 2.1. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритети в формуванні системи державного управління охороною здоров'я?»

Найменшу кількість позитивних відповідей «важливо» по цьому питанню зібрали такі варіанти відповідей, як 1.6 – «надання пріоритетності тим секторам, які сприяють підвищенню якості життя, не впливаючи, однак, безпосередньо на виробництво доходу (оздоровлення населення, фізична культура, житлове будівництво. Охорона навколишнього середовища, санітарія, тощо)», п. 1.1. – «акцентування уваги на активності людей як суб'єктів процесу розвитку економіки та держави», п. 1.2. – «увага не лише до реальних, або потенційних працівників, а до всіх людей загалом, включаючи непрацевдатних», п. 1.9. – «розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності».

Можливо пріоритетність у відповідях великою мірою залежала від професійного складу експертів, їх віку, соціального стану, але в цілому ці відповіді сприймаються як професійна оцінка фахових спеціалістів.

Друге питання анкети стосувалося національних та міжнародних інституцій, які впливають на систему охорони здоров'я України. Серед таких інституцій експерти визначили наступні (рис. 2.2): п. 2.18. – «міжнародні спортивні організації» – 86 осіб, що складає 43 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.17. – «Всесвітня організація охорони здоров'я» – 81 особа, що складає 41 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.15. – «Всесвітня організація інтелектуальної власності» – 73 особи, що складає 37 % від загальної кількості опитуваних, п. 2.14 – «міжнародна організація праці» – 68 осіб, що складає 34 % від загальної кількості опитуваних. Найменше впливають на систему охорони здоров'я в Україні за відповідями експертів п. 2.11 – «Церква», п. 2.9 – «Армія», п. 2.10 – «Правоохоронні органи». В даному пункті анкети експерти давали позитивні відповіді на питання, що стосувалися більше міжнародних організацій, ніж проявляли довіру до національних інституцій та Уряду. Відповіді, що пов'язані з великим впливом організації інтелектуальної власності, необхідно вважати помилковими.

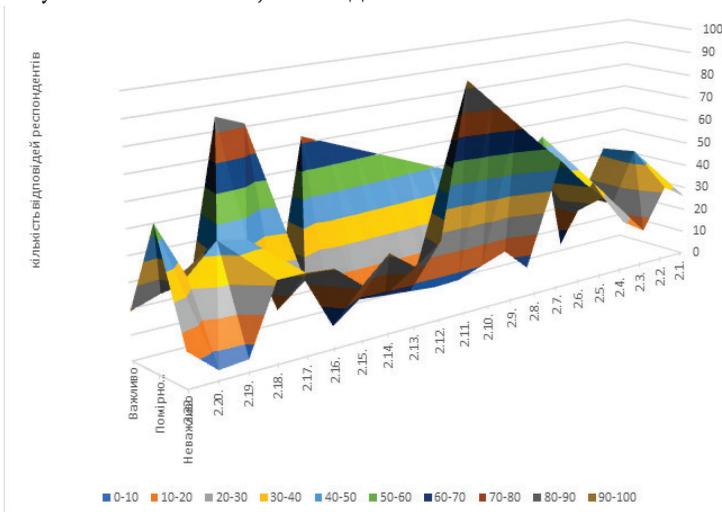


Рис. 2.2. Відповіді респондентів на запитання «Які з наведених нижче інституцій найбільше впливають на системи охорони здоров'я?»

Наступне питання анкети стосувалося ступеню важливості вирішення таких проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я (рис. 2.3). До найбільш важливих проблем, що потребують вирішення для підвищення рівня управління системою охорони здоров'я в Україні, респонденти віднесли – п. 3.1. – «недостатність розвитку фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що ускладнює розвиток недержавних комерційних форм охорони здоров'я» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 3.2. – «необхідність суттєвого удосконалення нормативного та правового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я в Україні» – 24 особи, що складає 12 % від загальної кількості опитуваних, п. 3.5 – «складність отримання доступу до послуг системи охорони здоров'я» – 21 особа, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних.

До пунктів, що набрали найменшу кількість відповідей «важливо» слід віднести п. 3.3. – «зростання рівня фінансового навантаження на працездатне населення України по утриманню непрацездатних, пов'язане із погіршенням демографічної ситуації» та п. 3.4. – «недостатність пропозиції державного фінансування системи охорони здоров'я».

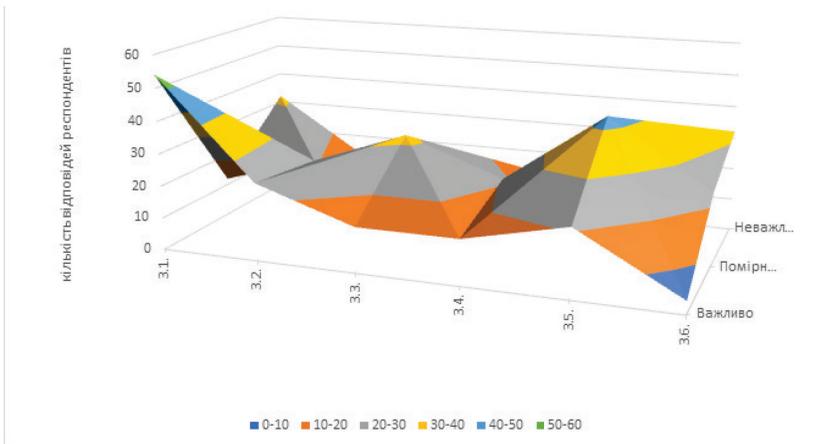


Рис. 2.3. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, ступінь важливості вирішення таких проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я»

Наступне питання анкети стосувалося виявлення труднощів, які перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту. Це питання було запропоновано експертам у зв'язку зі спорідненістю галузей охорони здоров'я та фізичної культури, тому проблеми, що потрібно вирішувати в цих сферах, є тотожними. Фізична культура, як і охорона здоров'я, відноситься до найважливіших напрямів розвитку соціальної сфери і соціального забезпечення (рис. 2.4).

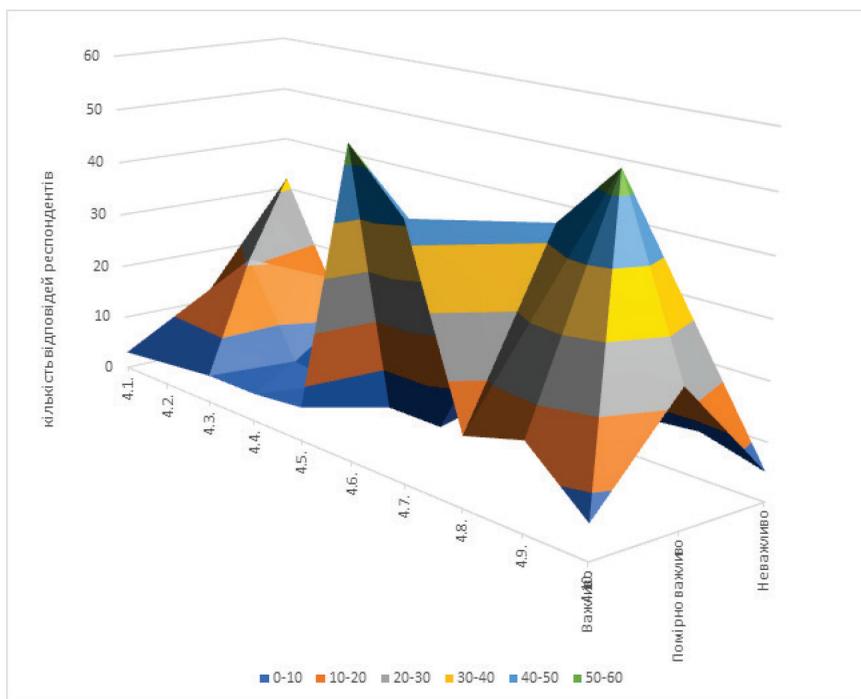


Рис. 2.4. Відповіді респондентів на запитання «Які труднощі, на Вашу думку, найбільше перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту як передумови здорового способу життя?»

До пунктів, що набрали найбільшу кількість відповідей як важливі відносяться наступні – п. 4.6. – «обмеженні матеріальні ресурси населення» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних, п. 4.7. – «відсутність кваліфікованих тренерів»

інструкторів у спортивних організаціях» – 44 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних. По цьому питанню був великий відсоток відповідей в категорії «помірно важливо» – п. 4.9 – «обмежене фінансування з боку держави» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних та п. 4.8 – «недостатній рівень запровадження міжнародного досвіду» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних. До пропозицій, що набрали найбільшу кількість «неважливо» відносяться: п. 4.1. – «проблеми законодавчого характеру» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних та п. 4.3. – «недостатній рівень підтримки з боку центральної влади» – 15 осіб, що складає 6 % від загальної кількості опитуваних.

До групи питань, які стосувалися соціальних сфер, що наближені до системи управління охороною здоров'я, слід віднести і наступне питання: «Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я» (рис. 2.5). Останнім часом в нашій державі та нашому суспільстві багато робиться для людей з вадами здоров'я, обмеженими можливостями, тому експерти дуже добре орієнтувалися в цьому питанні і надали кваліфіковані відповіді. До найбільш важливих проблем, які виникають з придбанням товарів або наданням послуг такою категорією людей, експерти визначають: п. 5.3 – «спеціалізоване лікування в стаціонарі» – 56 осіб, що складає 28 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.4 – «відвідування занять лікувальної фізкультури» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.1 – «медичні препарати» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних. До «помірно важливих» експерти віднесли п. 5.9 – «автомобіль» – 21 особа, що складає 11 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.8 – «медичне обслуговування вдома» – 20 осіб, що складає 10 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.7 – «працевлаштування» – 19 осіб, що складає 20 % від загальної кількості опитуваних, пункт 5.6 – «здобуття освіти», що складає 10 % від загальної кількості опитуваних.

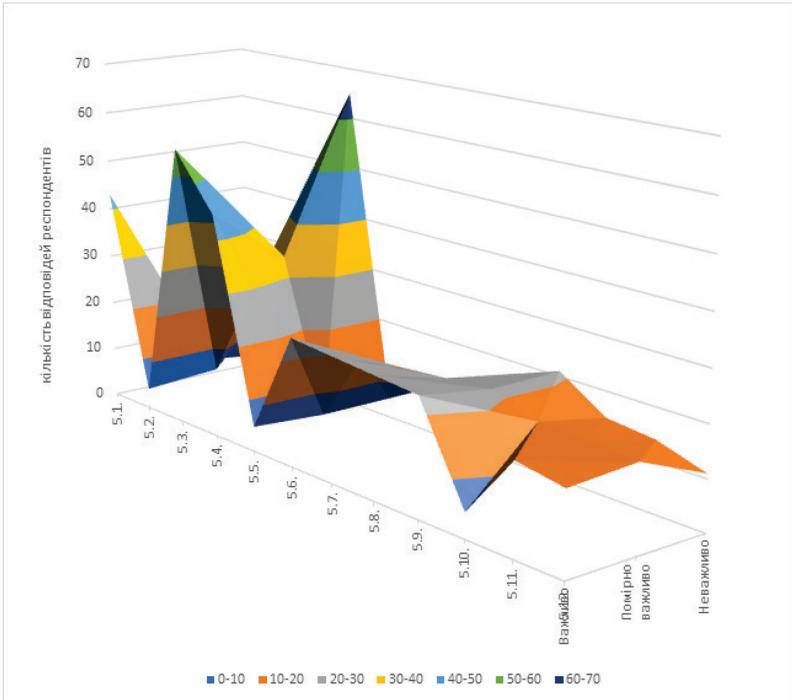


Рис. 2.5. Відповіді респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я»

Відповідаючи на шосте запитання анкети щодо оцінки важливості окремих передумов формування системи охорони здоров'я в Україні, експерти визначили наступні важливі пріоритети: п. 6.4 – «підвищення санітарної культури населення» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.3 – «ефективна охорона навколишнього середовища» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.6 – «поліпшення профілактичної роботи» – 33 особи, що складає 17 % від загальної кількості опитуваних (рис.2.6).

Серед пунктів відповідей на це питання до «неважливих» експерти віднесли п. 6.2 – «поліпшення медико-демографічної ситуації» та п. 6.5 – «формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту».

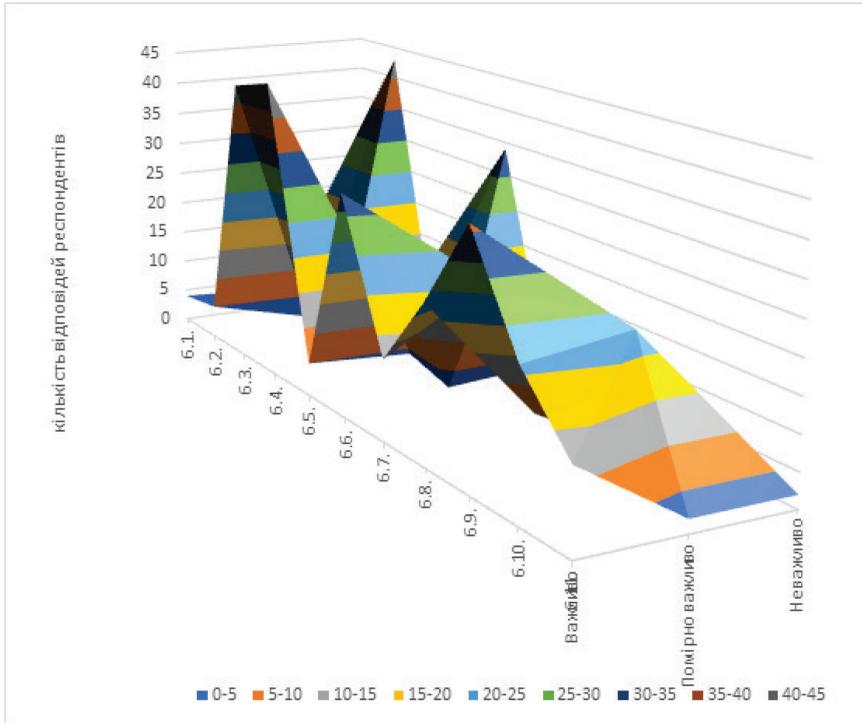


Рис. 2.6. Відповіді респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, важливість окремих передумов формування системи охорони здоров'я»

В процесі відповіді на наступне запитання анкети «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» (рис. 2.7) експерти оцінили як «важливі» такі пріоритети, як: п. 7.5 – «оптимізація мережі установ охорони здоров'я» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, п. 7.1 – «усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, п. 7.3 – «покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних.

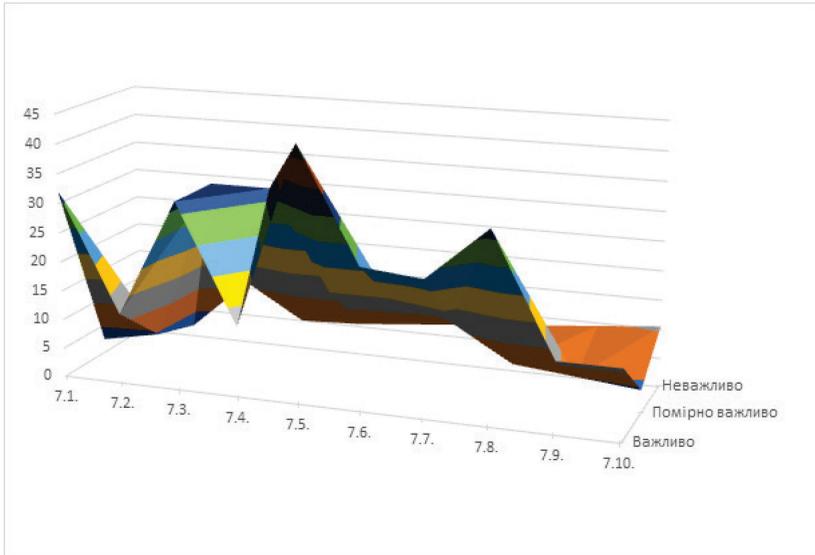


Рис. 2.7. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я»

Цей же пріоритет експерти віднесли до категорії «помірно важливо». Також 32 особи – що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, відзначили цю відповідь. Разом це складає 64 особи, що становить 34 % від загальної кількості опитуваних. Також відзначили напрям реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я «реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи» 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних.

Фізична культура та спорт є спорідненою галуззю до охорони здоров'я, важливою складовою соціальної роботи в суспільстві, на підприємстві з окремими групами населення. Розвиток цієї сфери в державі дасть можливість зменшити навантаження на систему охорони здоров'я, зробити суспільство здоровим, а економіці отримати додаткові вигоди за рахунок підвищення якості робочої сили. Тому останнє питання дослідження було сформульовано наступним чином: «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та

спорту». Із запропонованих відповідей респонденти визначили як «важливі» наступні: п. 8.3 – «вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних, 8.7 – «впровадження іноземного досвіду формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних, п. 8.10 – «навчання молоді щодо застосування технологій здоров'язберігаючої поведінки» – 32 особи, що складає 16 % від загальної кількості опитуваних (рис. 2.8).

Найбільша кількість експертів визначила наступні напрями формування здорового способу життя засобами фізичної культури і спорту як «неважливі»: п. 8.7 – «підвищення рівня рухової активності населення під час навчання», п. 8.6 – «запровадження принципів маркетингу в діяльності спортивних організацій», п. 8.4 – «визначення пріоритетів та головних завдань розвитку фізичної культури та спорту в Україні».

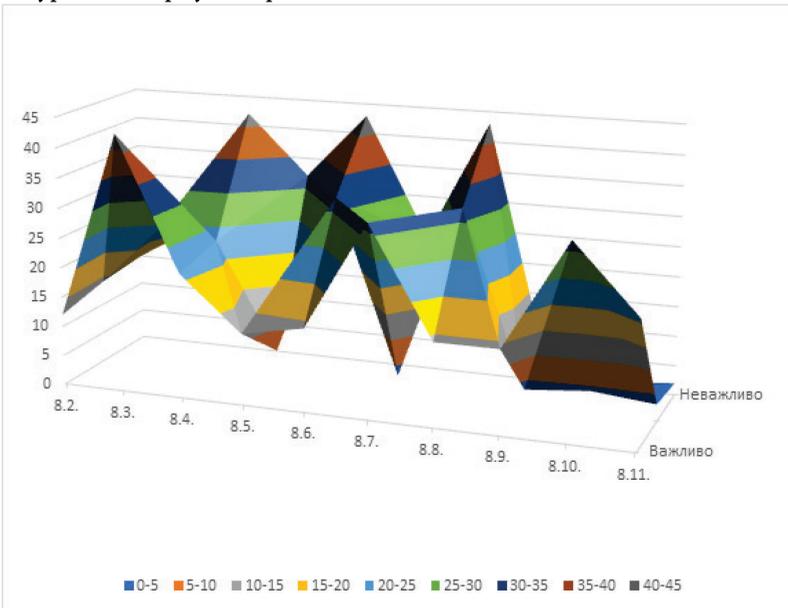


Рис. 2.8. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту»

Таким чином, до головних проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;

поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;

розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;

сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;

розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;

підвищення санітарної культури населення;

оптимізація мережі установ охорони здоров'я;

вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

Висновки до другого розділу

За поданими в розділі матеріалами аналізу стану трансформації системи охорони здоров'я необхідно зробити наступні висновки.

За останнє десятиліття відбувалася значна недооцінка важливості системи охорони здоров'я для становлення ринкових відносин в усіх сферах суспільно-економічного життя.

Соціальна значущість системи охорони здоров'я не дозволяє трансформувати її лише в межах ринкових механізмів управління та фінансування. Значний обсяг медичних послуг в усьому світі надається на основі соціальних програм держави та соціальних інститутів.

Якщо проаналізувати основні документи, які були прийняті Європейським бюро ВОЗ та в системі ООН, то можна відзначити, що ключові напрями трансформації інституційних перетворень та

реформ в системі державного управління цією галуззю співпадають з концептуальними положеннями цих документів.

Система державного управління охороною здоров'я України на теперішній час знаходиться на етапі активної модернізації під впливом міжнародних інституцій медичної сфери і заходів економічного та соціального спрямування. Не дивлячись на провідну роль державної системи управління охороною здоров'я, активну діяльність МОЗ України, все більше питань в країні вирішуються міжнародними організаціями сфери охорони здоров'я. Міжнародні інституції надають гранти на модернізацію системи охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я є такою ж інтегрованою в світові процеси глобалізації, як і такі сфери людської економічної і соціальної діяльності, як культура, фінанси, трудові ресурси, ІТ-технології і т.і. Участь системи охорони здоров'я в світових процесах зумовлена тим фактом, що глобальні чинники, які впливають на національні системи медичного забезпечення, неможливо обмежити протекціоністськими заходами, фізичними бар'єрами та санкціями.

Система державного управління охороною здоров'я не працює ізольовано від інших ланок механізму управління соціальними процесами. Одним з головних інструментів забезпечення здоров'я населення на теперішній час в усьому світі стає цілісна система інститутів, що сформувались та функціонують в різних сферах суспільного життя, але й одночасно працюють на покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, рухової активності, збільшення тривалості активного життя. Сучасна наука визначає соціальний інститут (від лат. institutum – заклад, установа, устрій) – як сталий механізм самоорганізації спільного соціального життя людей, орган управління ними. Також соціальний інститут – це форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

Аналіз впливу діяльності міжнародних організацій, що працюють в сфері охорони здоров'я, на систему державного управління системою охороною здоров'я, показав наступне:

– інституційний вплив на систему охорони здоров'я в Україні створюється організаціями, що мають суто медичне спрямування діяльності та організаціями, що мають соціальне та гуманітарне спрямування;

– всі міжнародні організації, що працюють в Україні в цьому напрямку, надають конкретну адресну матеріальну та моральну допомогу особам, що її потребують особисто, або шляхом співпраці з соціальними або медичними установами;

– основою діяльності таких організацій в Україні є волонтерський рух та інші форми організації роботи, які не потребують виділення додаткових коштів з державного бюджету;

– важливою формою впливу міжнародних організацій на розвиток системи охорони здоров'я в Україні є проведення тренінгів, консультацій, навчань для представників різних ланок системи охорони здоров'я, соціальних служб, силових структур, пенітенціарної служби;

– в Україні відсутні власні неурядові та громадські організації такого спрямування, що за масштабами діяльності можуть бути співставними з міжнародними фундаціями. Гуманітарна та соціальна діяльність шляхом залучення неурядових та громадських організацій стрімко розвивається в Україні. Проте масштабне реформування системи охорони здоров'я може бути проведено на основі співпраці з глобальними інституціями медичного та гуманітарного профілю;

– головною функцією Представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні слід визначити її вплив на трансформацію системи управління охороною здоров'я України, побудову нової національної системи управління охорони здоров'я, що базується на загальноприйнятих світових стандартах і підходах та має потужну матеріальну базу, що побудована на досконалому механізмі фінансування.

До головних проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

- підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;
- поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;
- розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;
- сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;
- розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;
- підвищення санітарної культури населення;
- оптимізація мережі установ охорони здоров'я;
- вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

Список використаних джерел до другого розділу

1. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». Електронний ресурс. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=3748&skl=8.
2. Носулич Т.М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку / Т.М. Носулич // Сталий розвиток економіки. – 2013. – № 4. – С. 195-201.
3. Проект рекомендацій парламентських слухань на тему: Сучасний стан, шляхи та перспективи реформи у сфері охорони здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/235648>.
4. Старіння населення. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Старіння населення](https://uk.wikipedia.org/wiki/Старіння_населення).
5. Екологічна проблема. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Екологічна проблема](https://uk.wikipedia.org/wiki/Екологічна_проблема).
6. Економічна криза. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Економічна криза](https://uk.wikipedia.org/wiki/Економічна_криза).
7. Міжнародна федерація товариства Червоного Хреста та Червоного Напівмісяця Електронний ресурс, Режим доступу: <http://redcross.org.ua/>.
8. Місія Міжнародного Комітету Червоного Хреста. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ua.icrc.org/>.

9. Міжнародна організація з міграції. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.iom.org.ua/>.

10. Представництво Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.unhcr.org/ua/>.

11. Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Електронний ресурс. Режим доступу: <https://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/org-in-ukraine/456>.

12. Представництво Всесвітньої організації охорони здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/org-in-ukraine/460>.

13. Пітюлич М.І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я України: [Електронний ресурс] / М.І. Пітюлич // Ефективна економіка [Електронне наукове фахове видання ДДДАЕУ]. – 2015. – № 3. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua>.

РОЗДІЛ 3.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

3.1. Визначення рівня соціальності управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів

Система управління охороною здоров'я в Україні знаходиться на теперішній час на етапі реформування. Іноземний досвід, що вже проаналізовано в попередніх розділах роботи, доводить багатоваріантність такого реформування. Однією з головних задач реформи є наближення сфери надання медичних послуг до ринкових умов господарювання. Однак досвід провідних країн світу показує нам, що наближення до таких умов може йти різними шляхами. При цьому дуже важливим є виокремити ті напрями, що дозволять зберегти соціальний напрям сфери охорони здоров'я, залишити його орієнтацію на широке коло пацієнтів, і разом з тим – підвищити якість надання медичних послуг. При старій системі медичного обслуговування, яка декларувалась як безкоштовна, а насправді виводила плату за медичні послуги до тіньового сектору економіки, лікарі були зацікавлені у найбільших термінах лікування і не орієнтувалися на кінцевий результат. Кінцевий результат – одужання пацієнта – визначався високими моральними якостями лікаря та його спрямованістю на гуманістичні ідеали охорони здоров'я, що були закладені старою радянською системою освіти. Економічні мотиви взаємовідносин лікаря і пацієнта спонукали до зацікавленості лікаря у багаторазовому повторному відвідуванні хворим свого лікаря. Така ж система складається і при так званій ринковій системі охорони здоров'я, при якій медична допомога є платною. При такій системі лікар зацікавлений у якомога більшій кількості відвідувань пацієнта. Тому пріоритет в усьому світі набула страхова медицина, яка створила умови для зацікавленості лікаря, або назвемо це – зацікавленості лікарняної установи, у мінімальній кількості відвідувань лікарні хворим і максимально швидкому процесі видужання.

Така система покладена в основу медичної реформи, що розпочалася нещодавно в Україні. В основу медичної реформи покладено фундаментальні підходи соціального забезпечення громадян, можливостей розширеного відтворення робочої сили та гуманістичні підходи, що притаманні діяльності лікаря. Однією з цілей проведеного дослідження було виявлення найбільш дієвих шляхів забезпечення прав пацієнтів, громадян України на отримання медичної допомоги із застосуванням ринкових механізмів та в той же час високого ступеня їх соціальної захищеності шляхом надання якісної та доступної медичної допомоги. Анкета, що надавалась експертам, подана у додатку Б.

В дослідженні приймали дослідження експерти, що працюють в Рівненській обласній клінічній лікарні. Всього було опитано 200 осіб – співробітників лікарні, серед яких (рис. 3.1.) – осіб, що отримали вищу освіту – 142, що складає 71 % експертів, серед яких лікарі, що отримали диплом з відзнакою – 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних та 30 відсотків від групи опитуваних з вищою освітою.

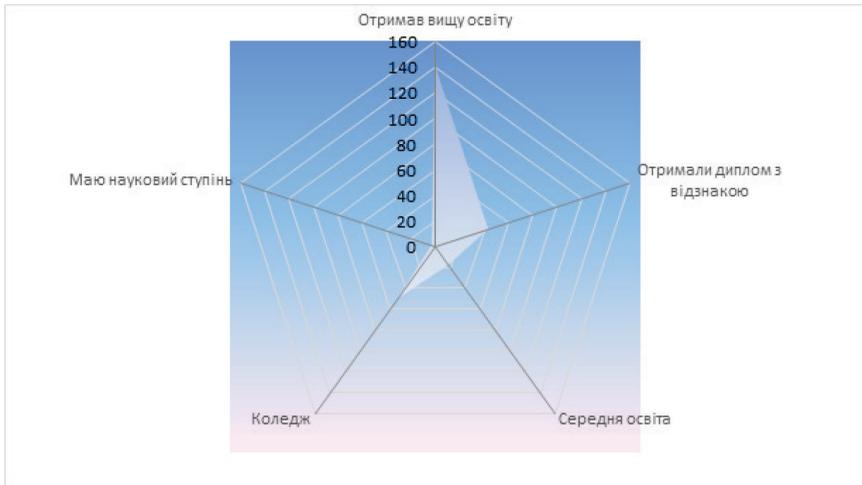


Рис. 3.1. Характеристика респондентів за рівнем освіти

Серед експертів – працівники, що мають великий стаж роботи в лікарні, не мають вищої освіти, але закінчили коледж. Така категорія складає 49 особи, або 25 % від загальної кількості опитуваних. 18 осіб мають середню освіту, що складає 4 %. Серед опитуваних також 2 кандидати наук.

За віковою структурою серед опитуваних превалюють досвідчені фахівці. Вікова група 25-44 роки складає найбільшу кількість опитуваних – 66 осіб, або 33 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 44-65 років складає 59 осіб, або 30 % від загальної кількості опитуваних. Вікова група 16-25 років налічує 32 особи, що складає – 16 %, а найстарша вікова група – 65 та більше років налічує 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних (рис. 3.2).

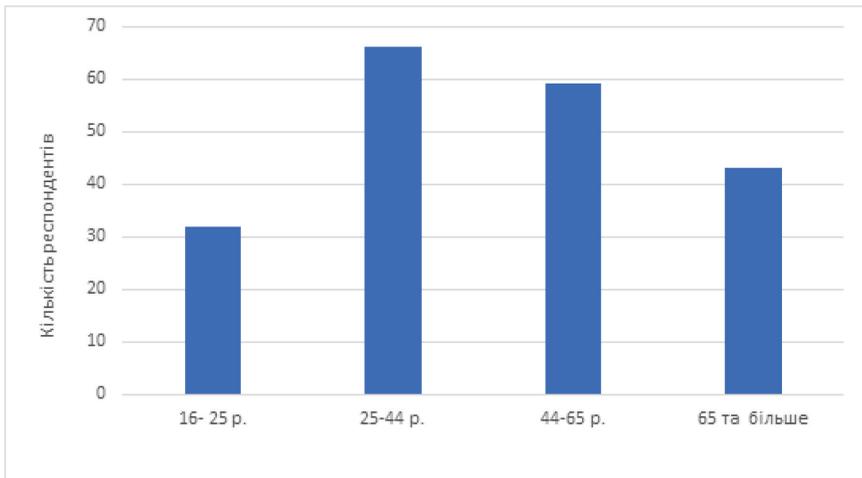


Рис. 3.2. Вікова структура респондентів – співробітників Рівненської обласної клінічної лікарні, що прийняли участь в опитуванні

Перший пункт анкети стосувався основних принципів солідарного медичного забезпечення, які було покладено в основу реформи системи охорони здоров'я в Україні (рис. 3.3). Серед запропонованих експертам принципів як найбільш важливий вони обрали відповідь на п. 1.8 – «можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством» –

54 особи, або 27 % від кількості опитуваних. Другим найбільш важливим принципом солідарного медичного забезпечення експерти вважають п. 1.4 – «цільове та раціональне використання коштів державного солідарного медичного страхування» – 45 осіб, або 23 % від загальної кількості опитуваних. Також до важливих принципів за результатами опитування слід віднести п. 1.5 – «універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом» – 34 особи, або 17 % від загальної кількості опитуваних. До принципів, що не є за думкою експертів суттєво важливими, слід віднести п. 1.1 – «законодавче визначення умов і порядку здійснення державного солідарного пенсійного страхування». Можливо, експерти вважають такий принцип дуже теоретизованим та відірваним від їх практичної діяльності.

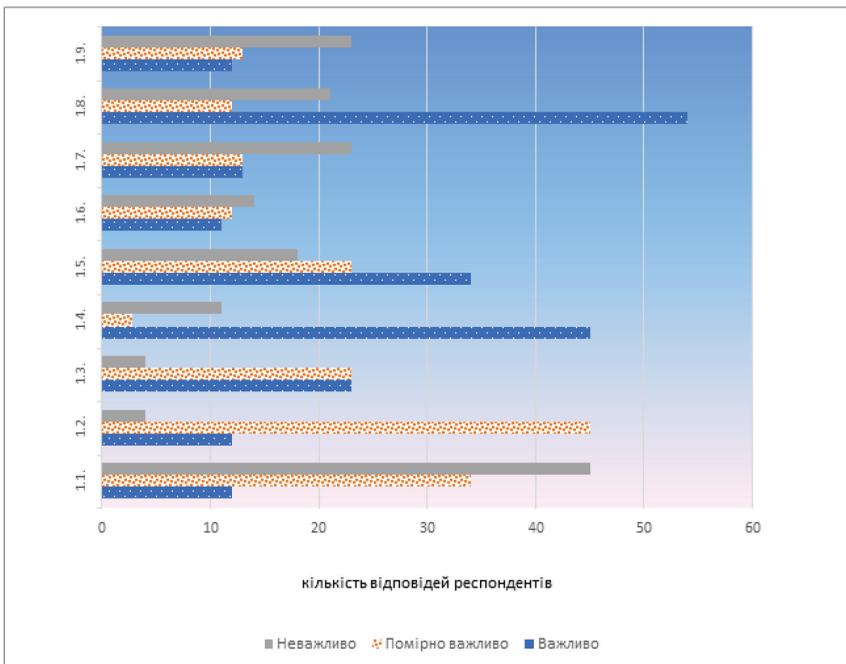


Рис. 3.3. Відповіді експертів на запитання анкети «Які з принципів державного солідарного медичного страхування в Україні мають найбільш соціальний характер?»

На рисунку 3.4 ми можемо побачити відповіді респондентів на друге питання анкети – Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими. В ситуації, в якій перебувала вітчизняна медицина багато років, пацієнти (зараз – застраховані особи) в повній мірі не усвідомлювали, які вони мають права і що зобов'язана держава, медичні лікарі зробити для надання якісних медичних послуг. Нове медичне законодавство чітко наголошує на правах пацієнта. Це є новою інституційною зміною в соціальній системі України.

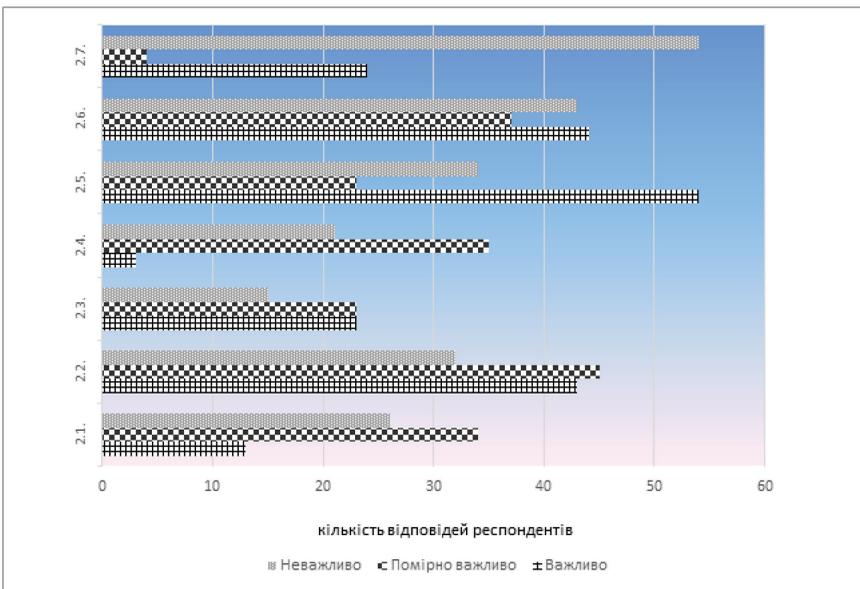


Рис. 3.4. Відповіді респондентів на запитання анкети «Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими?»

Серед найбільш важливих прав пацієнта як застрахованої особи експерти відзначили п. 2.5 – «оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних. Також важливим правом пацієнта є п. 2.6 – «судовий захист своїх прав» – 44 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних та п. 2.2 – «отри-

мання медичних послуг та лікарських засобів належної якості, які підлягають оплаті повністю або частково за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування, у разі настання страхового випадку» – 43 особи, що складає 21 % від загальної кількості опитуваних.

Одним з цікавих пунктів анкетного дослідження є питання про обов'язки застрахованих осіб. Обов'язки застрахованих осіб, на відміну від обов'язків пацієнтів, торкались не фізіологічних потреб людини (вести здоровий спосіб життя, займатися фізичною культурою, не палити, не зловживати алкоголем), а фінансових та юридичних обов'язків громадян в сфері медичного забезпечення, що також є суттєвим нововведенням в системі охорони здоров'я. На рисунку 3.5 як головний обов'язок громадян експерти визначили п. 3.1 – «надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування» – 54 особи, що складає 27% від загальної кількості опитуваних.

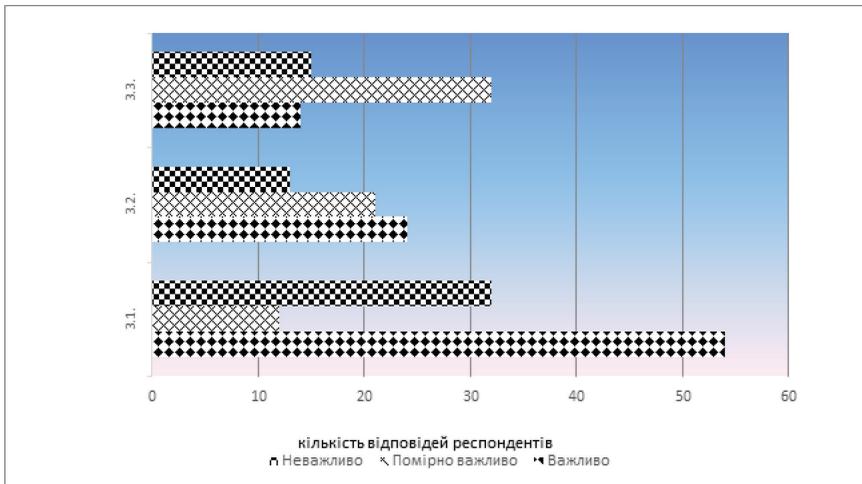


Рис. 3.5. Відповіді респондентів на запитання анкети «Реалізація яких з обов'язків застрахованих осіб є найбільш дієвими заходом для поліпшення системи охорони здоров'я?»

Також важливим обов'язком застрахованих осіб є визначений у п. 3.2. – «оплачувати за рахунок власних коштів, чи забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування та інших джерел тарифу спів-оплати у разі часткової оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування медичних послуг та лікарських засобів, наданих такій особі» – 24 особи, що складає 12% від загальної кількості опитуваних.

Серед повноважень органів центральної влади, що реалізують державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів (рис. 3.6) найбільш ефективним експерти визнали п. 4.6 – «розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів» – 54 особи, що складає 27 % від загальної кількості опитуваних. Крім цього важливим аспектом діяльності органів державної влади є п. 4.7 – «укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію» – 47 осіб, що складає 24 % від загальної кількості опитуваних. Слід зазначити, що експерти визначили зовсім нові механізми співпраці держави, закладів здоров'я та пацієнтів, до яких відноситься реімбурсація. Реімбурсація (англ. reimbursement – виплата компенсацій) – загальноприйнята в міжнародній практиці охорони здоров'я назва процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських препаратів та медичних послуг для населення.

Система реімбурсації є соціально-економічною системою, метою якої є забезпечення доступності лікарських препаратів та фармацевтичної допомоги в цілому, суб'єктом якої є уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, об'єктом – певні категорії захворювань та хворих. Основним принципом є забезпечення економічної (ціна) і фізичної (наявність на ринку країни) доступності медикаментів для всього населення, що виконується механізмами державного регулювання ціноутворення. Основним завданням є мінімізація витрат громадян і державного бюджету на придбання ліків [13].

У Європі відмінності методів надання компенсації визначаються найперше у виборі критеріїв адресатів і рівнів відшкодування, якими є:

категорія споживача (соціально незахищені верстви населення, люди, які страждають на захворювання з тяжким перебігом або хронічні та інші);

вид фармацевтичної допомоги (стаціонарна, амбулаторна);

вартість придбаних препаратів за певний період;

властивості препарату (внесення до «позитивного списку», ціна).

Складові встановлення цін та обсягів компенсації такі:

отримання дозволу на реалізацію препарату,

відповідність препарату критеріям ефективності, безпеки та якості,

перемовини із закладами, що здійснюють виплату компенсацій, та інші [13].

Соціально-економічні стратегії функціонування системи реімбурсації умовно можна поділити на дві системи:

державна система медичної та фармацевтичної допомоги (має суто соціальний характер) – лікарські препарати відпускаються загалом як частка надання первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування і фінансуються з джерел державного бюджету, фондів соціального страхування та обов'язкового медичного страхування;

недержавна система (превалює приватний характер фармацевтичної допомоги) – здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції, включаючи заміну лікарських препаратів аналогічними, контролю оптових і роздрібних цін і допускає використання джерел фінансування й компенсації вартості лікарських препаратів як за рахунок суспільних внесків, так і внесків добродійних фондів та іншого [13].

Основною метою в цій системі реімбурсації є досягнення стабільних джерел фінансування і зменшення витрат на лікарські препарати. Це здійснюється за рахунок відбору ефективних лікарських препаратів, що підлягають реімбурсації, їх раціонального використання, встановлення обсягів бюджетних асигнувань та соціально обґрунтованої участі пацієнтів в оплаті вартості ліків.

Функціонування недержавної системи реімбурсації і забезпечення доступності лікарських засобів для населення, як правило, здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції.

Доступність ліків для населення визначається країною проживання з урахуванням особливостей державної політики в галузі фармації, відмінностей в організації систем медичного страхування, систем компенсації вартості ліків, цінової та податкової політики. Системи компенсації вартості лікарських препаратів населенню існують майже в усіх країнах.

У залежності від особливостей системи охорони здоров'я країни використовуються такі механізми реімбурсації:

для застрахованих осіб – ґрунтується на основі подання пацієнтом рахунку витраченої на лікування суми страховій компанії – тут немає безпосереднього зв'язку між страховим фондом та медичними й аптечними закладами (діє у Франції та інших країнах);

для аптек та медичних закладів – надходять безпосередньо від страхової компанії на підставі домовленості між страховим фондом, медичним та аптечним закладом (діє в Німеччині та інших країнах) [13].

В Україні відповідними постановами Кабінету Міністрів України затверджується перелік тих лікарських препаратів, які можна закуповувати за бюджетні кошти і система компенсації вартості лікарських препаратів передбачена залежно від захворювання, його тяжкості та від категорії пацієнта.

Не досить важливими для своєї практичної роботи експерти вважають такі повноваження органу державної влади, як: «реалізація державної політики у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета, внесення пропозицій щодо її формування»; «проведення аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах»; «виконання функцій єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета»; «виконання функцій страховика». В сумі ці 4 пункти як важливі відзначили 17 осіб, що складає 8 % від загальної кількості опитуваних. Ці пункти мають найбільше значення серед опитуваних як «неважливі» (рис. 3.6).

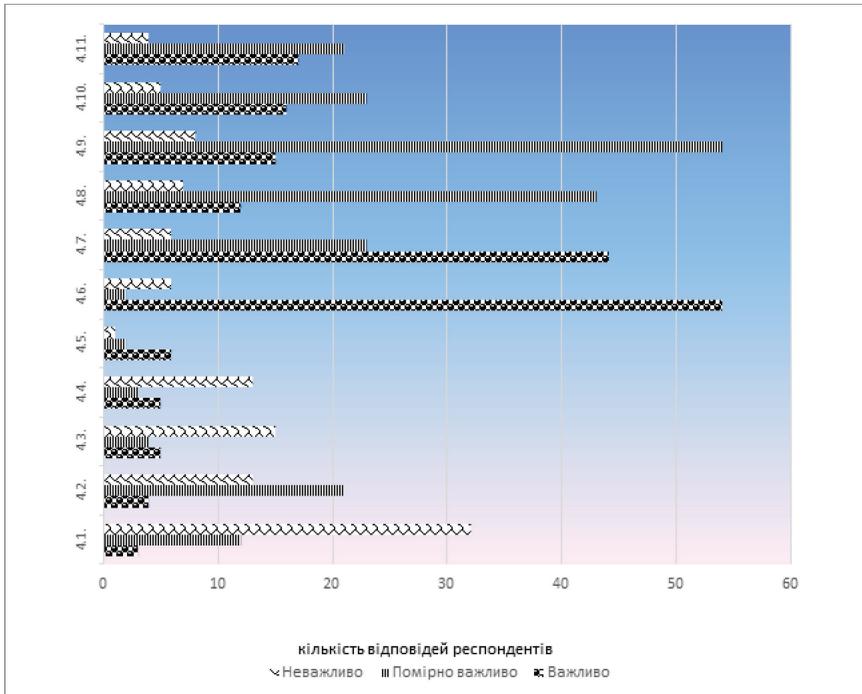


Рис. 3.6. Відповіді респондентів на запитання «Які повноваження центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, є найбільш ефективними для створення соціальної системи охорони здоров'я?»

Відповідаючи на більш конкретне запитання щодо форм встановлення тарифів на надання медичних послуг, респонденти зазначили, що найбільш зручними для застосування та дієвими для організації розрахунків повинні стати такі форми, як: п. 5.3 – «ставки на пролікований випадок» – 56 осіб, що складає 28 % від загальної кількості опитуваних, п. 5.4 – «ставки на медичну послугу» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних та п. 5.1 – «глобальні ставки, які передбачають сплату поставальниками медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних (рис. 3.7). Значно менше

експертів зацікавили такі види ставок, як «капіталізаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожну застраховану особу» та «ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення постачальником медичних послуг».

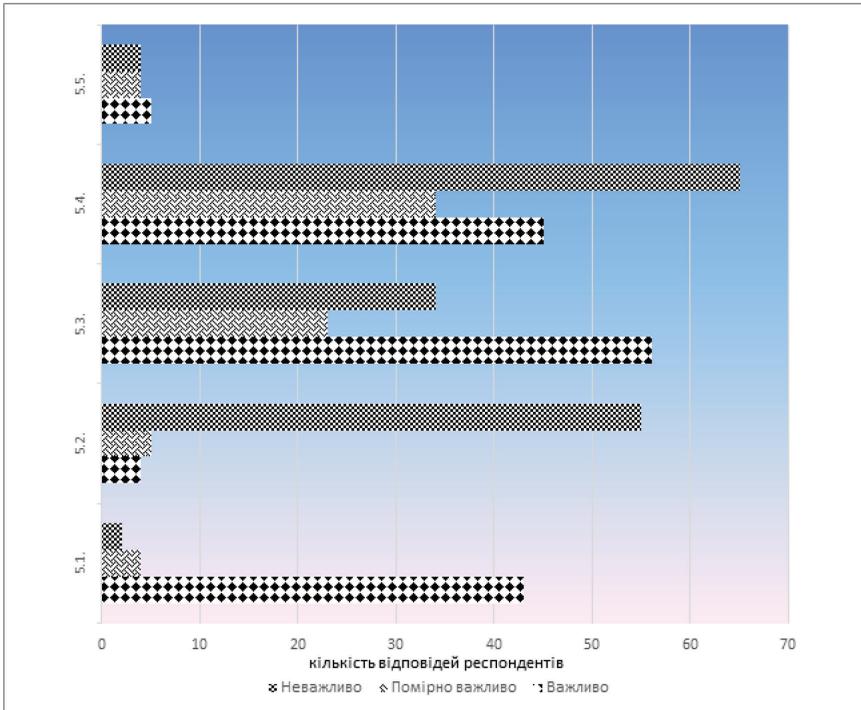


Рис. 3.7. Відповіді респондентів на запитання «В якій формі на вашу думку повинні встановлюватися тарифи на надання медичних послуг?»

Більш теоретичне питання анкети «Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я» (рис. 3.8) було розглянуто експертами наступним чином. До найбільш пріоритетних питань експертами було віднесено: п. 6.4 – «реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи» – 45 осіб, що складає 23 % від загальної кількості опитуваних, п. 6.3 – «покращення матеріально-

технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» – 43 особи, що складає 22 % від загальної кількості опитуваних та п. 6.9 – «прозорість процесу управління якістю медичних послуг» – 36 осіб, що складає 18 % від загальної кількості опитуваних.

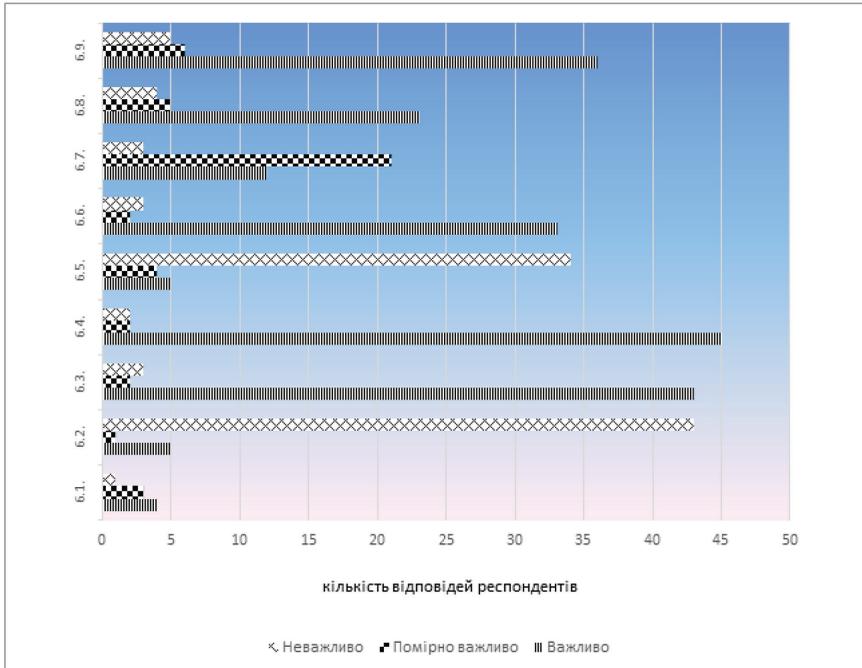


Рис. 3.8. Відповіді респондентів на запитання «Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я»

Таким чином, можна зробити висновки, що співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

3.2. Соціалізація системи охорони здоров'я Рівненської області на основі впровадження проекту Світового банку

Сучасна система управління охороною здоров'я в Україні базується на співпраці та координації діяльності органів державного управління, науково-дослідних установ та університетів, що працюють в сфері медичної науки, потужних регіональних лікувальних установ та лікувальних закладів низового рівня, що працюють в сільській місцевості та в містах і можуть провести первинну діагностику, надати первинну та загальну медичну допомогу. Одним з потужних регіональних закладів охорони здоров'я є комунальний заклад Рівненська обласна клінічна лікарня. Рівненська обласна клінічна лікарня на теперішній час поєднує в собі класичні підходи в наданні медичної допомоги, що були сформовані в умовах адміністративно-командної системи і системи масового соціального забезпечення та нові підходи в організації надання медичних послуг, в основі яких закладено страхові, накопичувальні та комерційні принципи.

Рівненська обласна клінічна лікарня є провідним лікувально-діагностичним закладом Рівненської області. Щороку на 725 стаціонарних ліжках вона приймає більше 23 тисяч пацієнтів. Рівень відвідувань консультативної поліклініки, що функціонує на базі лікарні, становить близько 200 тисяч пацієнтів на рік. У колективі закладу – 7 заслужених лікарів України, 13 кандидатів медичних і 1 – кандидат технічних наук. Колектив лікарні постійно працює над вдосконаленням своєї фахової майстерності, впровад-

жує новітні світові медичні досягнення. У 2017 році оновлено діагностичне обладнання в клінічній лабораторії, створено відділення інтервенційної радіології, де налагоджено надання допомоги хворим з гострим коронарним синдромом з усієї області; розпочав функціонувати Центр ортопедії, травматології та вертебрології, де надзвичайно активно впроваджуються новітні методики оперативних втручань, якими раніше в області не займався ніхто [12].

Відділення гнійної хірургії та проктології було створене в 1989 році на базі загальної хірургії. Нині у відділенні надається допомога на 40 ліжках – 30 хірургічного профілю і 10 – проктологічного. Відділення є єдиним спеціалізованим закладом області, де окрім патології, яка викликана хірургічною інфекцією, надається високоспеціалізована допомога з застосуванням сучасних технологій в організованих центрах з лікування гострого панкреатиту, ступні діабетика, ускладнень після оперативних втручань на органах черевної порожнини та проктологічної патології. У відділенні проводяться складні, повторні та реконструктивні операції на органах черевної порожнини, операції при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, програмовані етапні санації черевної порожнини при занедбаних перитонітах, впроваджуються в практику сучасна антибіотикотерапія, складні колопроктологічні операції та міні-інвазивні операції на прямій кишці [12].

Важливе соціальне значення для регіону має наявність в Рівненській обласній клінічній лікарні гастроентерологічного центру у зв'язку з тим, що на теперішній час значно виріс рівень захворюваності хворобами шлунково-кишкового тракту. Передусім це пов'язано з забрудненням навколишнього середовища, відсутністю контролю за якістю питної води, використанням у сільському господарстві великої кількості хімічних речовин, застосуванням у тваринництві антибіотиків і гормонів, використанням у харчовій промисловості барвників, стабілізаторів, підсилювачів смаку. Пацієнтам із різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту з усієї Рівненщини надає допомогу Гастроентерологічний центр обласної клінічної лікарні. В центрі лікуються пацієнти з захворюваннями шлунка, підшлункової залози, жовчного міхура, стравоходу, печінки та кишечника. Центр оснащений надсучасним

медичним обладнанням. Ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та 12-палої кишки проводиться шляхом відеогастроскопії. Цей метод – дуже інформативний та безпечний, він відрізняється точністю, особливо якщо використовуються HD-технології. Такий прилад є в центрі. Це апарат екстракласу, який за лікувально-діагностичними можливостями не має рівних на Рівненщині. Він справно функціонує завдяки тому, що на його ремонт у спеціалізованому центрі постійно виділяються кошти. Також адміністрація виділяє кошти на поточний ремонт колоноскопа та гастроскопа, на забезпечення якісними деззасобами та витратними матеріалами. Використання відеоендоскопічної техніки дозволяє на ранніх стадіях виявляти онкопатологію та різноманітні захворювання шлунку та кишечника, створювати свою базу даних і свою диспансерну групу пацієнтів [12].

Кардіологічне відділення Рівненської обласної клінічної лікарні було відкрите в 1976 році, воно розраховано на 40 ліжок. У відділенні працює 4 лікарі, всі з вищими кваліфікаційними категоріями, і 26 середніх та молодших медпрацівників. За рік стаціонарно проліковується близько 1500 хворих, а близько 4 тисяч хворих консультується амбулаторно. У відділенні лікуються хворі з ішемічною хворобою серця, гострим інфарктом міокарда, гіпертонічною хворобою серця, міокардитами, вродженими вадами серця тощо. Для обстеження хворих із захворюваннями системи кровообігу в наявності повний перелік необхідного обладнання. За останні роки обладнання у відділенні оновлене, повністю зроблено ремонт.

Впродовж останнього року, незважаючи на те, що він був важким і для країни, і для медичної галузі, у нас покращились можливості надання допомоги хворим з гострим коронарним синдромом завдяки відкриттю відділення інтервенційної радіології на 10 ліжок з навченим медперсоналом, який працює за новим локальним протоколом 24 години на добу 7 днів на тиждень. З кожним роком кількість хворих, які звертаються до відділення, збільшується. Адже, якщо загалом чисельність дорослого населення Рівненської області становить близько 800 тисяч, то пацієнтів із хворобами системи кровообігу на Рівненщині налічується близько

550 тисяч. Половина з них має гіпертонічну хворобу, близько 200 тисяч – ішемічну хворобу серця. Це ті хвороби, які є головними серед причин захворюваності і смертності.

Ортопедо-травматологічне відділення набуло нового статусу – на його базі створено Центр ортопедії, травматології та вертебології. Це стало своєрідним логічним продовженням постійної роботи з впровадження передового світового досвіду оперативних втручань. Нововведень, які було запроваджено останнім часом, досить багато – прикладом є стабілізуючі операції на хребті, декомпресійні операції на хребті, і дискетомії з імплантацією штучних міжхребцевих дисків, і постановка динамічних фіксаторів, які, не обмежуючи рух у хребті, водночас дозволяють дещо стабілізувати хребет. Новітні світові методики впроваджуються в медичну практику й надалі. У вересні 2018 року відбулося стажування фахівців обласної лікарні у Мюнхені. За останні роки при тому самому ліжковому фонді й штаті медичного персоналу практично вдвічі збільшилась потужність відділення за кількістю оперативних втручань: якщо у 2009 році виконували 850-900 операцій на рік, то у 2017 році – 1600-1700 [12].

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії Рівненської обласної клінічної лікарні тісно пов'язане у своїй роботі з усіма іншими відділеннями. У 2018 році заплановано завершення реалізації проекту, який виконувався впродовж останніх 10 років, щодо забезпечення обладнання лікарні автономним газопостачанням. Це автономний кисень для пацієнтів відділення, стиснене повітря тощо. Підвищувати свою кваліфікацію лікарі відділення анестезіології та інтенсивної терапії мають змогу завдяки відкриттю на базі лікарні декілька років тому філії кафедри факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету. Важливо, що тепер на базі обласної лікарні мають змогу підвищувати кваліфікацію й лікарі-анестезіологи обласної дитячої лікарні.

Наведені вище досягнення Комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» були досягнуті завдяки модернізації системи управління охороною здоров'я як на рівні держави, на рівні регіональної влади, так і безпосередньо в лікувальній уста-

нові. Безперечно важливим для роботи лікарні лишається державне фінансування медицини, але відкриваються нові механізми залучення фінансових ресурсів, серед яких: співпраця з благодійними фондами та організаціями, розвиток співпраці зі страховими компаніями, міжнародними організаціями, що працюють в сфері надання медичних послуг та модернізації систем управління медициною, створення підрозділів лікарні, які працюють на комерційних принципах, розвиток діяльності лікарняних кас.

Необхідно зазначити, що співпраця з міжнародними організаціями є одним з найбільш перспективних напрямів модернізації системи управління охороною здоров'я в регіональних закладах охорони здоров'я. Як вже відзначалося, відомі світові фундації, що функціонують в системі охорони здоров'я, працюють не тільки безпосередньо з хворими та особами, що потребують допомоги, але й роблять це шляхом співпраці з лікарняними та соціальними установами. Крім цього напряму діяльності робота Комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» з міжнародними організаціями проводиться і в іншому напрямі. Прикладом цього є співпраця з потужною фінансовою інституцією – Світовим банком. Як відомо, світовий банк – це фінансова інституція, що здійснює інвестиційно-фінансову діяльність в усьому світі. Проблеми реформування охорони здоров'я в Україні є цікавими, потенційно інвестиційно привабливими та такими, що мають велику соціальну значущість. Саме тому всесвітня фінансова інституція глобального масштабу реалізує в Україні грантову програму, складовою частиною якої є Рівненська область та вдосконалення діяльності Рівненської обласної клінічної лікарні.

Однією зі значущих подій останніх років в управлінні медичним закладом є його участь у проекті Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей». Зокрема, в рамках попередніх двох етапів реалізації проекту до обласної лікарні було поставлено ангиографічну операційну та кардіоваскулярний сканер. Також в рамках реалізації проекту планують закупити витратні матеріали для цього центру. Третій етап поставки медтехніки у 2017 році приніс лікарням нашого серцево-судинного центру: дефібрлятор/монітор – 3 шт., електрокардіограф 12-канальний –

4 шт., монітор реанімаційно-хірургічний – 10 шт., імунологічний аналізатор – 1 шт., зовнішній кардіостимулятор – 2 шт., аспіратор – 2 шт. Всього 22 одиниці сучасного медичного обладнання. Це все дозволить обладнати операційну та палати інтенсивної терапії відповідно до сучасних стандартів [11].

Необхідність реалізації цього проекту в Україні і, зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні пов'язана з необхідністю модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи (управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг відповідної якості при одночасному забезпеченні економічної ефективності [11].

У межах запропонованого кластеру Проекту планується протягом п'яти років запровадити в Україні нову систему фінансування лікарень, яка базується на використанні класифікації пролікованих випадків стаціонарної допомоги з використанням системи DRG (діагностично-споріднених груп – ДСГ), яка сприятиме адекватному визначенню місця надання медичної допомоги, підвищенню ефективності використання переданих лікарням фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів, підвищенню якості та доступності надання медичної допомоги, переходу до фінансування постачальників медичних послуг відповідно до обсягу наданої медичної допомоги, її складності та якості (рис. 3.9).

Для запровадження системи ДСГ в Україні МОЗ України здійснено такі попередні кроки:

- 1) На основі підготовленого міжнародними експертами Світового банку та спеціалістами МОЗ України проекту Стратегії впровадження ДСГ в Україні наказом від 29.08.2014 р. № 605 «Про

затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» затверджено План заходів із запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні.

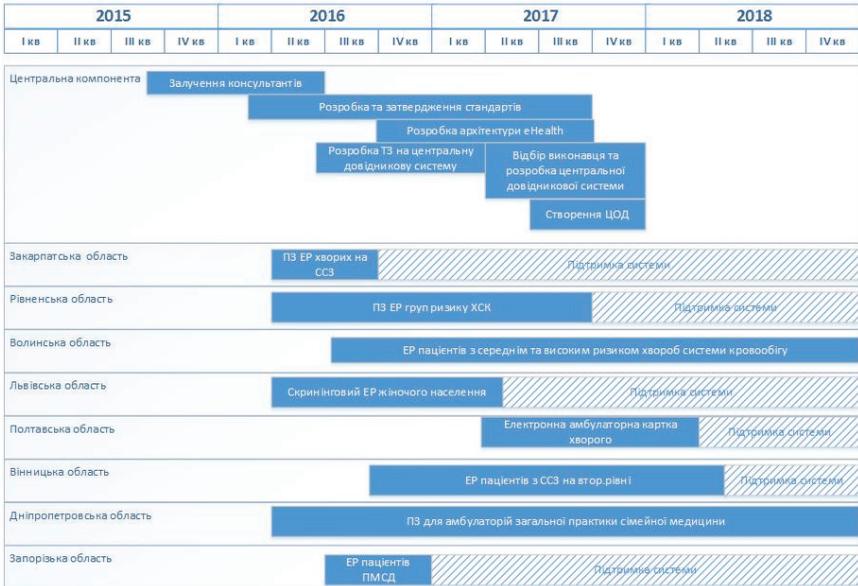


Рис. 3.9. Схема реалізації проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей» [11]

2) Для обґрунтування вибору базової системи ДСГ, на основі якої відбуватиметься адаптація цієї системи для використання в умовах України, в рамках робочої групи МОЗ України з опрацювання соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я було створено відповідну підгрупу.

На своєму засіданні 20.03.2014 року шляхом відкритого голосування зазначена робоча група МОЗ України прийняла протокольне рішення визначити австралійську систему діагностично-споріднених груп (AR-DRG) як базову для створення української системи ДСГ.

3) Визначено перелік 100 пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи ДСГ, який затверджено наказом МОЗ від 17.03.2015 р. №150 «Про затвердження Переліку пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи діагностично-споріднених груп».

4) У структурі ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» створено відділ статистики діагностично-споріднених груп. Ведеться робота зі створення в перспективі Центру ДСГ як окремої юридичної особи [11].

Мета кластеру – розроблення та запровадження нового, орієнтованого на використання оплати за результат, механізму фінансування закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу населенню, спрямованого на забезпечення надання пацієнтам відповідних доступних, якісних та економічно ефективних медичних послуг.

Основні очікувані результати діяльності кластеру:

1) формування нових правових та інституціональних засад розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я;

2) забезпечення раціонального використання державних фінансів та зміцнення фінансової дисципліни, зростання ступеня прозорості процесів формування та виконання бюджетів у сфері охорони здоров'я, оперативного реагування на виникнення або загрозу виникнення ризиків неефективного використання державних фінансів та фінансових порушень;

3) забезпечення автономії державних та комунальних закладів охорони здоров'я з наданням їм:

– свободи контрахтування та можливостей самостійно вирішувати питання оперативного перерозподілу коштів між різними напрямками витрат;

– права самостійно забезпечувати управління людськими ресурсами (планування кількості та добір персоналу, вдосконалення методів його діяльності та мотивації його професійного розвитку);

– права самостійно забезпечувати управління матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо);

– самостійно визначати показники ефективності та продуктивності своєї діяльності та застосувати їх при у процесі планування своєї подальшої діяльності та при оплаті праці персоналу;

4) перехід від моделі фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я на основі їх утримання за рахунок коштів відповідних бюджетів до моделі фінансування за надані ними послуги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, в умовах яких заклади охорони здоров'я отримують стимули до підвищення якості медичної допомоги та економічної ефективності процесу її надання;

5) забезпечення більшої гнучкості та фінансової стабільності державних та комунальних закладів охорони здоров'я в умовах ринку за рахунок:

– надання їм можливості поряд із своєю основною діяльністю з надання гарантованих державою безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти здійснювати в межах законодавства додаткову господарську діяльність з надання платних медичних послуг з інвестуванням отриманих при цьому додаткових фінансових ресурсів у подальший розвиток своєї основної діяльності та поліпшення оплати праці персоналу;

– надання їм можливості розміщувати вільні кошти на депозитних рахунках у банках та отримувати інвестиційні кредити під гарантії власника (органу управління), необхідні для забезпечення розвитку своєї основної діяльності;

6) практична реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг в залежності від результатів їх роботи та спрямована на максимальне врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів як споживачів медичних послуг;

7) створення умов для розвитку конкуренції у середовищі постачальників медичних послуг як інструменту підвищення якості та ефективності у сфері медичного обслуговування;

8) підвищення загального рівня виконання вимог законодавства у частині реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я та медичну допомогу [11].

Індикаторами оцінки успішності реалізації кластеру очікується досягнення наступних конкретних результатів:

1) створення інституційних та нормативно-правових засад, необхідних для розробки та запровадження, технічної підтримки та подальшого розвитку національної системи ДСГ;

2) формування адекватних знань та практичних навичок персоналу, який буде впроваджувати систему ДСГ в Україні;

3) успішна реалізація пілотного проекту із впровадження системи ДСГ у відібраних МОЗ України пілотних закладах охорони здоров'я;

4) впровадження системи ДСГ у всіх державних та комунальних закладах охорони здоров'я України, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (на кінець строку реалізації Проекту);

5) перехід закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу населенню, на фінансування за допомогою системи ДСГ (на кінець строку реалізації Проекту) [11].

Рівненська область входить до складу учасників Проекту з субпроектом «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки».

Фінансування субпроекту передбачено з двох частин: кошти Світового банку – 25 млн дол., та кошти обласного бюджету – 2,5 млн дол.

Основними цілями субпроекту в Рівненській області визначені:

1. Покращення функціонування та взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання допомоги хворим на ХСК (хвороби системи кровообігу).

2. Покращення обізнаності населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу.

В рамках субпроекту для досягнення поставлених цілей заплановано:

1. Провести капітальний ремонт та реконструкцію 105 закладів охорони здоров'я первинного рівня: фельдшерсько-акушерських пунктів в лікарські амбулаторії. Об'єкти розташовані в кожному районі області;

2. Закупити медичне обладнання для серцево-судинного центру Рівненської обласної клінічної лікарні (РОКЛ), лікарських амбулаторій, центральних районних та міських лікарень;

3. Закупити вироби медичного призначення для серцево-судинного центру РОКЛ;

4. Закупівлю 18 автомобілів швидкої медичної допомоги класу В для центральних районних та міських лікарень;

5. Розробка та запуск програмного забезпечення для супроводу електронного реєстру груп ризику з інтеграцією до державної системи eHealth;

6. Створення Центру обробки даних закладів охорони здоров'я;

7. Впровадження комплексної системи захисту інформації;

8. Розробка та підтримка інформаційного веб-порталу щодо хвороб системи кровообігу;

9. Розробка мультимедійного навчального курсу «Особливості роботи з групами ризику»;

10. Проведення інформаційної кампанії щодо популяризації веб-сайту, гарячої лінії та здорового способу життя;

11. Проведення навчань медичного персоналу (сімейних лікарів, спеціалістів, менеджерів ЗОЗ) щодо профілактики та лікування хвороб системи кровообігу [11].

Реалізація субпроекту передбачена в 2015–2020 рр.

В структурі поширеності неінфекційних захворювань в області хвороби системи кровообігу (ХСК) займають 26,1 % – найбільше з усіх захворювань. При цьому спостерігається зростаюча динаміка поширеності даних хвороб. За останні 10 років поширеність хвороб системи кровообігу по Рівненській області зросла більше ніж у два рази, так, у 2012 році вона склала 61,4 тис. на 100 тисяч дорослого населення.

Серед хвороб системи кровообігу найвищі показники поширеності захворювань гіпертонічною хворобою – 29,9 тис. на 100 тис. дорослого населення. Другою по поширеності серед хвороб системи кровообігу є ішемічна хвороба серця – 21,8 тис. на 100 тис. дорослого населення. Поширеність ішемічної хвороби серця в області за останніх 10 років зросла в 1,7 рази [11].

Щороку серцево-судинна патологія зумовлює майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. У структурі причин смертності від ХСК питома вага смертності від ІХС та гострого інфаркту міокарду у 2012 році склала близько 74,8 %.

Враховуючи вищезазначене, надметою проекту є зменшення смертності та інвалідності від хвороб системи кровообігу (далі – ХСК), яка буде досягнута шляхом покращення якості та доступності медичної допомоги для населення Рівненської області.

До участі в реалізації Субпроекту залучені:

1. центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД),
2. центральні (міські та районні) лікарні,
3. обласна клінічна лікарня,
4. обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики,
5. центр здоров'я.

Орієнтовні показники, що дадуть змогу оцінити результати реалізації Субпроекту:

1. первинний вихід на інвалідність від хвороб системи кровообігу серед населення віком 18+ років на 10 тис. населення 18+ років досягне – 9,7 проти 11,0 до дії субпроекту;

2. смертність від хвороб системи кровообігу серед населення віком 18+ років на 10 тис. населення 18+ років зменшити до 116,3 із 117,3;

3. частку фінансування ЗОЗ первинного рівня області до фінансування ЗОЗ вторинного рівня збільшити з 31,5 до 53,0 %;

4. підвищення професійного рівня медичного персоналу первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги по лікуванню ХСК;

5. створення електронного реєстру пацієнтів із хворобами системи кровообігу та групи ризику;
6. реорганізацію 26 ФАПів, які обслуговують більше 1000 осіб, у 26 лікарських амбулаторій;
7. провести ремонтні роботи та реконструкцію в 79 діючих ЛА;
8. підвищити обсяг надання медичної допомоги пацієнтам з ХСК у закладах всіх рівнів;
9. забезпечити серцево-судинний центр обласної клінічної лікарні медичним обладнанням та виробами медичного призначення;
10. покращити обізнаність населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу;
11. закупити 18 автомобілів класу В для транспортування хворих з ХСК до серцево-судинного центру Рівненської ОКЛ.

3.3. Основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств

Актуальність дослідження системи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств обумовлена збільшенням ролі санаторно-курортних підприємств в економіці і соціальній сфері, змінами, що відбулися на ринку санаторно-курортних послуг, розвитком міжрегіонального та міжнародного співробітництва, необхідністю впровадження сучасних методів державного регулювання галузі. Крім того, діяльність санаторно-курортних підприємств є складовою функціональною частиною системи охорони здоров'я, хоча юридично та системно з нею не завжди пов'язана.

Розвиток санаторно-курортного комплексу супроводжується рядом як позитивних, так і негативних результатів, що вимагає наукового узагальнення та впровадження більш досконалого механізму управління його розвитком, адекватного кількості та обсягам завдань. Санаторно-курортні підприємства є значною частиною системи охорони здоров'я. Постійне санаторне оздоровлення та

лікування є складовою частиною сучасної медицини, тому цій проблематиці необхідно відвести значне місце в дослідженні.

Санаторно-курортна справа традиційно є складовою частиною національної та регіональної економіки і одним з найважливіших об'єктів державного регулювання. Крім виконання своєї основної функції, здравниці створюють соціальний стабілізуючий ефект за рахунок створення нових робочих місць в соціально-побутовій та виробничій інфраструктурі, що підвищує зайнятість населення і прискорює соціально-економічний розвиток регіону. Особливості роботи санаторно-курортних підприємств в умовах ринкової економіки, значне скорочення обсягів їх фінансування з національного і місцевих бюджетів та коштів обов'язкового соціального страхування, ослаблення координації їх діяльності з боку держави за останні десять років призвели до скорочення числа санаторіїв, пансіонатів з лікуванням та санаторіїв-профілакторіїв на 30 %, числа ліжок в них – на 20 %, а також до погіршення матеріально-технічної бази ряду санаторно-курортних установ. З іншого боку, на попит на санаторно-курортні послуги негативно впливає диспропорція між високою потребою в цих послугах і низькою платоспроможністю населення. В таких умовах обґрунтування концептуальних основ державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств має значний інтерес і практичну цінність.

Систематизація наукових поглядів з обраної проблематики дає змогу стверджувати, що достатня кількість визначних економістів так чи інакше акцентували увагу у своїх працях на проблемах авторського дослідження, досить назвати імена: Бойко Г.М. [1], Гуменюк В.В. [2], Дмитрук О.В. [3], Ільїна М.В. [4], Круцевич Т. [5], Новикова В.І. [6], Рендович П.М. [7], Солодовник Ю.О. [8], Тесля Л.В. [9], Щепанський Е.В. [10].

Метою дослідження є обґрунтування концептуальних основ державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, що має значний інтерес і практичну цінність.

Рекреаційна діяльність санаторно-курортних підприємств в Україні традиційно є складовою частиною державної політики і

важливим розділом національної системи охорони здоров'я, що дозволяє цілеспрямовано і ефективно здійснювати профілактику захворювань і відновлювальне лікування хворих, проводити їх реабілітацію. Організація санаторно-курортної допомоги заснована на принципах профілактичної і реабілітаційної спрямованості, етапності та наступності між амбулаторно-поліклінічними, стаціонарними і санаторно-курортними організаціями, спеціалізації наданої допомоги. На даний момент досить актуальною є задача вивчення і практичного використання накопиченого досвіду з реалізації державної політики, державного регулювання і управління провідних туристичних держав. Це особливо важливо у зв'язку зі здійснюваною в даний час реформою державного управління і процесами приватизації. Характерно, що приватизаційні процеси в сфері санаторно-курортного комплексу внесли нові моменти в так звану проблему відомчої роз'єднаності. На додаток до раніше існуючих відомств, які брали участь у функціонуванні, таким як: профспілки, МОЗ, Міноборони, інші силові структури і багато інших міністерств та відомств, додалися численні фінансово-промислові групи і приватні компанії. Все це настійно вимагає трансформування традиційних методів прямого державного управління рекреаційною діяльністю санаторно-курортних підприємств, впровадження і використання адекватних вимогам світового ринку санаторно-курортних послуг економічних інструментів і способів державного регулювання санаторно-курортного комплексу. При цьому, звичайно, слід особливо враховувати соціальну складову цього виду сучасного бізнесу.

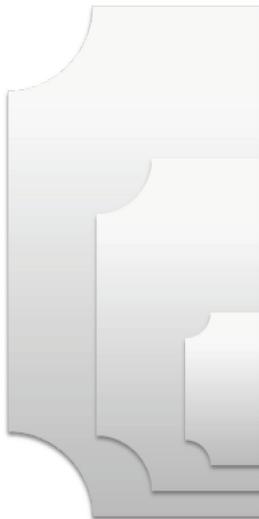
Крім вищеназваних проблем рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, слід виділити ряд проблем з точки зору ринку споживання профільних послуг санаторно-курортних організацій. Перерахуємо ці проблеми: практичні лікарі часто не мають достовірної інформації по санаторно-курортних організаціях, їх реальний стан і можливості: на місцях відсутні фахівці, здатні приймати обґрунтовані рішення про відбір для конкретного хворого тієї чи іншої санаторно-курортної організації з урахуванням всієї сукупності факторів, що впливають на цей вибір; тяжке становище склалося в санаторно-курортному комплексі, коли

за відсутності сформованих і прогнозованих потоків профільних пацієнтів здравниці зазнають серйозних труднощів і змушені підлаштовуватися під «туристичні» сезони; керівники підприємств, соціальних служб, на чії плечі лягла реальна відповідальність за оздоровлення працівників підприємств, членів їх сімей, громадян різних соціальних категорій, не володіють реальними методами управління і контролю за діяльністю в цій сфері; діючі в даний час механізми відбору оздоровниць, які залучаються до участі в соціальних програмах, розподілу путівок і т.д. не передбачають здійснення оперативного управління і контролю виконання державного замовлення на оздоровлення.

Основними факторами, що стримують подальший розвиток курортної справи в Україні, також є: недостатнє законодавче і нормативне правове забезпечення курортної справи; склалася диспропорція між потребою в санаторно-курортному лікуванні і відсутністю можливості придбання путівок через низьку платоспроможність населення; суттєве скорочення фінансування витрат на санаторно-курортне лікування та оздоровлення працівників та членів їх сімей за рахунок коштів обов'язкового соціального страхування; недостатній рівень розвитку інфраструктури курортів і невисокий рівень обслуговування хворих в ряді здравниць; урбанізація і перенаселення курортних місцевостей, чому сприяє зростаюча міграція населення; напівлегальне і нелегальне захоплення ділянок і територій курортних місцевостей, непродумане і неузгоджене міське та курортне будівництво, що призводять до позамежних навантажень на комунікації, нестачі питної води, відмов системи каналізації та інших аварійних ситуацій; відсутність механізму функціонування здравниць в умовах ринкової економіки і сприятливих умов для залучення інвестицій; відсутність державної реклами і системи інформування населення про переваги лікування на українських курортах та одночасна активна реклама деякими засобами масової інформації зарубіжних курортів і місць відпочинку; ослаблення контролю за використанням природних лікувальних ресурсів, що призвело до нераціонального витрачання найцінніших родовищ мінеральних вод і лікувальних грязей, зменшення їх застосування в практиці роботи санаторно-курортних організацій; значне скоро-

чення проведення науково-дослідних і виробничих робіт в області розвідки і використання природних лікувальних ресурсів, розробки і впровадження в практику сучасного технологічного обладнання, нових методик діагностики, лікування і оздоровлення хворих в санаторно-курортних організаціях; відсутність ефективної системи забезпечення наукових досліджень по розробці сучасних технологій лікувально-профілактичного застосування природних факторів і механізмів їх впровадження в практику охорони здоров'я; недостатня підготовка і перепідготовка кадрів на основі нових освітніх програм з сучасним науково-методичним забезпеченням.

Головною метою державної політики в санаторно-курортній сфері є створення в Україні високого рівня обслуговування рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств, що забезпечуватиме широкі можливості для задоволення потреби громадян у санаторно-курортному лікуванні з метою загального оздоровлення населення. В даний час дуже актуальні питання оздоровлення та лікування громадян, в тому числі за рахунок державних коштів. Для ефективного цілеспрямованого використання наявних ресурсів, у тому числі природних, кадрових, фінансових та інших, з метою збереження здоров'я населення, слід визначити концептуальні засади розвитку санаторно-курортних підприємств. З цією метою визначимо ряд основних заходів, реалізація яких спрямована на розвиток санаторно-курортних підприємств. Слід зазначити, що багато питань розвитку санаторно-курортних підприємств можливо вирішити, використовуючи досвід зарубіжних країн. Зокрема, країн Європи і Азії, основний вид діяльності яких є туризм, в тому числі і лікувальний туризм. Як уже зазначалося, основними завданнями державного регулювання, контролю і координації розвитку санаторно-курортних підприємств в Україні є підвищення ефективності санаторно-курортного лікування і якості обслуговування хворих на курортах, використання сучасних технологій прийому, розміщення, харчування, екскурсійного обслуговування осіб, які перебувають на курортах (рисунки 3.10).



Створення комплексних програм щодо вдосконалення наявних і розробки нових методів медичної реабілітації з використанням основних лікувальних факторів курортів (мінеральних вод, клімату, лікувальних грязей) і інших видів немедикаментозної терапії.
Розробка індивідуальних програм оздоровлення та медичної реабілітації, в тому числі автоматизованих експертно-консультаційних систем.
Створення системи доказової медицини в курортології: проведення оцінки ролі курортного лікування у вторинній профілактиці захворювань, ефективності реабілітації, вплив на якість життя хворого, розробка єдиних критеріїв ефективності санаторно-курортного лікування на основі уніфікованих технологій.

Рис. 3.10. Державні засади розвитку санаторно-курортних підприємств [3, 6, 10]

Ефективний розвиток санаторно-курортних підприємств позитивно позначиться на стані здоров'я населення, призведе до зменшення рівня захворюваності та інвалідності, скорочення витрат на лікування хворих в поліклініках і стаціонарах. Крім того, реалізація названих заходів сприятиме поліпшенню стану інфраструктури курортів і лікувально-оздоровчих місцевостей, забезпечення економічної стабільності і прибутковості всього санаторно-курортного комплексу, дозволить зберегти і раціонально використовувати найцінніші природні лікувальні ресурси України, підвищити рівень надання санаторно-курортних послуг і конкурентоспроможність розвитку санаторно-курортних підприємств на міжнародному ринку. Разом з тим, відсутність єдиного підходу і критеріїв оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами не дозволяє провести достовірний аналіз потреби в їх задоволенні. Так, у Фонді соціального страхування критерієм оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами є кількість застрахованих громадян, забезпечених путівками на 1000 працюючих громадян, а учасники та інваліди Великої Вітчизняної

війни, громадяни та їхні діти, які постраждали від техногенних катастроф, є окремою категорією. У Міністерстві охорони здоров'я та деяких інших міністерствах і відомствах критерієм оцінки забезпечення громадян санаторно-курортними послугами є ліжко-день.

У міністерствах і відомствах відсутній єдиний підхід до розрахунку вартості путівок у санаторно-курортні організації. Вартість путівок встановлюється адміністраціями санаторіїв довільно. Розрахунок вартості ліжко-дня проводиться на підставі фактично отриманих коштів державного бюджету, а також позабюджетних джерел. У Міністерстві охорони здоров'я відсутня типова методика розрахунку вартості путівок в дитячі і туберкульозні санаторії, а контроль за використанням ліжкового фонду, призначеного для лікування дітей, дітей з батьками та хворих на туберкульоз здійснюється тільки на підставі щорічного заслуховування головних лікарів санаторіїв на балансових комісіях. Серед інших питань і проблем розвитку санаторно-курортних підприємств гостро стоїть питання ефективного використання наявних ресурсів. Аналізуючи сучасні проблеми в сфері санаторно-курортного комплексу, на нашу думку, вирішенням багатьох питань може послужити наявність у державних органів, що діють в системі санаторно-курортного комплексу, актуалізованого зводу інформації по всіх санаторно-курортних організаціях, простіше кажучи, необхідно сформувати єдиний реєстр санаторно-курортного комплексу.

Серед вищевикладених проблем зустрічається питання про паспортизацію санаторно-курортних організацій. Це питання є актуальним в розрізі створення єдиного реєстру санаторно-курортного комплексу, оскільки інформація, зібрана за допомогою паспорта (анкети опитувальника), може послужити базою для створення національного реєстру. Виходячи з вищесказаного, само собою виникає питання про правдивість і достовірність наданої оздоровницями інформації для формування реєстру санаторно-курортних підприємств України.

На наш погляд, цю проблему можливо вирішити за допомогою діючої системи сертифікації послуг із санаторно-курортного лікування з боку органів державної влади в Україні. Відзначимо, що процедура сертифікації передбачає виїзд експертної групи в

санаторно-курортну організацію і перевірку на відповідність, використовуючи первинну документацію, візуальний аналіз, опитування пацієнтів, зіставлення отриманих даних з діючими нормативами і вимогами. Висновки комісії можуть послужити підставою для внесення здравниці в єдиний реєстр або про відмову і висування вимог до оздоровниці усунути невідповідність, або позбавити її ліцензії на медичну діяльність. Поручуючи проблему класифікації оздоровниць за рівнем наданих послуг із санаторно-курортного лікування, на нашу думку, можлива розробка комплексної методики визначення рівня здравниці. Класифікація дозволить диференційовано підходити до розподілу між оздоровницями соціальних путівок, оплачуваних за рахунок коштів бюджету, що в свою чергу дозволить економити бюджетні кошти. Саму процедуру класифікації можливо організувати в рамках діючої системи сертифікації, про яку згадувалося раніше. Комплексне вирішення проблеми збору, аналізу і одночасного підтвердження відповідності здравниць встановленим вимогам дозволить здійснити формування єдиної бази даних санаторно-курортного комплексу і дозволить в подальшому ефективно реалізувати механізм функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу як на національному, так і на регіональному рівнях.

Формування механізму управління якістю рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств є одним з основних шляхів вирішення проблеми підвищення рівня обслуговування в санаторно-курортних організаціях у всіх регіонах України. Одним з істотних компонентів цієї системи могла б стати класифікація санаторіїв за рівнем обслуговування та оснащеності за певними категоріями. Спроби систематизувати, класифікувати, дати оцінку санаторно-курортним організаціям за рівнем послуг, що надаються, та санаторно-курортного лікування робилися і раніше.

В системі здравниць профспілок робилися спроби проводити визначення категорійності профспілкових санаторіїв. Так, «Укр-профоздоровниця» 26 березня 1992 прийняла постанову «Про визначення категорійності санаторно-курортних установ». Широкого поширення ця система не отримала. Робота по визначенню якості надаваних санаторно-курортних послуг через систему

категорійності здравниць проводиться і в окремих регіонах. Проте ці класифікації також поширені недостатньо. Класифікацію готелів та інших засобів розміщення за категоріями кількості «зірок» здійснюють органи Міністерство культури і туризму України. Дана система включає в себе етап визначення відповідності об'єктів певним вимогам, градуйованим у вигляді графічного зображення зірки – від однієї до п'яти, а також експертну оцінку показників, що відображають якісну сторону умов проживання та обслуговування в готелях та інших засобах розміщення, включаючи будинки відпочинку, пансіонати та інші аналогічні засоби розміщення. Окремо оцінюються номери готелів на предмет відповідності вимогам до приміщень різних категорій. На останньому етапі дається комплексна оцінка відповідності готелів та інших засобів розміщення певних категорій, відповідним, як говорилося вище, різній кількості зірок. Зазначена система відпрацьована і налагоджена протягом ряду років для оцінки умов проживання в готелях, в той же час, не вирішує проблему класифікації санаторно-курортних підприємств за рівнем наданих послуг із санаторно-курортного лікування і відповідно якості лікування.

Треба визнати, що проблема класифікації санаторно-курортних організацій за рівнем послуг, що надаються і ефективності санаторно-курортного лікування досить складна і неоднозначна, що пов'язано з великим числом факторів, що впливають на динаміку здоров'я пацієнтів, незначними можливостями активно впливати на ці фактори, труднощами формалізації деяких розділів медичної діяльності, відсутністю достатньої нормативно-правової бази діяльності санаторно-курортних організацій. Ключовою для вирішення цієї проблеми, на нашу думку, є розробка і створення системи показників (індикаторів) діяльності санаторно-курортних підприємств з надання санаторно-курортних послуг. Комплексна оцінка рівня і якості діяльності санаторно-курортної організації може бути використана як для поліпшення основних показників роботи цієї організації, так і для порівняльного аналізу (ранжування) декількох однотипних санаторно-курортних організацій (санаторіїв, санаторіїв-профілакторіїв та ін.). Сукупність критеріїв для визначення категорії організацій санаторно-курортного ком-

плексу формується з урахуванням наукового підходу до прийняття рішень, тобто прийняття рішень про включення того чи іншого критерію в методику на підставі базової моделі прийняття рішень: обґрунтування; проектування варіантів рішення; вибір.

Тобто при отриманні негативного результату щодо розроблюваного критерію, цикл «обґрунтування – проектування варіантів рішення – вибір» повторюється. При формуванні критеріїв необхідно визначити процес з'ясування та деталізації того, що необхідно зробити для досягнення поставленої мети. У нашому випадку метою є формування повноцінної системи критеріїв визначення категорії організацій санаторно-курортного комплексу. Загалом етапи формування повноцінної системи критеріїв визначення категорії рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств представлено на рис. 3.11.

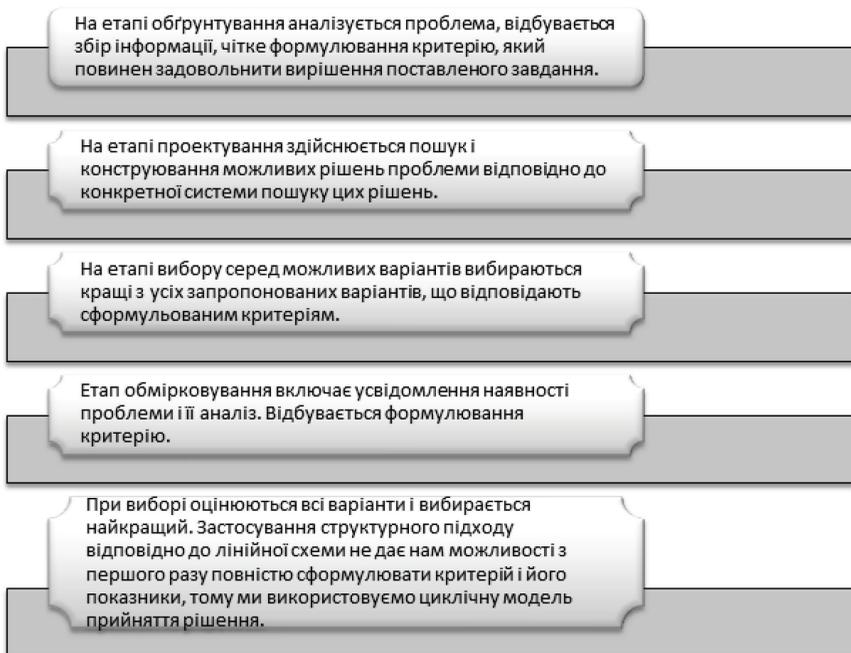


Рис. 3.11. Етапи формування повноцінної системи критеріїв рівня рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств

Для чіткого досягнення мети необхідно розробити план дій і слідувати йому. План являє собою раціональну схему, дозволяє логічно визначити етапність розробки та затвердження критерію і його показників. Етапність планування розробки і затвердження критеріїв виглядає наступним чином: 1. Визначення мети, тобто що саме ми плануємо отримати, розробивши і затвердивши будь-якій критерій, яку ефективність він принесе, що ми зможемо оцінити на основі вивчення його показників. 2. Генерація і оцінка варіантів критеріїв. Відбувається генерація варіантів формулювання критерію і його показників. Досліджуються і оцінюються всі варіанти. Вибирається найкращий, тобто найбільш доступний для розуміння і найбільш ємний за своєю інформативністю. 3. Визначення показників. Визначаються показники обраного критерію, що найбільш широко характеризують критерій. Відбувається експертна оцінка всіх можливих показників і вибирається ряд показників, що найбільш чітко характеризують критерій. Прибираються зайві, що не володіють максимальною інформативністю. 4. Формування ієрархії критеріїв. Сформульовані критерії розбиваються на групи і підгрупи з урахуванням їх значимості. Найбільш значущими є критерії, що характеризують медичні послуги, які надаються організаціями санаторно-курортного комплексу – критерії, що характеризують медичні профілі, оснащеність медичним обладнанням та медичним персоналом. Потім йдуть критерії, що характеризують надання послуг з проживання, організації харчування і т.д. 5. Аналіз сформованих критеріїв. Експертна оцінка та апробація сформульованих критеріїв на предмет їх актуальності та інформативності. У разі, якщо критерій не виконує закладені функції, слід заново визначати показники, або генерувати варіанти і формулювати критерії. 6. Розробка методики роботи з оціночними критеріями. Визначення категорій, застосовуваних у методиці визначення категорійності організації санаторно-курортного комплексу і віднесення того чи іншого критерію до певної категорії. 7. Апробація розробленої методики. Впровадження в роботу отриманих результатів. 8. Моніторинг і контроль. У процесі спостереження за ефективністю застосування розроблених оціночних критеріїв проводити коригування, скасування або введення нових критеріїв [2].

Проведення повторюваних з певною періодичністю процедур аналізу на основі інформації про поточний стан зовнішнього і внутрішнього середовища служить контролем адекватності конкретних установок розвитку постійно змінюваних умов середовища, що і визначає необхідність їх коригування, отже, отримуємо постійний моніторинг. А в більш тривалих інтервалах результатом аналізу може бути і висновок неадекватності самої реалізованої стратегії поточному стану методики визначення категорії.

На цьому принципі здійснено розробку критеріїв класифікації санаторно-курортних організацій за рівнем послуг, що надаються за санаторно-курортного лікування, або категорійності оздоровниць. Експертна оцінка санаторно-курортних підприємств на відповідність певній категорії базується на сукупності вимог і критеріїв бальної оцінки. Комплексна оцінка санаторно-курортної організації на відповідність певній категорії полягає: визначення переліку показників (індикаторів) оцінки діяльності санаторно-курортної організації; визначення ієрархії показників (розподіл за значимістю); експертної оцінки ваг показників всіх рівнів; визначення правил оцінки кожного показника; розрахунок оцінки окремих показників і підсумкова оцінка рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства.

Для визначення ваги окремих показників необхідне залучення експертів. Слід мати на увазі, що занадто велика кількість показників ускладнює роботу експертів по їх ранжируванню. Оцінка рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства, на нашу думку, повинна здійснюватися за такими групами показників (індикаторів) за певний період часу (див. рис. 3.12). Ряд показників можуть бути оцінені методом експертної оцінки, наприклад, належність здравниці до курорту, наявність і використання місцевих природних лікувальних факторів (лікувальна грязь, мінеральна вода, клімат і ін.), використання додаткових нетрадиційних методів лікування [4].

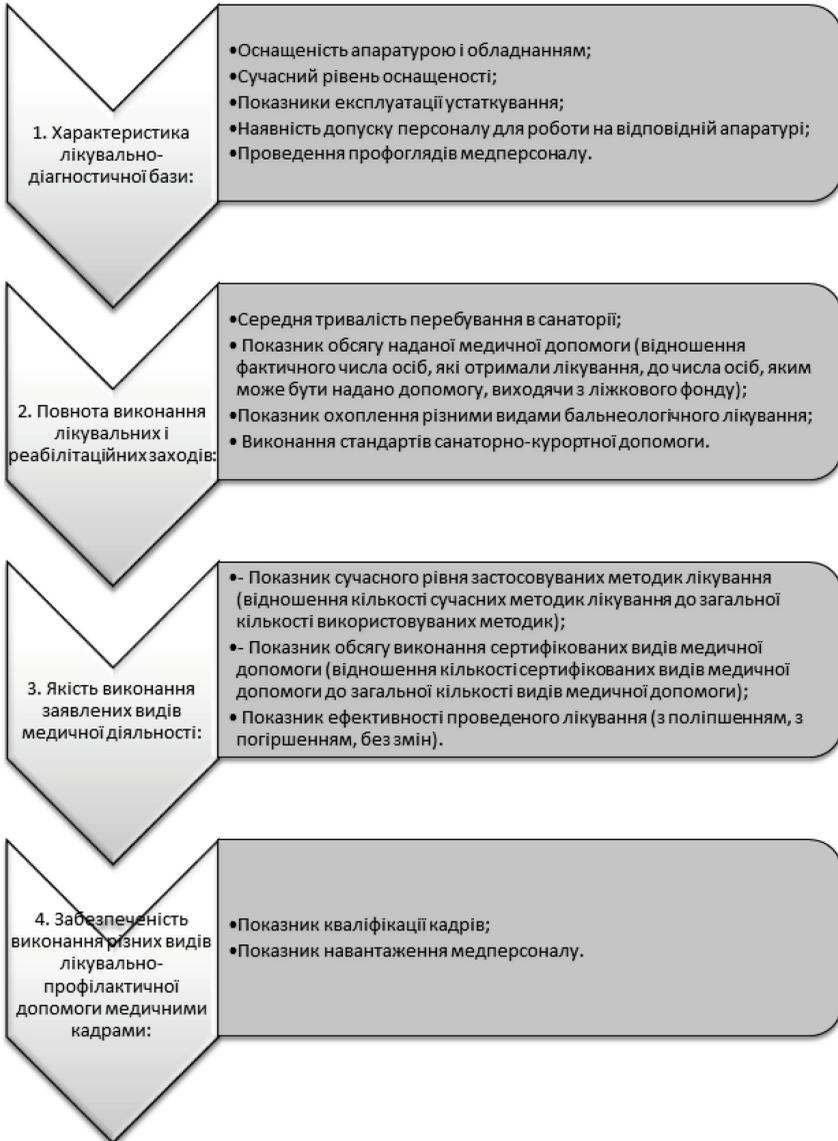


Рис. 3.12. Система показників рекреаційної діяльності санаторно-курортного підприємства [8]

Визначення відповідності здійснюваного в санаторно-курортних підприємствах лікування вимогам стандартів передбачає наявність зазначених стандартів за всіма видами лікування, в той же час, Державною службою туризму і курортів затверджені тільки 26 стандартів санаторно-курортної допомоги (відсутні стандарти санаторного доліковування (реабілітації)). Відсутні затверджені типові таблиці оснащення санаторіїв різної потужності і різних профілів лікування. Все це, як ми припускаємо, буде ускладнювати роботу з оцінки відповідності санаторно-курортних організацій категоріям.

Для цих цілей можна використовувати діючі таблиці оснащення, що містяться в Методичних вказівках МОЗ України від 02.10.2001 № 2001/140, які відносяться до здравниць, що здійснюють лікування осіб, які постраждали на виробництві від травм і профзахворювань, рекомендувавши їх для використання в інших випадках. Визначення категорій санаторно-курортних організацій, крім усього іншого, дозволить більш диференційовано підійти до ціноутворення на путівки в залежності від рівня організації в здравницях санаторного режиму, якості та ефективності проведеного лікування. Крім того, цей захід сприятиме розвитку і вдосконаленню матеріально-технічної бази санаторно-курортних організацій, зацікавленості персоналу здравниць в поліпшенні результатів санаторного лікування [9].

Як уже зазначалося, послуги з санаторно-курортного лікування, крім самого лікування, включають проживання, харчування, сервісні послуги та організацію дозвілля. Для визначення відповідності здравниці основним вимогам розроблені основні показники якості надання рекреаційних послуг по кожному з перерахованих вище компонентів. Основним є лікування. Саме з нього слід починати оцінку якості надання послуг. Для цього виділимо наступні основні критерії оцінки по вищезгаданим групам: 1. Критерії оцінки якості надання санаторно-курортного лікування. В першу чергу необхідно визначити місце розташування санаторно-курортної організації. Знаходження здравниці в курортній зоні є основним критерієм оцінки її здатності надавати послуги з санаторно-курортного лікування, використовуючи процедури з лікування

кліматом. Так само необхідно визначити наявність природних лікувальних факторів – лікувальної мінеральної води, лікувальних грязей, лікувального клімату. Необхідно визначити критерії відповідності лікувально-діагностичної бази санаторно-курортної організації, використовуваної при організації процесу по санаторно-курортному лікуванню. Основними показниками, в першу чергу, є відповідність оснащеності лікувально-діагностичних відділень і кабінетів рекомендованому переліку (МУ МОЗ України від 02.10.2001 № 2001/140), в залежності від профілю лікування. Крім цього, показниками служать: наявність сучасної медичної апаратури, застосування сучасних медичних технологій, наявність власної (не орендованої) медичної апаратури, дотримання вимог техніки безпеки при роботі з медичною апаратурою, обладнанням і т.д.

Отже, в процесі обґрунтування оціночних параметрів якості рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств з боку державних органів влади було обґрунтовано базисні критерії оцінки якості надання сервісних послуг і організації дозвілля, критерії оцінки оснащеності санаторно-курортної організації приміщеннями та обладнанням для організації дозвілля та побуту пацієнтів. Критерії оцінки забезпеченості санаторно-курортної організації обслуговуючим персоналом і його професіоналізм. Дані критерії розроблені з метою встановлення єдиного порядку проведення робіт з оцінки відповідності санаторно-курортної організації встановленим вимогам для визначення категорії. В сучасних умовах встановлені раніше в стандартах обов'язкові правила, норми і характеристики відносяться до безпеки продукції, робіт і послуг, розбиті на дві категорії, одна з яких, що має відношення тільки до продукції і процесів її виробництва, експлуатації, зберігання, перевезення, реалізації та утилізації, що повинні викладатися в технічних регламентах, виконання яких є обов'язковим, а інша, що має відношення до робіт та послуг, викладається в стандартах, виконання яких може здійснюватися на добровільній основі. Що стосується сертифікації і категорійності, то це поняття замінено більш загальним, а саме оцінкою відповідності, при цьому сертифікація є одним з етапів останньої. Тому, на нашу думку, запропонована система показників рекреаційної діяльності сана-

торно-курортного підприємства дозволить більш інтенсивно розвиватись підприємствам в цій сфері та більш прозоро регулювати цей процес з боку державних органів влади.

Аналізуючи систему управління і регулювання процесів розвитку санаторно-курортних підприємств, зокрема концептуальні засади та організаційну структуру в області державного регулювання та розвитку санаторно-курортного комплексу регіонів, можна зробити висновок про необхідність присутності держави в галузі санаторно-курортних підприємств. Однак, аналізуючи функції і склад державних органів у сфері санаторно-курортного комплексу, можна зробити висновок про те, що відсутня державна структура, яка була в стані забезпечити ефективне функціонування і розвиток санаторно-курортного комплексу на регіональному та національному рівнях. Це в першу чергу пов'язано з тим, що функції з координації, контролю та фінансування державних замовлень розосереджені між різними органами, які в свою чергу не мають можливості чітко організувати процес функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу. Крім цього, недостатньо розроблено законодавство в сфері санаторно-курортного лікування та рекреації в цілому. Відсутній єдиний підхід до вирішення проблем галузі. Провівши аналіз організаційно-економічних механізмів взаємодії учасників процесу санаторно-курортного лікування, виділені основні схеми взаємодії та механізми функціонування системи санаторно-курортного лікування, використовуючи засоби державного бюджету і позабюджетних фондів. Визначено основні функції державних органів в сфері санаторно-курортного лікування та основні обов'язки санаторно-курортних підприємств. Виявлено, що основна форма сучасної взаємодії органів державної влади з санаторно-курортними підприємствами реалізується за допомогою фінансування санаторно-курортних організацій через соціальне страхування та окремі державні програми з оздоровлення окремих категорій громадян. Важливим моментом у цій взаємодії є оплата послуг із санаторно-курортного лікування за рахунок коштів державного бюджету та позабюджетних фондів. При цьому в даний час відсутня методика розрахунку вартості ліжко-дня в санаторно-курортних організаціях за надання послуг із санаторно-курортного лікування пільгових категорій громадян.

Висновки до третього розділу

На основі проведеного дослідження можна зробити висновки, що співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

Необхідність реалізації проекту Світового банку разом з МОЗ в Україні і, зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні, пов'язана з потребою у модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи (управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг відповідної якості при одночасному забезпеченні економічної ефективності.

Аналізуючи систему управління і регулювання процесів розвитку санаторно-курортних підприємств, зокрема концептуальні засади та організаційну структуру в області державного регулювання та розвитку санаторно-курортного комплексу регіо-

нів, можна зробити висновок про необхідність присутності держави в галузі санаторно-курортних підприємств. Однак, аналізуючи функції і склад державних органів у сфері санаторно-курортного комплексу, можна зробити висновок про те, що відсутня державна структура, яка була в стані забезпечити ефективне функціонування і розвиток санаторно-курортного комплексу на регіональному та національному рівнях. Це в першу чергу пов'язано з тим, що функції з координації, контролю та фінансування державних замовлень розосереджені між різними органами, які в свою чергу не мають можливості чітко організувати процес функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу. Крім цього, недостатньо розроблено законодавство в сфері санаторно-курортного лікування та рекреації в цілому. Відсутній єдиний підхід до вирішення проблем галузі.

Провівши аналіз організаційно-економічних механізмів взаємодії учасників процесу санаторно-курортного лікування, виділені основні схеми взаємодії та механізми функціонування системи санаторно-курортного лікування, використовуючи засоби державного бюджету і позабюджетних фондів. Визначено основні функції державних органів в сфері санаторно-курортного лікування та основні обов'язки санаторно-курортних підприємств. Виявлено, що основна форма сучасної взаємодії органів державної влади з санаторно-курортними підприємствами реалізується за допомогою фінансування санаторно-курортних організацій через соціальне страхування та окремі державні програми з оздоровлення окремих категорій громадян. Важливим моментом у цій взаємодії є оплата послуг із санаторно-курортного лікування за рахунок коштів державного бюджету та позабюджетних фондів. При цьому в даний час відсутня методика розрахунку вартості ліжко-дня в санаторно-курортних організаціях за надання послуг із санаторно-курортного лікування пільгових категорій громадян.

Список використаних джерел до третього розділу

1. Бойко Г.М. Рекреаційна діяльність як складова філософії здорового способу життя [Електронний ресурс] / Г.М. Бойко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2013. – Вип. 112(3). – С. 97-99.
2. Гуменюк В.В. Фінансування санаторно-курортних послуг в дискурсі соціального страхування [Електронний ресурс] / В.В. Гуменюк // Економічний вісник Донбасу. – 2013. – № 1. – С. 114-118.
3. Дмитрук О.В. Структура маркетингу – резерв підвищення ефективності діяльності підприємств рекреаційно-туристичної сфери [Електронний ресурс] / О.В. Дмитрук // Держава та регіони. Сер. : Економіка та підприємництво. – 2013. – № 4. – С. 64-68.
4. Ільїна М.В. Управління та соціальне партнерство у сфері туристично-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / М.В. Ільїна // Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Технічний прогрес та ефективність виробництва. – 2013. – № 45. – С. 48-57.
5. Круцевич Т. Зарубіжний досвід організації рекреаційної діяльності дітей в умовах паркових комплексів [Електронний ресурс] / Т. Круцевич, Н. Пангелова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2013. – № 2. – С. 41-43.
6. Новикова В.І. Картографічна продукція рекреаційної споживчої, управлінської, господарської діяльності [Електронний ресурс] / В.І. Новикова // Часопис картографії. – 2011. – Вип. 1. – С. 148-155.
7. Рендович П.М. Сутність та особливості курортно-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / П.М. Рендович // Наукові записки [Національного університету "Острозька академія"]. Сер. : Економіка. – 2009. – Вип. 11. – С. 385-390.
8. Солодовник Ю.О. Проблематика прогнозування у сфері рекреаційної діяльності на сучасному етапі розвитку [Електронний ресурс] / Ю.О. Солодовник // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2013. – № 2. – С. 77-79.
9. Тесля Л.В. Поняття фінансової діяльності селищних рад рекреаційних територій в Україні: фінансово-правовий аспект [Електронний ресурс] / Л.В. Тесля // Форум права. – 2012. – № 1. – С. 972-976.
10. Щепанський Е.В. Світовий досвід організації туристично-рекреаційної діяльності [Електронний ресурс] / Е.В. Щепанський // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – 2002. – № 4. – С. 153-160.

11. Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. Спільний зі світовим банком проект МОЗ України. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://wb.moz.gov.ua/>.

12. Офіційний сайт Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://tokl.rv.ua/>.

13. Реімбурсація. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/>.

ВИСНОВКИ

Проводячи теоретичний аналіз інституційної системи світу та її вплив на забезпечення розвитку соціальних процесів та охорони здоров'я виявлено, що в цілому, проблема соціального розвитку в умовах глобалізації є ключовою за своєю складністю та важливістю. Отже, безперечним є її значний вплив на формування економічної політики країн. Ця політика містить в собі програми корпоративної соціальної відповідальності, які в той же час можна розглядати як нову форму експансії ТНК на глобальні ринки, поліпшення іміджу компаній, формування платоспроможного попиту на продукцію корпорацій, що в свою чергу спрямовано на зростання отримання прибутків. Реалізація ідей запровадження нових соціальних відносин, побудови гуманного суспільства, розвитку соціальної відповідальності можлива, якщо органи державного управління функціонують разом з глобальними інститутами та створюють нові інститути з метою регулювання цього процесу.

Досліджуючи інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я в економічно розвинутих країнах, необхідно зробити наступні висновки:

серед інституційних форм, які мають вплив на процеси побудови систем державного управління та формування інституційних методів управління охороною здоров'я, особливе місце посідають нормотворчі акти, започатковані світовими та європейськими інституціями. Ці акти не мають силу закону, але при формуванні національних законодавств країни, що їх підписали, мають враховувати затвержені положення;

серед таких нормотворчих актів слід виділити найбільш впливові – такі як: Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу (Париж, 1953), Алма-Атинська декларація (Алма-Ата, 1978), Оттавська хартія по зміцненню здоров'я (Оттава, 1978), Європейська Хартія прав пацієнтів (Амстердам, 1994), Люблінська Хартія вдосконалення управління охороною здоров'я (Люблін, 1996), Талліннська Хартія (Таллінн, 2008), Європейська політика «Здоров'я – 2020» (Баку, Брюссель, Мальта, 2012);

всі перераховані акти підкреслюють наступні загальні підходи до формування систем державного управління: забезпечення

доступності медичних послуг для всіх верств населення, інтернаціональність систем охорони здоров'я в частині надання допомоги та в частині підготовки та використання кадрів, врахування економічної, історичної, соціальної, демографічної, культурної специфіки регіонів і специфіки країн при створенні механізмів державного управління системою охорони здоров'я, необхідність розробки індивідуальних для кожної країни систем фінансування медицини, системи оздоровлення та формування здорового способу життя, систем залучення інших видів ресурсів, крім фінансових;

не дивлячись на різноманітні підходи до формування інтегрованих систем охорони здоров'я, у всіх країнах повинні спиратися на універсальні для всіх права пацієнтів і створювати умови для кращої імплементації цих прав в різних системах.

Заходи щодо охорони здоров'я є складовою частиною системи соціально відповідального інвестування як інструменту КСВ. На відміну від спонтанних проявів спонсорства і благодійності, за рахунок своєї планованості, системності і тісного зв'язку з основною діяльністю корпорації, КСВ дозволяє збільшити вигоду як для останньої, так і для суспільства. В Україні сьогодні незначна кількість корпорацій демонструє високий рівень прозорості з цього питання, основними причинами останнього є відсутність інституційних передумов, конфлікти інтересів різних груп стейкхолдерів. Для вирішення цієї проблеми необхідним є як активне просування ідей про переваги СВК і соціально відповідального інвестування, так і впровадження ефективних стратегій управління взаємовідносинами зі стейкхолдерами.

Дослідження соціальних інститутів та їх ролі в системі державного управління охороною здоров'я дозволили виявити, що вони не працюють ізольовано від інших ланок механізму управління соціальними процесами. Одним з головних інструментів забезпечення здоров'я населення на теперішній час в усьому світі стає цілісна система інститутів, що сформувались та функціонують в різних сферах суспільного життя, але й одночасно працюють на покращення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, рухової активності, збільшення тривалості активного життя. Сучасна наука визначає соціальний інститут (від лат. institutum – заклад, установа, устрій) – як сталий механізм самоорганізації спільного соціального життя людей, орган управління ними. Також

соціальний інститут – це форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

Аналіз впливу діяльності Міжнародних організацій, що працюють в сфері охорони здоров'я, на систему державного управління системою охороною здоров'я показав наступне:

- інституційний вплив на систему охорони здоров'я в Україні створюється організаціями, що мають суто медичне спрямування діяльності та організаціями, що мають соціальне та гуманітарне спрямування;

- всі міжнародні організації, що працюють в Україні в цьому напрямку, надають конкретну адресну матеріальну та моральну допомогу особам, що її потребують особисто, або шляхом співпраці з соціальними або медичними установами;

- основою діяльності таких організацій в Україні є волонтерський рух та інші форми організації роботи, які не потребують виділення додаткових коштів з державного бюджету;

- важливою формою впливу міжнародних організацій на розвиток системи охорони здоров'я в Україні є проведення тренінгів, консультацій, навчань для представників різних ланок системи охорони здоров'я, соціальних служб, силових структур, пенітенціарної служби;

- в Україні відсутні власні неурядові та громадські організації медичного спрямування, що за масштабами діяльності можуть бути співставними з міжнародними фундаціями. Гуманітарна та соціальна діяльність шляхом залучення неурядових та громадських організацій стрімко розвивається в Україні. Проте масштабне реформування системи охорони здоров'я може бути проведено на основі співпраці з глобальними інституціями медичного та гуманітарного профілю.

До головних проблем реформування соціальної системи управління охороною здоров'я в Україні, що потребують оперативного вирішення, ґрунтуючись на думці респондентів, які не є лікарями, а є пацієнтами закладу охорони здоров'я, можна віднести:

- підтримку закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій;

поширення діяльності міжнародних організацій на територію України;

розвиток фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що надасть можливість розвитку недержавних комерційних форм охорони здоров'я;

сприяння розширенню матеріальних ресурсів населення;

розвиток можливостей спеціалізованого лікування в стаціонарі;

підвищення санітарної культури населення;

оптимізація мережі установ охорони здоров'я;

вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні.

На основі проведеного дослідження оцінки рівня соціальної трансформації державної системи управління охороною здоров'я можна зробити висновки, що співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні вважають основними пріоритетами в реалізації концепції реформування системи управління охороною здоров'я наступні заходи:

можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та посадових осіб у сфері солідарного медичного страхування;

надання достовірних документів та інформації, що необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

введення ставок на пролікований випадок;

реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи.

Необхідність реалізації проекту Світового банку разом з МОЗ в Україні і, зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні пов'язана з потребою у модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи

(управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг відповідної якості при одночасному забезпеченні економічної ефективності.

Аналізуючи систему управління і регулювання процесів розвитку санаторно-курортних підприємств, зокрема концептуальні засади та організаційну структуру в області державного регулювання та розвитку санаторно-курортного комплексу регіонів, можна зробити висновок про необхідність присутності держави в галузі санаторно-курортних підприємств. Однак, аналізуючи функції і склад державних органів у сфері санаторно-курортного комплексу, необхідно зазначити, що на теперішній час відсутня державна структура, яка була в стані забезпечити ефективне функціонування і розвиток санаторно-курортного комплексу на регіональному та національному рівнях. Це в першу чергу пов'язано з тим, що функції з координації, контролю та фінансування державних замовлень розосереджені між різними органами, які в свою чергу не мають можливості чітко організувати процес функціонування і розвитку санаторно-курортного комплексу. Крім цього, недостатньо розроблено законодавство в сфері санаторно-курортного лікування та рекреації в цілому. Відсутній єдиний підхід до вирішення проблем галузі.

Провівши аналіз організаційно-економічних механізмів взаємодії учасників процесу санаторно-курортного лікування, виділені основні схеми взаємодії та механізми функціонування системи санаторно-курортного лікування, використовуючи засоби державного бюджету і позабюджетних фондів. Визначено основні функції державних органів в сфері санаторно-курортного лікування та основні обов'язки санаторно-курортних підприємств. Виявлено, що основна форма сучасної взаємодії органів державної влади з санаторно-курортними підприємствами реалізується за допомогою фінансування санаторно-курортних організацій через соціальне страхування та окремі державні програми з оздоровлення окремих категорій громадян.

Д О Д А Т К И

ДОДАТОК А

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства
та природокористування
Кафедра державного управління, документознавства
та інформаційної діяльності**

**АНКЕТА
СТАНДАРТИЗОВАНОГО ІНТЕРВ'Ю
З ПРОБЛЕМ ВДОСКОНАЛЕННЯ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

ШАНОВНИЙ РЕСПОНДЕНТЕ!

Кафедрою державного управління, документознавства та інформаційної діяльності проводиться соціологічне дослідження, метою якого є вивчення питань запровадження світових стандартів охорони здоров'я та визначення ставлення громадськості до виявлення головних напрямів формування системи управління людським розвитком в Україні.

Основні завдання дослідження розроблені у відповідності до завдань, що вирішує в Україні Програма розвитку ООН (ПРООН) в сфері людського розвитку. Вони полягають у з'ясуванні проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я в Україні, а також у визначенні пріоритетних видів підтримки, яких потребують громадські та неурядові організації України з метою здійснення соціально відповідальної місії в Україні – сприяння розвитку системи забезпечення здоров'я населення. Просимо Вас відповісти на питання запропонованої анкети. Напроти кожного пункту анкети може стояти тільки одна позначка, наприклад «важливо». Заздалегідь вдячні Вам за співпрацю!

1. Визначте, будь ласка, пріоритети в формуванні системи державного управління охороною здоров'я:

Пріоритети державного управління системою охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Акцентування уваги на активності людей як суб'єктів процесу розвитку економіки та держави					
Увага не лише до реальних або потенційних працівників, а до всіх людей загалом, включаючи непрацездатних					
Постійний моніторинг і аналіз реалізації можливостей системи охорони здоров'я, широкий горизонт аналізу					
Підхід до охорони здоров'я та фізичної культури, як до процесу, що має самостійну цінність, як до важливої складової загальної культури людства, а не лише як до умови покращення продуктивних здібностей людей					
Визнання високої значущості невиробничої активності жінок у суспільстві та підвищення їх статусу					
Надання пріоритетності тим секторам, які сприяють підвищенню якості життя, не впливаючи, однак, безпосередньо на виробництво доходу (оздоровлення населення, фізична культура, житлове будівництво, охорона навколишнього середовища, санітарія тощо)					
Підтримка закладів охорони здоров'я не лише з боку економічних та фінансових інститутів					
Підтримка закладів охорони здоров'я з боку міжнародних організацій					
Розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності					

Поліпшення здоров'я населення за рахунок вдосконалення системи лікування					
Поліпшення здоров'я населення засобами фізичної культури та спорту					
Інше (що саме?)					

2. Які з наведених нижче інституцій найбільше впливають на системи охорони здоров'я?

Види інституцій, що впливають на систему охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Президент					
Верховна Рада					
Прем'єр-міністр					
Уряд					
Засоби масової інформації					
Представники місцевого самоврядування					
Профспілки					
Менеджмент корпорацій					
Армія					
Правоохоронні органи					
Церква					
Культура та наука					
Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО)					
Міжнародна організація праці					
Всесвітня організація інтелектуальної власності					

Global Compact					
Всесвітня організація охорони здоров'я					
Міжнародні спортивні організації					
ПРООН					
Інші (вказати)					
Ніхто з них не впливає					
Не можу визначити					

3. Визначте, будь ласка, ступінь важливості вирішення таких проблем, що перешкоджають розвитку системи охорони здоров'я

Проблеми розвитку системи охорони здоров'я в Україні		Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Недостатність розвитку фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що ускладнює розвиток недержавних комерційних форм охорони здоров'я						
Необхідність суттєвого удосконалення нормативного правового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я України						
Зростання рівня фінансового навантаження на працездатне населення України по утриманню непрацездатних, пов'язане із погіршенням демографічної ситуації						
Недостатність пропозиції державного фінансування системи охорони здоров'я						
Складність отримання доступу до послуг системи охорони здоров'я						
Ваш варіант:						

4. Які труднощі, на Вашу думку, найбільше перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту як передумови здорового способу життя?

Труднощі, що перешкоджають розвитку фізичної культури та спорту	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Проблеми законодавчого характеру					
Обмеженість економічних стимулів для спортивних та оздоровчих закладів					
Недостатній рівень підтримки з боку центральної влади					
Недостатній рівень підтримки з боку місцевої влади					
Перешкоди з боку громадськості					
Обмежені матеріальні ресурси населення					
Відсутність кваліфікованих тренерів-інструкторів у спортивних організаціях					
Недостатній рівень запровадження міжнародного досвіду					
Обмежене фінансування з боку держави					
Інше (що саме?)					

5. Оцініть, будь ласка, необхідність товарів та послуг, придбання яких викликає проблеми у людей з вадами здоров'я

Необхідність товарів та послуг для людей з вадами здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Медичні препарати					
Реабілітація в спеціалізованому санаторії					
Спеціалізоване лікування в стаціонарі					
Відвідування занять лікувальної фізкультури					
Продукти харчування					
Здобуття освіти					
Працевлаштування					
Медичне обслуговування вдома					
Автомобіль					
Комп'ютери та оргтехніка, що потрібні для навчання					
Туристичні послуги (рекреаційний, зелений, сільський туризм та ін.)					
Інше (що саме?)					

6. Оцініть, будь ласка, важливість окремих критеріїв формування системи охорони здоров'я

Критерії формування системи охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Збереження і зміцнення здоров'я населення					
Поліпшення медико-демографічної ситуації					
Ефективна охорона навколишнього середовища					
Підвищення санітарної культури населення					
Формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту					
Поліпшення профілактичної роботи					
Удосконалення організації медичної допомоги					
Удосконалення механізмів фінансування закладів охорони здоров'я					
Правове забезпечення реформування і діяльності системи охорони здоров'я					
Розвиток туристичних послуг, що пов'язані з охороною здоров'я					
Інше (що саме?)					

7. Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я					
Забезпечення структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування системи охорони здоров'я					
Покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я					
Реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи					
Оптимізація мережі установ охорони здоров'я					
Перегляд існуючих правил закупівлі та управління постачанням з метою більш ефективного використання фінансових ресурсів					
Забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими менеджерами					
Раціоналізація суспільних витрат на створення ресурсів охорони здоров'я					
Прозорість процесу управління якістю медичних послуг					
Інше (що саме?)					

8. Визначте, будь ласка, пріоритетність напрямів формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту

Напрями формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту	Неважливо	Помірно важливо	Важливо	Дуже важливо	Найважливіше
Запровадження принципів менеджменту у сфері фізичної культури і спорту					
Вдосконалення діяльності Міністерства освіти і науки України					
Вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні					
Визначення пріоритетів та головних завдань розвитку фізичної культури та спорту в Україні					
Розвиток волонтерського руху в спорті					
Запровадження принципів маркетингу в діяльності спортивних організацій					
Впровадження іноземного досвіду формування здорового способу життя засобами фізичної культури та спорту					
Підвищення рівня рухової активності населення під час навчання					
Вдосконалення спортивної бази за місцем проживання та відпочинку					
Навчання молоді щодо застосування технологій здоров'язберігаючої поведінки					
Інше (що саме?)					

ВІДОМОСТІ ПРО СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС РЕСПОНДЕНТА

1. Вид діяльності підприємства (організації), де Ви працюєте

1. Виробництво
2. Реалізація
3. Посередництво
4. Фінансова діяльність
5. Освітня діяльність
6. Благодійництво та спонсорство, громадські організації
7. Органи державного управління
8. Міжнародна організація (представництво)
9. Студент (школяр)
10. Пенсіонер
11. Працівник бюджетної сфери
12. Інше (вказіть) _____

2. Який трудовий стаж Ви маєте? _____

3. Організаційна форма Вашого підприємства

1. Приватне підприємство
2. Товариство з обмеженою відповідальністю
3. ПАТ
4. ПрАТ
5. Спільне підприємство
6. Іноземна компанія
7. Державна установа
8. Неурядова міжнародна організація
9. Не працюю (пенсіонер)

4. Чи маєте ви особисто чи ваше підприємство досвід участі у благодійних заходах, спонсорстві, волонтерстві, надання допомоги різного виду:

1. регіональних
2. національних
3. міжнародних

5. Рівень Вашої освіти:

- 1) отримав вищу освіту
- 2) отримали диплом з відзнакою

- 3) вчився(лась) на "добре"
- 4) встигав(ла) без академзаборгованості
- 5) мав(ла) академзаборгованості
- 6) середня освіта
- 7) коледж

6. За спеціальністю Ви є:

1. Економіст
2. Менеджер
3. Юрист
4. Соціолог
5. Політолог
6. Інженер
7. Філолог
8. Педагог
9. Лікар
10. Інше (вказіть) _____

7. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:

1. 16-25 р.
2. 25-44 р.
3. 44-65 р.
4. 65 та більше

8) Чи отримуєте Ви будь-яку соціальну виплату (допомогу, субсидію, пенсію, стипендію)

1. так
2. ні

9) Ваша стать

1. Ч
2. Ж

10) Вкажіть, будь ласка, середньомісячний дохід на одного члена Вашої родини: 1) 1000 грн; 2) 2000 грн; 3) 3000 грн; 4) 4000 грн; 5) 5000 грн.

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

ДОДАТОК Б

Анкета

Шановні співробітники Рівненської обласної клінічної лікарні!
З метою визначення соціальності управління сферою охорони здоров'я в Україні, просимо Вас відповісти на питання, що стосуються реформування сучасної системи медичного забезпечення.

Відповіді, які вважаєте вірними, необхідно обвести чи відзначити будь-яким іншим способом. У кожному питанні може бути декілька варіантів відповідей. Заздалегідь вдячні!

1. Які з принципів державного солідарного медичного страхування в Україні мають найбільш соціальний характер?

1.1) Законодавче визначення умов і порядку здійснення державного солідарного медичного страхування;

1.2) Надання державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав у сфері державного солідарного медичного страхування;

1.3) Забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення та надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

1.4) Цільове та раціональне використання коштів державного солідарного медичного страхування;

1.5) Універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом;

1.6) Передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

1.7) Гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб в системі державного солідарного медичного страхування;

1.8) Можливість вибору лікаря застрахованими особами у порядку, встановленому законодавством;

1.9) Конкуренція і відсутність дискримінації кандидатів у постачальники медичних послуг.

2. Які права для підтримання здоров'я застрахованих осіб є найбільш важливими?

2.1) Безоплатне отримання інформації про порядок оплати необхідних такій особі медичних послуг та лікарських засобів, передбачених державним гарантованим пакетом, та застосовний тариф співоплати, роз'яснення з питань державного солідарного медичного страхування;

2.2) Отримання медичних послуг та лікарських засобів належної якості, які підлягають оплаті повністю або частково за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування, у разі настання страхового випадку;

2.3) Надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в інформаційних базах даних центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, у тому числі інформації про стан свого здоров'я, діагноз, а також про відомості, одержані під час медичного обстеження;

2.4) Отримання інформації про осіб, які подавали до центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, запити щодо надання інформації, що міститься в інформаційних базах даних центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, про таких застрахованих осіб;

2.5) Оскарження рішень, дій чи бездіяльності страховика, інших органів та їх посадових осіб у сфері державного солідарного медичного страхування;

2.6) Судовий захист своїх прав;

2.7) Застраховані особи мають права, передбачені законодавством;

2.8) інше (вкажіть) _____

3. Реалізація яких з обов'язків застрахованих осіб є найбільш дієвими заходом для поліпшення системи охорони здоров'я?

3.1) Надавати достовірні документи та інформацію, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

3.2) Оплачувати за рахунок власних коштів чи забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування та інших джерел тарифу співплати у разі часткової оплати за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування медичних послуг та лікарських засобів, наданих такій особі;

3.3) Виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про державне солідарне медичне страхування;

3.4. інше (вказіть) _____

4. Які повноваження центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, є найбільш ефективними для створення соціальної системи охорони здоров'я?

4.1) Реалізація державної політики у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета, внесення пропозицій щодо її формування;

4.2) Проведення аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;

4.3) Виконання функцій єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета;

4.4) Виконання функцій страховика;

4.5) Систематичне проведення аналізу умов, результатів та строків надання медичних послуг та лікарських засобів застрахованим особам з метою вжиття заходів для підвищення ефективності та якості надання медичних послуг постачальниками медичних послуг за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування;

4.6) Розроблення деталізованого опису, тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

4.7) Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;

4.8) Здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів у межах бюджетних програм, відповідальним виконавцем яких він є, в тому числі заходів з перевірки дотримання постачальниками медичних послуг вимог, встановлених порядками використання коштів відповідних бюджетних програм і договорами про медичне обслуговування населення;

4.9) Організація та здійснення інформаційного обміну та обліку в інформаційних базах даних та інформаційно-телекомунікаційних системах центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;

4.10) Отримання та здійснення обробки персональних даних та іншої інформації про застрахованих осіб (в тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, а також відомостей, одержаних під час медичного обстеження застрахованих осіб) і постачальників медичних послуг, необхідних для здійснення повноважень центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів;

4.11) Прийняття власних та розроблення проектів інших нормативно-правових актів;

4.12) Здійснення інших повноважень, визначених законами України;

4.13. ваші пропозиції _____

5. В якій формі на вашу думку повинні встановлюватися тарифи на надання медичних послуг?

5.1) Глобальні ставки, які передбачають сплату постачальникам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;

5.2) Капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожну застраховану особу;

- 5.3) Ставки на пролікований випадок;
- 5.4) Ставки на медичну послугу;
- 5.5) Ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення постачальником медичних послуг;
- 5.6) інше (вказіть) _____

6. Визначте, будь ласка, найбільш пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я:

- 6.1) Усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я;
- 6.2) Забезпечення структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування системи охорони здоров'я;
- 6.3) Покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я;
- 6.4) Реорганізація лікарень у самостійні некомерційні муніципальні установи;
- 6.5) Оптимізація мережі установ охорони здоров'я;
- 6.6) Перегляд існуючих правил закупівлі та управління постачанням з метою більш ефективного використання фінансових ресурсів;
- 6.7) Забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими менеджерами;
- 6.8) Раціоналізація суспільних витрат на створення ресурсів охорони здоров'я;
- 6.9) Прозорість процесу управління якістю медичних послуг;
- 6.10) Інше (вказати) _____

ВІДОМОСТІ ПРО РЕСПОНДЕНТА

1. Який трудовий стаж Ви маєте? _____

2. Чи маєте ви особисто досвід участі у благодійних заходах, спонсорстві, волонтерстві, надання допомоги різного виду:

- а. регіональних
- б. національних
- в. міжнародних

3. Рівень Вашої освіти:

- 1) отримав вищу освіту
- 2) отримали диплом з відзнакою
- 3) середня освіта
- 4) коледж
- 5) маю науковий ступінь

4. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:

- а. 16-25 р.
- б. 25-44 р.
- в. 44-65 р.
- г. 65 та більше

5. Ваша стать

- 1. Ч
- 2. Ж

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

Наукове видання

Сазонець І.Л., Зима І.Я.

**СОЦІАЛЬНІ ІНСТИТУТИ В ТРАНСФОРМАЦІЇ
ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Технічний редактор
Віталій Власюк

Підписано до друку 28.12.2018 р. Формат 60x84 1/16.

Папір офсетний. Гарнітура "PT Serif". Друк офсет.

Ум. друк. арк. 9,77. Наклад 300 пр. Зам. 87.

Видавництво "Волинські обереги".

33028 м. Рівне, вул. 16 Липня, 38; тел./факс: (0362) 62-03-97;

e-mail: oberegi97@ukr.net

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи
ДК № 270 від 07.12.2000 р.

Надруковано в друкарні видавництва "Волинські обереги".