

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного управління

Оруська Анастасія Володимирівна

УДК 351.82

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

«Державна політика впровадження інноваційних
технологій в сфері надання медичних послуг»

281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
Плотнікова Марія Федорівна
кандидат економічних наук, доцент

АНОТАЦІЯ

Оруська А. В. Державна політика впровадження інноваційних технологій в сфері надання медичних послуг – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2021.

Висвітлені стратегічні напрямки розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Зроблено висновок, що, враховуючи переважно соціально-економічну обумовленість стану здоров'я населення, слід чітко розмежувати обов'язки з охорони здоров'я населення між суспільством і державою.

Ключові слова: державне регулювання, інновації, національна економіка, охорона здоров'я, публічне управління, реформа.

SUMMARY

Oruska A.V. state policy of introducing innovative technologies in the field of providing medical services. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2021.

Strategic directions for the development of the domestic healthcare system are discussed. It is concluded that even taking into account mainly the socio-economic conditionality of the state of public health, it is necessary to clearly distinguish between the responsibilities for protecting public health between society and the state.

Keywords: Healthcare, state regulation, National Economy, Public Administration, reform, innovation.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА І СТРАТЕГІЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1. Соціально-економічна обумовленість реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	5
1.2. Сталий розвиток та підвищення якості послуг охорони здоров'я як необхідна складова культури охорони здоров'я	8
1.2. Зарубіжний досвід реформування системи охорони здоров'я	11
Висновки до розділу 1	14
РОЗДІЛ 2. НАЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	16
2.1. Умови реалізації програм інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.....	16
2.2. Формування регіонального інноваційного медичного кластера.....	22
Висновки до розділу 2	25
РОЗДІЛ 3. ВЕКТОРИ ПОДАЛЬШИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	27
3.1. Перспективний досвід впровадження інновацій охорони здоров'я	27
3.2. Стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я	32
Висновки до розділу 3	37
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	41
ДОДАТКИ.....	45

ВСТУП

Актуальність теми. Охорона здоров'я є важливою сферою інвестицій для забезпечення загального економічного і соціального розвитку будь-якої держави. Наразі Національна система охорони здоров'я стикається з двома дуже складними проблемами – катастрофічним браком ресурсів та їх нераціональним використанням. Існуючі державні зобов'язання у сфері охорони здоров'я носять декларативний характер. В Україні людина залишається на один з хворобою і у разі серйозного захворювання змушене нести такі витрати, які ставлять її на межу фінансового краху, що визначає актуальність пошуку інноваційних підходів у оптимізації та удосконаленні існуючої системи охорони здоров'я..

Дослідженням системи державного регулювання сфери охорони здоров'я розкриті у працях О. Амоша, І. Гладун, Р. Ларіна, Г. Слабкого, І. Солоненка та ін. Сучасними проблемними питанням інноваційного розвитку присвячені праці О. Вишневського, Я. Жаліла, М. Крупки, Л. Федулової та ін. Водночас, сутність та зміст впливу держави на відносин у системі охорони здоров'я залишаються центральними як для держави, так і окремих сфер.

Метою даної роботи є розробка методичних основ та практичних рекомендацій формування медичних кластерів у регіоні. Основними завданнями дослідження є 1) аналіз теоретичних основ проведення реформування медичної сфери; 2) виявлення основних особливостей та світових тенденцій розвитку кластерних ініціатив; 3) дослідження новизни та доцільності кластерної політики в Україні; 4) обґрунтування основних рис інноваційного медичного кластера Житомирської області.

Джерелами інформації для виконання роботи стали нормативно-правові акти з питань дослідження, дані відкритих джерел (сайти, повідомлення, накази, розпорядження) органів державної влади, місцевого

самоврядування, Державного комітету статистики, наукові та науково-публіцистичні праці, власні дослідження

Методи дослідження, які використані для вирішення завдань дослідження були аналізування, систематизація, порівняльного аналізу, історичного підходу, графічний та табличний.

Апробація результатів дослідження. Дослідження представлено на Науково-практичній конференції ННІ економіки і агробізнесу Поліського національного університету «Наукові читання – 2021» (м. Житомир, 15 травня 2021 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Механізми управління розвитком територій» (м. Житомир, 27–29 жовтня 2021 р.); науково-практичній конференції Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт «Студентські наукові читання – 2021» (м. Житомир, 15 грудня 2021 року).

Структура роботи включає вступ, висновки, три розділи, список використаних джерел (з 55 найменувань), додатки.

РОЗДІЛ 1

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПЕРЕТВОРЕНЬ ТА СТРАТЕГІЧНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Соціально-економічна обумовленість реформування системи охорони здоров'я в Україні

Залежність рівня державних зобов'язань від рівня економічного розвитку країни має об'єктивний характер, і у найближчому майбутньому важко очікувати істотного припливу коштів в охорону здоров'я з боку держави. Держава не в змозі ефективно фінансувати медичну галузь. В останні роки багаторазово збільшилися експлуатаційні витрати на утримання лікувально-профілактичних закладів. Це непосильний тягар для центрального та муніципального бюджетів на охорону здоров'я. Критичний обсяг фінансування закладів охорони здоров'я зумовив значне виснаження матеріально-технічної бази (понад 80 % медичного обладнання застаріло і потребує заміни [27]). Крім того, спостерігається повсюдна вимушена примітивізація технології надання медичної допомоги з метою її здешевлення, особливо на госпітальному етапі. Реально існуюча система охорони здоров'я може безкоштовно надавати пацієнтам лише життєво необхідні види медичної допомоги.

Криза діяльності медичних установ наближається до тієї межі, за якою слід розпад всієї системи. Розміри фінансування охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів не забезпечують населення безкоштовними медичними послугами. Разом з тим наявні фінансові та матеріальні ресурси використовуються неефективно, посилюються диспропорції у наданні медичної допомоги. Все більшого поширення набуває тіньова сторона оплати медичних послуг. В результаті зростають соціальна напруженість і недовіра громадян до вітчизняної медицини.

Наразі багато уваги приділяється спробам якось перерозподілити мізерні фінансові кошти всередині галузі замість того, щоб в першу чергу створити умови для залучення коштів у галузь ззовні. Складність проблеми полягає в тому, що збільшити відсоток на охорону здоров'я у бюджеті означає автоматично забрати кошти з тієї ж соціальної сфери, зокрема наукою, освітою і культурою. Тим часом у першу чергу потрібно оптимально використовувати те, що є: залучати кошти ззовні і домогтися, щоб вони не йшли з системи, а працювали на неї, включивши для цього відповідні механізми державного регулювання [21–23].

Не можна допустити однобокий розвиток окремих напрямків у системі охорони здоров'я, вона повинна розвиватися комплексно, так, щоб не виникали диспропорції, які обов'язково позначаються на погіршенні якісних показників. Сімейна медицина не може служити пріоритетом розвитку системи охорони здоров'я, оскільки це не доктрина, а лише один з напрямів підвищення ефективності охорони здоров'я. Доктриною може бути інноваційні перетворення системи, які стосуються усіх сфер діяльності і здатні підняти систему на якісно новий рівень розвитку.

Початкова ідея сімейної, а точніше, домашньої медицини мала досить чітку мету, насамперед з економічної точки зору. Вважається, що чим кваліфікованіше і повно цінніше допомога на першому етапі, тим менше необхідність у наступній формі медичних послуг. Це ідея здійснити велику частину медичного обслуговування на первинному етапі надання допомоги як найбільш економічному і доступному. На другий рівень пройдуть лише ті випадки, які дійсно вимагають кваліфікованої, а далі – лише спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Це логічно, але, по-перше, не розроблені критерії оцінки ефективності та достатності первинної медичної допомоги, а по-друге, саме існування наступних етапів буде постійно породжувати додаткові потреби у стурбованих своїм здоров'ям громадян.

Важко уявити сімейного лікаря, який однаково добре розбирається у питаннях педіатрії та геріатрії, не кажучи вже про те, що подібний поділ був

народжений об'єктивною необхідністю і відзначений як світове досягнення системи охорони здоров'я. Немає сенсу руйнувати те, що приносить користь лікарю і хворому, ставлячи на чільне місце швидкоплинні ринкові вигоди на противагу соціальним досягненням. Така «економія» ресурсів в умовах демократизації суспільства, відсутності чітких критеріїв одужання і повноцінної страхової медицини, коли громадяни не тільки мають право, а й володіють певними фінансовими можливостями щодо вибору лікаря, призведе до виникнення юридичних проблем. Автономність та ізольованість амбулаторій сімейного лікаря суперечать еволюції системи. Для розвитку системи охорони здоров'я, як ніякої іншої сфери, необхідні колективне мислення і колегіальність, які були притаманні навіть земській медицині. Навчання мистецтву лікування не обмежується студентською лавою, підвищенням кваліфікації і дистанційним навчанням, а триває протягом багатьох років завдяки колегіальності та спільній роботі однодумців. Лікар не може і не повинен бути ізольованим. Це рано чи пізно призведе до професійної неспроможності, яка відіб'ється на якості медичної допомоги [24].

Останнім часом для доказу пріоритетності первинної ланки в медико-санітарній допомозі наводиться канадська модель, названа моделлю побудови пірамід [16–17]. Суть її полягає в тому, що з кожної тисячі жителів протягом місяця у 750 виникають ті чи інші проблеми зі здоров'ям, з них 250 осіб мають потребу в консультації лікаря первинної ланки, серед них 15 необхідна консультація фахівця або госпіталізація і лише одному – надання допомоги у високоспеціалізованому центрі. Звідси випливає, що потреба в первинній допомозі найбільш велика, в спеціалізованій вона менше, а у високоспеціалізованій – ще менше, що має фіксуватися у відповідній структурі споживання медичних послуг. Насправді, якщо підійти об'єктивно, то виявляється, що з кожної тисячі жителів щомісяця 250 осіб, тобто кожен четвертий, не мають потреби у консультації лікаря первинної ланки, а, скоріше, мають потребу в доброму слові і диференціюванні можливих етапів медичної допомоги.

Фактично допомога на першому етапі найчастіше обмежується диспетчерськими функціями, які характеризуються низькими витратами і високою прохідністю за одиницю часу. А ті 16 реальних хворих зі 1000 населення, яким дійсно потрібна кваліфікована медична допомога, складають на місто з 1 млн населення 16 тис. осіб. Цифра значна, так як це саме ті хворі, які у силу недосконалості системи охорони здоров'я кожен день вмирають від серцево-судинних, онкологічних, інфекційних та інших захворювань.

Не можна забувати про катастрофічний стан матеріально-технічної бази галузі, тобто того, на чому тримається ефективна система. Ось чому так важливі, перш за все, якісні системні перетворення, а не узагальнення кваліфікованої медичної допомоги, яке може призвести до деградації системи охорони здоров'я. Погіршення умов життя переважаючої маси населення, викликане соціально-економічними факторами, у сукупності зі зниженням фінансування охорони здоров'я та неефективним використанням наявних у галузі ресурсів призвело до збільшення смертності практично у всіх вікових групах.

1.2. Сталий розвиток та підвищення якості послуг охорони здоров'я як необхідна складова культури охорони здоров'я

Цілі у сфері сталого розвитку (ЦУР) відображають готовність всіх країн світу досягти загального охоплення послугами охорони здоров'я (ВОУЗ) до 2030 року. Це означає, що всі люди у будь-якій точці світу повинні мати доступ до високоякісних послуг охорони здоров'я, яких вони потребують: зміцнення здоров'я, профілактика, лікування, реабілітація або паліативна допомога, – не відчуваючи фінансових труднощів.

Зазвичай прогрес у досягненні ВОУЗ вимірюється фактичним охопленням основними послугами охорони здоров'я та рівнем фінансового захисту (тобто гарантії того, що захворювання не призведе до бідності). Але

навіть якщо країни світу досягнуть охоплення основними послугами охорони здоров'я і забезпечать фінансовий захист населення, результати щодо здоров'я залишатимуться незадовільними, якщо якість і безпека послуг будуть низькими. Якість послуг охорони здоров'я має найважливіше значення для ВОУЗ.

Згідно з наявними даними, медико-санітарна допомога незадовільної якості призводить до витрачання значних ресурсів і завдає шкоди здоров'ю населення, знищуючи людський капітал і знижуючи продуктивність. Якість допомоги, особливо безпека пацієнтів, важливі для формування довіри до послуг охорони здоров'я. Воно також є ключовим умовою глобальної безпеки громадського здоров'я, яка починається з безпеки громадського здоров'я на локальному рівні, що, у свою чергу, залежить від якості послуг, що надаються на рівні безпосереднього контакту з пацієнтом. Якісні послуги охорони здоров'я не тільки запобігають стражданням і допомагають формувати більш здорове суспільство, а й зміцнюють людський капітал і здоров'я економік.

Для підвищення якості послуг охорони здоров'я необхідні культура прозорості, взаємодії та відкритості результатів, а це можливо в будь-якому суспільстві незалежно від рівня доходу. У всьому світі зростає кількість досліджень ефективних і неефективних методик, які складають багату основу для проведення революції в області якості в найкоротші терміни. Технологічні інновації пропонують нові способи для якнайшвидшого охоплення високоякісними послугами охорони здоров'я при прийнятному рівні витрат. В основі якості повинна лежати орієнтованість на людей. Люди та громади повинні брати участь у розробці, наданні та постійній оцінці послуг охорони здоров'я, щоб забезпечити їх відповідність медико-санітарним потребам місцевого населення, а не цілям донорських організацій, комерційним або політичним інтересам або просто тому, що «так було завжди». Орієнтованість на якість має найважливіше значення, але керівництво системи охорони здоров'я також має прагнути заохочувати

передову практику, прозору взаємодію та співпрацю між структурними підрозділами організацій охорони здоров'я, а також з пацієнтами громадянським суспільством, включаючи групи пацієнтів, неурядові організації, групи та спільноти.

Якість – це складне, багатогранне поняття. Для його поліпшення необхідно розробляти і застосовувати комплекс певних заходів. Пріоритетність розробки, вдосконалення та реалізації державної політики та стратегії в галузі якості зростає у міру того, як країни систематично проводять заходи щодо поліпшення роботи своїх систем охорони здоров'я. Більшість підходів до розробки Національної стратегії у сфері якості включають один або кілька з наступних процесів: політика в області якості і стратегія реалізації як частина офіційного державного плану з розвитку сектору охорони здоров'я; окремий документ, що регламентує політику у сфері якості, зазвичай розробляється у межах багатостороннього процесу під керівництвом або за підтримки Міністерства охорони здоров'я; державна стратегія з реалізації заходів у галузі якості з докладним планом дій, яка також включає розділ з найважливіших напрямками політики; прийняття відповідних законів і регулюючих норм з метою підтримки політики та стратегії.

Можна виділити сім напрямків роботи, які в стандартному порядку розглядаються зацікавленими в підвищенні якості сторонами-постачальниками медичних послуг, керівництвом, особами, які формують політику, в рамках заходів щодо підвищення якості системи охорони здоров'я: зміна клінічної практики на рівні роботи з пацієнтами; розробка стандартів; залучення пацієнтів, їх сімей та спільнот та надання їм необхідних повноваження; інформування та навчання медичних працівників, керівництва установ охорони здоров'я та осіб, які формують політику; реалізація програм і методів безперервного підвищення якості; створення стимулів (матеріальних і нематеріальних) на основі показників роботи; законодавство і регулювання.

Вибір державами комплексу заходів з підвищення якості повинен ґрунтуватися на ретельному аналізі доказових результатів подібних заходів за такими показниками, як системне середовище, зниження шкоди, поліпшення в клінічній допомозі, а також залучення пацієнтів, їх сімей та спільнот та надання їм необхідних повноважень. Багато держав розробляють інновації з метою поліпшення різних аспектів якості медико-санітарної допомоги. Як показано в цьому документі, багато країн з низьким і середнім рівнем доходу виробили успішні заходи, але потребують у глобальній платформі для обміну знаннями. Це дозволить державам вивчати приклади успішних заходів і адаптувати їх до місцевого контексту, а також не витрачати зусилля на свідомо неефективні проекти.

Підвищення якості послуг охорони здоров'я-складне завдання для всіх держав. Однак, надання людям якісної допомоги в будь-якій точці світу залишається найважливішим обов'язком і можливістю поліпшити здоров'я людей у всьому світі. Приділяючи особливу увагу питанням якості, держави зможуть досягти значного прогресу в досягненні Цілей сталого розвитку та забезпеченні загального охоплення послугами охорони здоров'я.

Таким чином, загальне охоплення послугами охорони здоров'я вже стало реальністю, але може залишитися порожньою обіцянкою без підвищення якості послуг. Сильні технічні та політичні доводи на користь інвестицій у підвищення якості послуг охорони здоров'я за рахунок інновацій є основою здорового, безпечного і справедливого світу.

1.2. Зарубіжний досвід реформування системи охорони здоров'я

Французька система охорони здоров'я вважається однією з кращих за критеріями результативності як у Франції, так і за її межами. Однак, вона є однією з найбільш витратних (витрати на охорону здоров'я складають майже 12% ВВП країни [22]). Навіть, якщо а цим показником Франція поступається

США, вона є у п'ятірці країн з найвищими витратами поряд з Швейцарією, Німеччиною та Японією [25]. Причиною такого високого рівня витрат є притаманна системі охорони здоров'я Франції вільного вибору як для пацієнта, так і для лікаря та інших агентів системи: пацієнти мають право обирати лікаря і лікувальний заклад, а лікарі мають право займатися приватною практикою, вільно прописувати лікування та отримувати винагороду на основі наданих послуг. Відношення між спеціалістами охорони здоров'я та страховими агентами регулюються на основі договорів. Ці основні принципи, які об'єднують одночасно і всеохоплююче страхове покриття населення, і вільний підхід, дозволили системі охорони здоров'я Франції адаптуватися до постійних змін, вийти на якісний рівень надання послуг і розширити навички регулювання [30].

Французька систем охорони здоров'я вже протягом декількох десятиків років забезпечує високу якість медичних послуг і максимальну доступність населенню системи обов'язкового страхування по хворобі. При цьому охорона здоров'я на 75% фінансується за кошти системи соціального страхування. Це можливо лише за рахунок постійно зростаючих ставок податків, страхових зборів та внесків. Однак, витрати системи охорони здоров'я підвищуються випереджаючими темпами, і в останні декілька років виникає сумнів відносно стійкості системи, якості лікування, рівномірності наданих послуг та можливості фінансування витрат, які перевищують доходи.

Основна причина підвищення витрат – старіння населення та впровадження інноваційних технологій. Наслідки світової фінансової, економічної та пандемічної криз вплинули на бюджетну політику країни. Однак високий рівень дефіциту системи соціального забезпечення лише частково пояснюється впливом економічної кризи. Політика збільшення доходної частини державного бюджету досягла своєї межі, саме тому найважливішим завданням наразі є зниження та оптимізація витрат системи соціального забезпечення, зокрема у сфері охорони здоров'я за збереження високого рівня доступу населення до наданих послугам [24]. Приклад схеми

організації місцевого виробництва та доступу до основних лікарських засобів в умова удосконалення системи охорони здоров'я наведена на рис. 1.1.

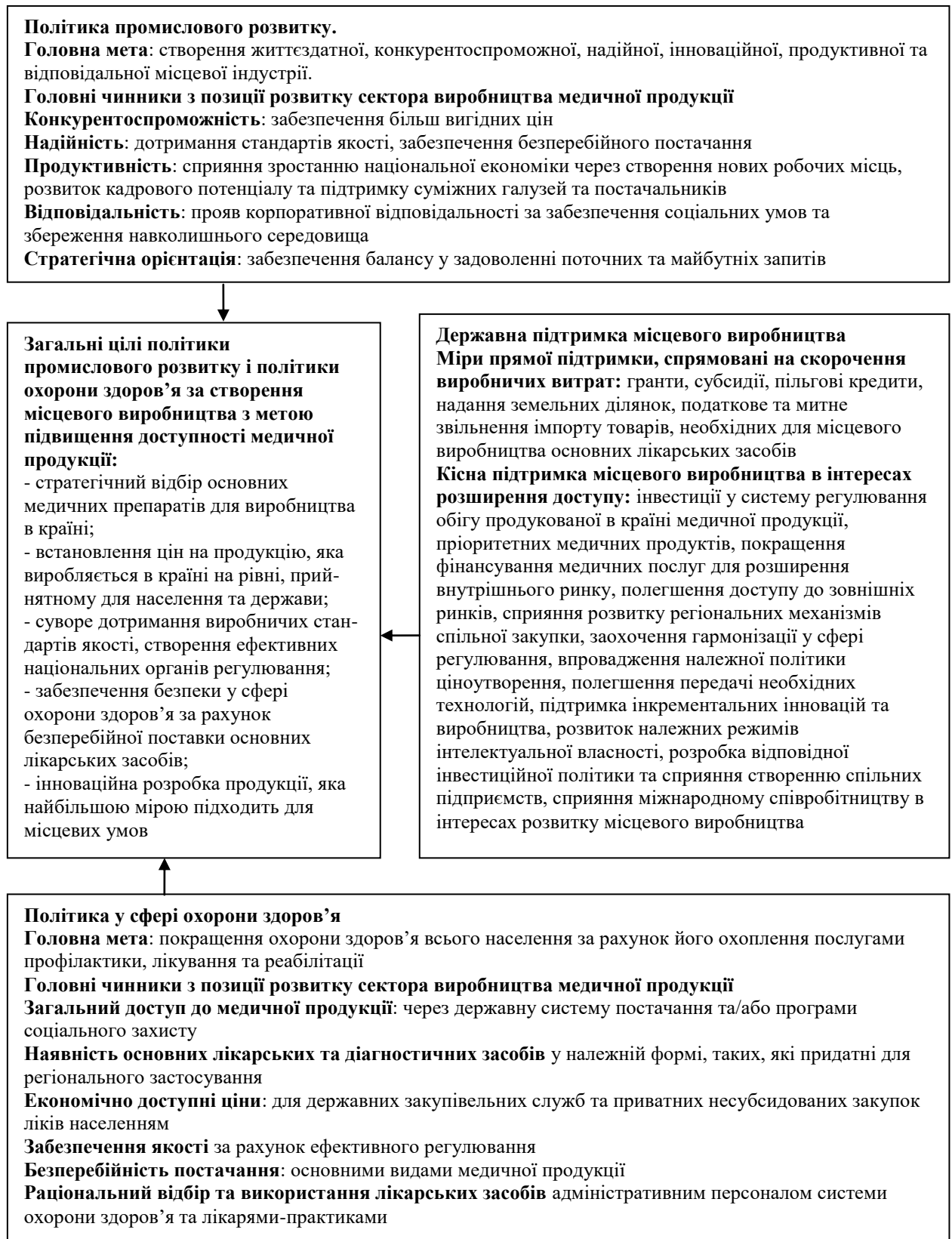


Рис. 1.1. Організація виробництва та доступу до основних ліків

Джерело: сформовано на основі [22].

Специфіка організації та управління інноваційною діяльністю охорони здоров'я, визначення ключових напрямків і пріоритетів її розвитку відображаються, в тому числі, і через класифікацію інновацій .

Висновки до розділу 1

1. Дослідження засвідчило необхідності вдосконалення управління інноваційною діяльністю закладів охорони здоров'я через визначення та вирішення проблеми визначення та систематизації факторів. Слід підкреслити, що сфера охорони здоров'я специфічна сфера людського життя і потребує особливої уваги під час розробки та впровадженні інновацій, адже головним показником ефективної роботи охорони здоров'я є здоров'я людей . Будь-які інновації у цій сфері повинні ставити своєю головною метою збільшення тривалості життя людей, підвищення його якості звичайно, поліпшення здоров'я людей.

2. У минулому більшість заходів щодо поліпшення якості здійснювалися на основі методик, що реалізуються в рамках окремих проектів. реалізувати їх застосування в більш широким масштабах і забезпечити стійкість результатів виявилось проблематично. Сьогодні виникає необхідність у створенні основ для надання високоякісних послуг у всьому діапазоні медико-санітарної допомоги. Підвищення якості медичних послуг також має на увазі взаємозв'язок з фінансовими перетвореннями і переорієнтацію процесу надання послуг на завдання з підвищення їх якості. Нарешті, маючи сильні основи, системи охорони здоров'я, спрямовані на довгострокові поліпшення якості, повинні використовувати державну політику та стратегію для створення умов, в яких передові місцеві, регіональні та національні організації зможуть розширювати заходи з підвищення якості послуг, які вже довели свою ефективність. У таких умовах державні органи та постачальники медичних послуг зможуть приймати рішення, відповідні місцевим реаліям, щодо заходів з підвищення якості, які

будуть найкращим чином сприяти поліпшенню системних умов, зменшенню шкоди та вдосконаленню клінічної практики, а також залученню до процесів медико-санітарної допомоги пацієнтів, їх сімей та спільнот та наданню їм необхідних повноважень.

Для реалізації поліпшень у сфері якості, забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я та орієнтованості на людей з урахуванням труднощів, властивих системам – системне мислення – повноцінне усвідомлене розуміння динаміки систем охорони здоров'я, щоб здійснювати в них зміни на краще. Визнаючи складності систем охорони здоров'я, системне мислення допомагає посилити всесистемну реалізацію та оцінку заходів, які потрібні для досягнення завдань охорони здоров'я відповідно до принципів рівного доступу, стійкості та ефективності.

РОЗДІЛ 2

НАЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Умови реалізації програм інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Перспективні програми соціально-економічного розвитку ставлять перед системою охорони здоров'я нові завдання, спрямовані на підвищення ефективності сектору [1]. Реформування галузі пов'язане з масштабними інвестиціями у розвиток інфраструктури, зміцнення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ (ЛПУ), інформатизацію тощо [1, 9, 13, 26]. Одним із механізмів інтенсивного розвитку охорони здоров'я, відповідного основному спрямуванню державної політики, є інноваційна діяльність за включення наукового, технічного, інтелектуального, кадрового потенціалу. Впровадження результатів інтелектуальної діяльності, інноваційних продуктів в охорону здоров'я вимагає від керівників медичних установ постановки нових завдань з подальшим їх вирішенням з урахуванням вміння медичного персоналу працювати у міждисциплінарних науково-технічних колективах [26, 31].

Наразі можна стверджувати, що інноваційна діяльність у системі охорони здоров'я в цілому та ЛПУ, зокрема, не повною мірою відповідає збігу розуміння, а подекуди характеризується розмитістю пріоритетів, низьким рівнем інноваційного потенціалу навіть у провідних регіональних установах, за винятком профільних науково-дослідних установ, слабкістю результатів наукових досліджень [24]. Відповідно до прийнятої концепції розвитку охорони здоров'я до 2020 р. [26] удосконалення медичної допомоги за інноваційного підходу, впровадженні ефективних інноваційних лікувально-діагностичних технологій і лікарських засобів, а також їх

подальше впровадження у практичну діяльність. Орієнтація генерованих наукових ідей на розробку та створення інноваційного продукту, створених інноваційних продуктів – на потреби системи охорони здоров'я, а лікарів різних спеціальностей – на впровадження інноваційних технологій у практику повинна бути основою діяльності галузі. Створення більш зручних, доступних за ціновим характером, технологічно ефективних інноваційних продуктів дозволить виробляти і широко впроваджувати їх у практичну охорону здоров'я [21, 25].

Інноваційна діяльність в охороні здоров'я передбачає реалізацію інноваційного циклу від етапу опрацювання наукової ідеї до впровадження у практику охорони здоров'я. В умовах реалій сьогодення цей процес затягується на довгі роки, що спотворює саме входження інноваційної діяльності. Проведена у межах комплексного соціально-гігієнічного дослідження експертна оцінка із залученням фахівців Житомирської області у сфері економіки та організації охорони здоров'я дозволила оцінити фактори, які впливають на впровадження інновацій у галузі (дослідження проводилося у форматі опитування 200 лікарів та інших медичних працівників за допомогою неструктурованого інтерв'ю). Відсутність у переважної більшості практикуючих лікарів і наукових співробітників знань про вітчизняні запатентовані розробки виявили «інформаційний вакуум» щодо інновацій в Україні, що відзначили 95% експертів. До найбільш значущих причин неефективної організації інноваційної діяльності та її впровадження були названі такі: відсутність єдиної, доступної бази даних готових інноваційних продуктів (82,4%), низький рівень інформаційного обміну між авторами, розробниками інновацій та практикуючими лікарями (75,6%), консерватизм лікарського співтовариства в цілому, у тому числі і керівників ЛПУ (70%), низька інноваційна культура (69,8%), небажання змін (65,3%). Негативний вплив на процеси впровадження, на думку керівників медичних, освітніх та наукових установ, надає і стандартизована робота ЛПУ (57,2%), яка часом унеможливорює використання нових медичних технологій,

а також відсутність адекватного фінансування інноваційної діяльності (55,8%). Бар'єри між адміністративними підрозділами як в ЛПУ, так і на рівні управління охорони здоров'я (56%), відсутність дієвих механізмів міжмуніципальної взаємодії (48,5%), дисбаланс відповідальності та повноважень (45,6%) заважають включенню інноваційної складової у діяльність медичних установ.

Наразі проблемою є також відсутність чіткого, єдиного нормативного документа, який регламентує просування та впровадження інноваційних розробок у практичну діяльність сфери охорони здоров'я. Експерти вказали на відсутність у дослідницьких організаціях наукових навичок, досвіду та фінансових засобів для підготовки науково-технічної документації для клінічної апробації, отримання дозвільних документів на ту чи іншу інноваційну розробку. Дефіцит професійно підготовлених кадрів у сфері маркетингових та консалтингових послуг у системі охорони здоров'я істотно впливає на розвиток інноваційної діяльності у цілому.

Розвиток системи охорони здоров'я на період до 2030 року має бути орієнтований на створення ефективної системи, здатної забезпечити населення своєчасними профілактичними заходами, доступною і якісною медичною допомогою, з використанням досягнень медичної науки, а також реабілітаційною та санаторно-курортною допомогою.

У макроекономічному розумінні соціально-економічна політика держави спрямована на розвиток людського капіталу. Отже, всі види витрат, які сприяють розвитку людини як з боку держави, так і самого індивіда розцінюються як інвестиції в довготривалий економічний ресурс. До даної групи витрат відносяться витрати на отримання освіти, підтримання здоров'я, професійну підготовку, підвищення кваліфікації та інше. Здоров'я людини – це інтегральний показник, що визначає ефективність всієї системи виробничих і суспільних відносин. Наразі здоров'я включено в число пріоритетних глобальних проблем і є детермінантою національної безпеки і якості трудових ресурсів держави [11]. Охорона здоров'я – складна,

багаторівнева система, ключова галузь соціальної сфери, яка вимагає оперативного втручання і системного підходу до підвищення рівня її результативності, оскільки від неї залежить здоров'я нації і якість життя населення. Система охорони здоров'я має досить специфічними особливостями, які необхідно брати до уваги в процесі управління [22].

Наразі механізми управління, які застосовуються на регіональному рівні організаційно-економічній сфері медичних послуг стали не ефективні. Щоб підтримати здоров'я населення поряд з оптимізацією внутрішньої організаційно-економічної структури системи охорони здоров'я потрібна модернізація всієї галузі, яка гарантувала б доступність медичної допомоги, якість надаваних медичних послуг, включаючи оснащення самими передовими технологіями та обладнанням.

Реформування системи охорони здоров'я характеризується інтенсивним впровадженням новітніх науково-технічних розробок. Створення та використання інновацій в системі охорони здоров'я особливо актуально, оскільки державна політика у цій сфері орієнтована на комплексний підхід до охорони здоров'я населення. Досягнення поставлених завдань залежить від доступності медичної допомоги нужденним в ній, яка визначається забезпеченістю кадровими ресурсами, ліжковим фондом, сучасним обладнанням, технічними і технологічними можливостями надання високотехнологічних (дорогих) видів медичної допомоги.

Під інноваціями в охороні здоров'я розуміються зміни в охороні здоров'я, засновані на практичних, фундаментальних наукових знаннях, спрямовані на підвищення ефективності діяльності лікувально-профілактичних установ та отримання соціально-економічного, медичного та організаційно-управлінського ефекту від підвищення якості життя населення країни. Характерними формами здійснення інновацій в галузі охорони здоров'я є створення нових методів надання медичної допомоги, впровадження більш досконалих медичних приладів і розробка нових лікарських препаратів.

Досягнення поставлених завдань потребуватиме, з одного боку, концентрацію фінансових і кадрових ресурсів у сфері медичних послуг, а з іншого – модернізацію, переоснащення медичних установ і підготовку висококваліфікованих фахівців. Отже, буде потрібно створення відповідної інфраструктури, що сприяє впровадженню в практику охорони здоров'я нових форм і стандартів надання медичної допомоги населенню, а також розвитку конкурентного ринку медичних послуг на базі впровадження результатів наукових досліджень.

Саме тому для поліпшення здоров'я населення і стабілізації демографічних показників країни уряд приділяє пильну увагу розвитку медичної науки. Зупинимось тепер на завданнях державної політики інноваційного розвитку охорони здоров'я:

- порядок генерування медичною наукою «проривних» медичних технологій і стандартів надання медичної допомоги населенню;
- випуск вдосконалених лікарських препаратів і медичних виробів;
- освоєння новітніх досягнень медичної науки та впровадження передових методів діагностики та лікування захворювань;
- організація профілактики соціально-обумовлених захворювань (ВІЛ, туберкульоз, ІПСШ);
- мотивація здорового способу життя серед населення;
- розробка цільових міжвідомчих науково-дослідних програм [19].

Результати досліджень вітчизняних вчених в галузі медицини і біотехнологій традиційно зберігають високий статус і науковий рівень, при цьому загальновизнаним залишається і досить високий комерційний потенціал розробок вітчизняних вчених. Характеризуючи інвестиційну активність різних секторів економіки, відзначимо, що питома вага інвестиційних ресурсів, за рахунок яких фінансуються результати НДР і ОКР в секторі фармакології та медицини в світі, становить близько 12–18% від сукупної величини інвестицій в різні сектори економіки [12]. Ділова активність фармацевтичного, медичного та біотехнологічного ринків

поступається тільки темпам просування нових продуктів сфери телекомунікацій, яка в свою чергу є головною «точкою зростання» більшості розвинених країн світу і лежить в основі науково-технічного прогресу і сучасної системи поділу праці. Великі промислові корпорації, які є головними акторами сучасної системи інноваційного менеджменту, інвестують свої кошти не тільки в результати прикладних досліджень, орієнтованих на ринок медичних товарів і послуг, а й на фундаментальні дослідження в області геноміки, протеоміки, біоінформатики та ін. При цьому, навіть в умовах спостерігається поліпшення інвестиційного клімату, частка вітчизняних НДДКР доведених до промислової технології або ринкового продукту все ще залишається недостатньою.

Як показує світовий досвід, інноваційні процеси можна запускати тільки за умови активної участі в них приватних компаній, для яких інноваційні процеси є засобом підвищення конкурентоспроможності створюваної продукції. У цих умовах інноваційно-орієнтований бізнес стає дієвим провідником між науковими установами та інтересами приватного капіталу через його високу прибутковість. Державна ж політика в цих умовах повинна бути орієнтована на створення сприятливого інвестиційного клімату і створювати економічні, фінансові, податкові, соціальні, нормативно-правові та організаційні передумови для стимулювання інноваційної активності компаній. У сучасних умовах, коли вітчизняна економіка не може покласти на себе тягар переходу на інноваційні рейки в абсолютній більшості секторів, держава повинна реалізовувати заходи непрямої державної підтримки інновацій. При цьому держава повинна виступати гарантом нівелювання політичних, макроекономічних та екологічних ризиків і стимулювати процеси державно-приватного партнерства у сфері інновацій, яка в умовах своєї виразної поліваріативності та гнучкості сприяє виникненню численних форм співпраці та взаємодії.

2.2. Формування регіонального інноваційного медичного кластера

Завдання модернізації охорони здоров'я потребує вдосконалення охорони здоров'я на основі освіти і розвитку кластерів, які передбачають не лише оснащення клінічних центрів новітнім медичним обладнанням, а й забезпечення високої якості сервісної складової медичних послуг. Як засвідчують кращі світові практики, кластерний підхід є інструментом стимулювання інновацій на регіональному рівні. Джерелами зростання медичних кластерів є активна мережева взаємодія, міжгалузеве співробітництво, наукові дослідження, розвиток стартапів, залучення лікарів і пацієнтів у створення і тестування нових продуктів і сервісів. Так, біомедичні кластери промислово-розвинених країн сконцентрували понад 40% загальносвітових досліджень [35].

Проект інноваційних територіальних кластерів отримав держану підтримку. Разом з тим створення медичних кластерів знаходиться у початковій стадії. Подальший розвиток медичних кластерів у регіональній економіці країни вимагає напрацювання цілеспрямованої політики. Наразі кластерна політика залишається дискусійною темою як щодо поняття кластерної політики, так і щодо інструментів її здійснення [23–34]. Кластерну політику пов'язують з визначальним впливом держави на процес взаємодії учасників кластера, розглядають як інструмент співпраці і стимулювання точок інноваційного зростання засобами організації державою відбору кращих проектів на принципах конкуренції, а також як визначальний чинник регіонального розвитку територій з найбільш високим виробничим потенціалом; така структура об'єднує фахівців, які вважають, що рішення структурних проблем визначається проведенням кластерної політики; водночас виступаючи як інструмент створення державою сприятливої бізнес-екосистеми, у якій формуються нові ланцюги вартості або реконструюються існуючі, зумовлені проривною ідеєю. Таким чином, кластерна політика – це не лише платформа, на якій розвиваються ключові компетенції регіонів,

прогрес яких служить запорукою їх довгострокової конкурентоспроможності, а й компонент з багатьма складовими різних видів державних політик: структурної, просторової, конкурентної, інноваційної, інвестиційної.

Необхідність активізації проведення кластерної політики у медицині визначається поглибленням технологічного відставання вітчизняної системи охорони здоров'я від європейських країн. На створення та розвиток кластерів справляють вплив такі фактори: історичні особливості, діловий уклад, стан економіки, державна політика. Однак, незважаючи на індивідуальні особливості, існують і загальні закономірності: 1) всі проекти інноваційних центрів виникли у результаті загрози виникнення проблем в економічному і соціальному житті; 2) існують спільні для всіх кластерів проблеми, і для них відпрацьовані базові технології (створення необхідної інфраструктури, фінансування проектів, горизонтальні зв'язки між учасниками кластера); 3) всі інноваційні кластери розвиваються у чітко визначеній послідовності: концентрації ресурсів, початок формування інноваційної екосистеми, інноваційний і технологічний прорив, зрілість.

Аналіз розвитку кластерів у європейських країнах дозволяє виділити їх найважливіші особливості: 1) держава зацікавлена у створенні нових довгострокових переваг кластерів; 2) медицина входить до кола пріоритетних галузей державної підтримки формування кластерів; 3) основними бенефіціями державних кластерних програм виступають цілі індустрії з урахуванням дотичних секторів, які забезпечують високотехнологічні робочі місця, наприклад, кластери у біомедицині (в останні кілька років намітилося нове бачення розвитку кластерних ініціатив у медицині: стимулювання державою розвитку кластерів світового рівня, міжкластерна взаємодія, залучення кластерів у формування та реалізацію стратегій економічного розвитку). Типологія медичних кластерів у дослідженнях оцінює їх з позиції індустріального, науково-технологічного та сервісного потенціалу. Наприклад, під індустріальним потенціалом кластера розуміють здатність і реальні умови надання високотехнологічних медичних послуг. Кластери цієї

групи характеризуються великою кількістю учасників і багатогалузевою спеціалізацією. Особливістю кластерів цієї групи є те, що вони створені за ініціативою органів влади і з використанням механізму державно-приватного партнерства. Модель науково-технологічного потенціалу медичного кластера передбачає розвиток біомедичної науки. Більше двох третин цих кластерів розміщені у європейських державах і мають високий рейтинг ефективності системи охорони здоров'я [35]. Сервісний потенціал медичних кластерів реалізується через механізм кооперації клінік з туристичними організаціями з метою створення єдиного ланцюга послуг. Ключовими характеристиками таких кластерів є приватна ініціатива, незалежні від держави органи управління та надання медичних послуг за невисокими цінами.

Таблиця 2.1

**Динаміка економічних показників діяльності кластерів у
біофармацевтичній та медичній промисловості Європейських країн**

Кластери у галузях промисловості	Середньорічний темп приросту працівників, %		Середньорічна заробітна плата працюючого, тис. євро		Середньорічний темп приросту продуктивності праці, %
	2007–2012	2014–2017	2012	2017	
Біофармацевтична	0,1	0,38	41,0	33,1	3,14
Медична промисловість	0,1	0,2	35,0	49,1	3,92

Джерело: сформовано на основі [34].

За останнє десятиліття світовим лідером у використанні кластерів як інструментів економічного розвитку стали європейські країни. Відсутність статистичних даних про динаміку економічних показників діяльності медичних кластерів не дозволило провести детальний аналіз ситуації, що склалася. Разом з тим оцінка рівня розвитку кластерів у супутніх з медициною галузях фармацевтичної та медичної промисловості показує збільшення темпів приросту середньорічного числа працюючих у період з 2014–2017 роки порівняно з 2007–2012 роками, зростання середньорічної заробітної плати працюючих, а також високий середньорічний темп приросту продуктивності праці (табл. 2.2).

**Показники рівня розвитку кластерів у біофармацевтичній
та медичній промисловості Європейського Союзу**

Кластери у галузях промисловості	Кількість на 01.12.2020, од.	Кількість учасників на 01.12.2020, тис. од.	Кількість працюючих на 01.12.2020, млн осіб	Частка зайнятих працівників у кластерах до зайнятих у галузі, %
Біофармацевтична	61	354,4	2,35	66,0
Медична промисловість	69	726,9	4,91	58,5

Джерело: сформовано на основі [34–36].

Разом з тим регіони країни можуть розглядатися як сукупність унікальних і специфічних ресурсів, сприяють виникненню кластерних ініціатив. Особливу значущість набуває формування інноваційного медичного кластеру у регіональній економіці. Медичний сектор економіки Житомирської області володіє істотним потенціалом кластеризації, тобто сталого конкурентного функціонування у системі суміжних галузей. Найважливішими передумовами розвитку сфери охорони здоров'я регіону є об'єднання інноваційного ланцюжка від генерації наукових знань, розробки фундаментальних і прикладних медико-біологічних досліджень до виробництва інноваційних технологій, перспективних лікарських препаратів, виробів медичного призначення, методів і способів лікування.

Висновки до розділу 2

1. Таким чином, наразі актуальним є створення інноваційної інфраструктури, яка включає інститути, нормативно-правову базу, освітнє середовище, комунікативні механізми та технології впровадження інновацій у практику охорони здоров'я. Необхідно розробити регламент організації робіт з аналізу та відбору пропонованого до впровадження продукту, що забезпечує відкритість, достовірність, а також незалежність. Слід виключити можливість впливу конфлікту інтересів на об'єктивність професійних суджень експертів. Пропонований до впровадження продукт повинен відповідати таким критеріям: 1) відповідність основним напрямам соціально-

економічного розвитку; 2) новизна; 3) захист прав на інтелектуальну власність; 4) кваліфікація та науково-технічний (виробничий) потенціал заявника; 5) обґрунтування переваг у порівнянні з аналогами (медична, соціальна, економічна-ефективність); 6) задоволення потреб ринку за даною або аналогічною продукції (маркетинг продукції).

2. На наш погляд, ініціативу в розробці, апробації і впровадженні регламенту повинні взяти на себе територіальні органи управління охороною здоров'я. Розроблений нормативний документ повинен бути обов'язковим до виконання для структур, зацікавлених у впровадженні інноваційної продукції. У зв'язку з цим, базою для планування повинна надати відповіді на такі питання: а) вибір моделі фінансування; б) залучення інновацій та надання більш широкого безкоштовного доступу до базового медичного обслуговування; в) співвідношення приватного і державного секторів; г) етапність подальшої гармонізації із законодавством і практиками ЄС; д) інформаційне забезпечення громадян, доступ до лікування, вичерпне висвітлення інформації про медичні продукти і послуги, в тому числі і шляхом рекламування в ЗМІ; е) подальший розвиток мережі закладів охорони здоров'я; ж) системна закупівля послуг охорони здоров'я, лікарських засобів та медичних виробів; з) організація контролю за якістю та безпекою медичної допомоги; к) діджиталізація галузі; навчання і підвищення кваліфікації фахівців тощо.

3. Окремим важливим компонентом є визначення показників успішності, які система охорони здоров'я повинна досягти у визначені певні часові проміжки за результатами реалізації Стратегії. Зокрема, за певними рівнями захворюваності, смертності, тривалості життя, профілактики, рівнями госпіталізації, за конкретними станами осіб тощо. Таких показників наразі не вистачає низці проектів, які запропоновані державою та іншими зацікавленими сторонами, наприклад у програмі реімбурсації – відшкодування повної чи часткової вартості лікарських засобів (Національна програма «Доступні ліки»).

РОЗДІЛ 3

ВЕКТОРИ ПОДАЛЬШИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Перспективний досвід впровадження інновацій охорони здоров'я

Подальші трансформації системи охорони здоров'я України можуть здійснюватися у декількох напрямках. Важливим елементом перетворень, які були, наприклад, реалізовані у Польщі (процес вступу до ЄС передбачав узгодження національного на наднаціонального законодавства – у 2001 р. Польща прийняла фармацевтичний закон, надаючи можливість виробникам до кінця 2008 р. привести у відповідність інформацію та реєстрацію за певними генеричними ліками).. Наразі це питання потребує детального опрацювання механізму впровадження, узгоджено з Регламентом ЄС №536/2014.

Сучасні світові та європейські тенденції вказують на те, що низка країн (наприклад Франція, країни Балтії) визначили більш жорсткі умови для державних регуляторів (щодо терміну узгодження, регламентації процедури, втілення принципу «мовчазної згоди» тощо), а не бізнесу. Наприклад, враховуючи те, що клінічні дослідження забезпечують таку цінність для пацієнта як безкоштовне лікування інноваційними ліками та повний медичний супровід тяжкохворих і додаткову цінність для держави – зменшення витрат на лікування пацієнтів, розвиток інфраструктури та інновацій медичних закладів,; діджиталізуючи галузь (взаємодія бізнесу і держави, у тому числі з позиції оновлення Державного реєстру лікарських засобів, розширення застосування електронного рецепта, закладення основ для електронного інформування про ліки тощо); на принципах прозорості, відкритого конкурсу, фінансової стабільності, повної цифровізації всіх

послуг, впровадження сучасної системи запобігання фальсифікації ліків; поглиблення інтеграції та взаємодії з країнами ЄС та країнами з жорсткою регуляторною політикою; впровадити механізми стимулювання вітчизняного виробництва лікарських засобів та локалізації та трансферу технологій, що відповідають ринково-конкурентним принципам.

Щодо природного зменшення кількості населення, то Україна третього тисячоліття займала сумне перше місце у Європейському регіоні. Як підкреслюється у доповіді Європейського бюро ВООЗ, в умовах мирного часу прецедентів у змінах такого масштабу просто не існує [18–19]. Для надання ефективної медичної допомоги необхідна докорінна організаційна перебудова мережі, схем фінансування, господарського механізму і технологічних зв'язків в системі. Охорона здоров'я – високотехнологічна, наукомістка і ресурсомістка галузь, яка за своїм характером і специфіці передбачає наявність централізованих підходів та державного регулювання розміщення ресурсів та забезпечення їх доступності для кожного жителя держави [28]. Ось чому необхідно створити та сформувати єдиний нормативно-правовий простір з консолідацією сил і засобів, за умови дотримання принципів їх цільового призначення, територіальної доступності та соціальної справедливості. Це сприятиме інтеграції України до європейської спільноти. Фактично мова йде про єдину регіональну політику, яка охоплює систему охорони здоров'я (рис. 3.1).

Формування інноваційного медичного кластера у Житомирській області враховує всі виклики, які можуть змінити майбутнє медицини. Це дозволяє сформувати образ обласного інноваційного медичного кластера, який складається з консорціуму науково-дослідних та освітніх інституцій регіону, в яких проводяться дослідження з окремих напрямів фундаментальної та прикладної медичної і біологічної науки, а також медичних організацій, надають висококваліфіковану медичну допомогу, зокрема, обласна клінічна лікарня, обласна дитяча клінічна лікарня, центр матері та дитини.

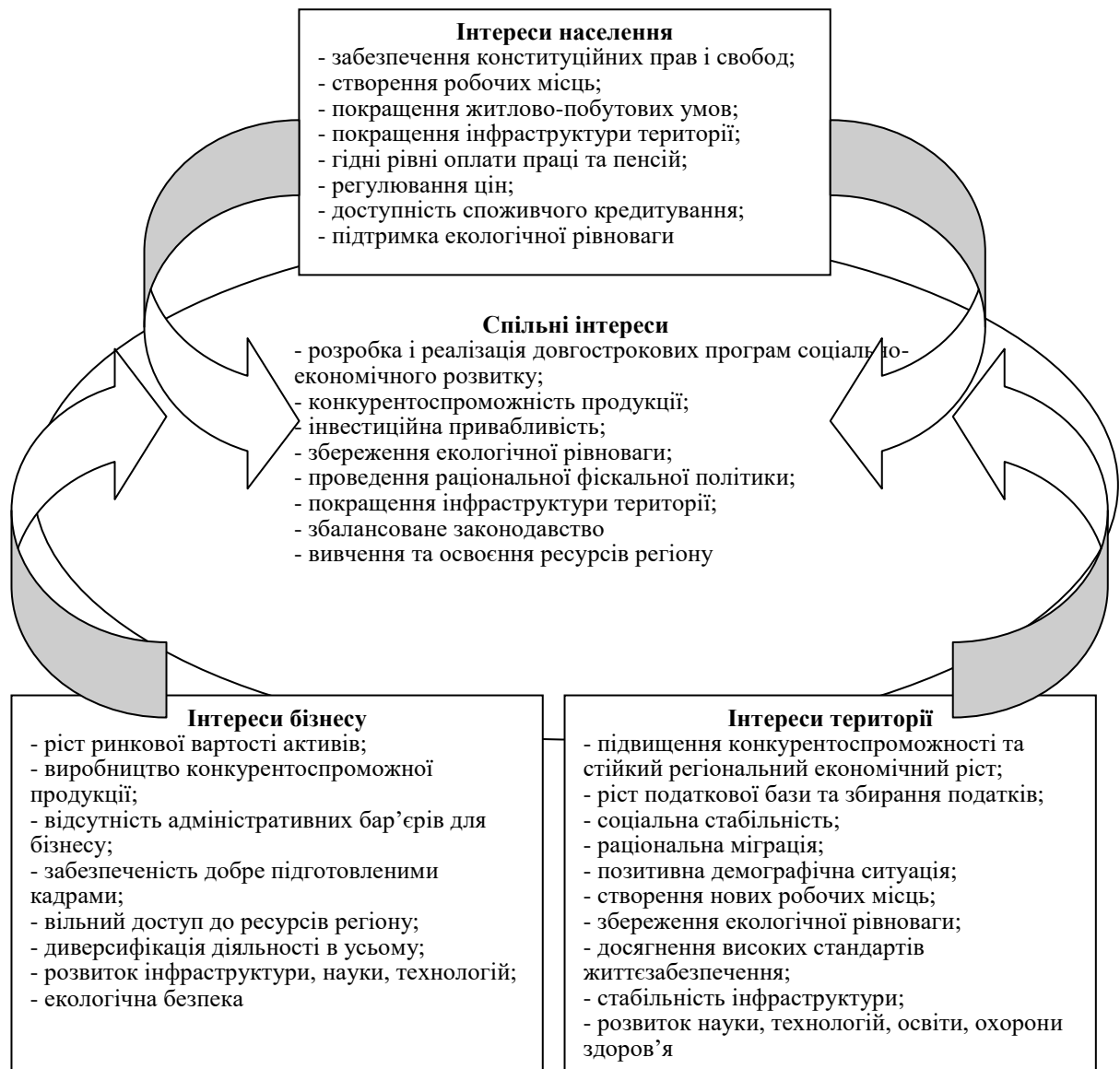


Рис. 2.1. Взаємодія на основі інтересів на рівні регіону

Джерело: сформовано на основі [35].

Внеском у досягнення цільової функції формування кластера основних його учасників є: а) в освітній діяльності – підвищення якості медичної та фармацевтичної освіти, розвиток нових освітніх технологій; б) у науково-дослідній діяльності – формування та виконання спільних інноваційних проектів, які забезпечують впровадження результатів наукової діяльності у медицину та охорону здоров'я; в) в сфері надання високотехнологічної медичної допомоги – перехід до лікувальних технологій за принципами персоналізованої медицини; г) у інноваційній діяльності – виведення на ринок нової продукції та послуг; д) у сфері сервісних послуг – забезпеченості

учасників інженерною, транспортною та соціальною інфраструктурою; е) у сфері міждисциплінарної взаємодії – співпраця з закладами вищої освіти і академічними інститутами в галузі медицини та біології.

Створення медичного кластера у Житомирській області дозволить забезпечити: а) створення нових робочих місць, перш за все, у високотехнологічних галузях медичної освіти, науки, виробництві медичної техніки, лікарських засобів, у сфері надання медичних послуг; б) формування механізмів та умов впровадження результатів наукових досліджень у галузі медицини та біології у виробництво; в) розвиток на основі НДДКР передових виробництв, забезпечених висококваліфікованими кадрами; г) досягнення високого рівня освіти на основі інноваційного науково-освітнього середовища (рис. 3.2).



Рис. 3.1. Модель інноваційного медичного кластера Житомирської області

Джерело: сформовано на основі [22].

Стійкість майбутнього інноваційного медичного кластера базується на наступних конкурентних перевагах: а) переході до лікувальних технологій за принципами персоналізованої медицини; б) повної забезпеченості інфра-

структурою (інженерною, транспортною, соціальною); в) доступності для учасників кластеру сервісних послуг механізмів підтримки; г) міждисциплінарному підході, який базується на залученні фахівців різних областей знань (такі напрямки, як клітинні біотехнології, фармакологія).

Управління медичним кластером доцільно розділити на стратегічне та оперативне. Стратегічний управління кластером доцільно доручити колегіальному органу – раді кластера, який забезпечує пріоритетний розвиток ключових проєктів, врахування інтересів учасників кластеру та координацію діяльності з реалізації програми розвитку кластера. Створення умов для оперативної взаємодії учасників кластера має здійснюватись спеціалізованою організацією кластера, основними принципами діяльності якої є комплексний підхід до його формування, концентрація зусиль на пріоритетних напрямках розвитку. За необхідності з метою реалізації розвитку кластера можуть бути створені консультативні органи управління, зокрема, рада кластера, яка визначає ключові координаційні та стратегічні напрямки розвитку кластера.

Для посилення інноваційної компоненти у кластері важливо реалізувати відхід від жорсткого управління, властивого вертикально-структурованим холдингам, до використання гнучких мережевих горизонтальних зв'язків учасників, що дозволить підвищити активність генерації та впровадження інноваційних ідей, адаптивність і сприйнятливність інновацій виробництвами, раціоналізацію бізнес-процесів, конкурентоспроможність всього інноваційного медичного кластера. Крім того, механізмом, який сприяє підприємствам у сфері науки і високих технологій, може стати поширений у світовій практиці технопарк, який локалізує виробництва учасників кластеру і надає їм набір програм підтримки. У складі технопарку слід передбачити «базову компанію», яка надасть резидентам земельну ділянку, об'єкти транспортної та соціальної інфраструктури, а також «керуючу компанію», яка залучає і розміщує резидентів на території технопарку, організує можливість отримання учасниками широкого спектру сервісних послуг. Підготовку

проекту створення кластера пропонується здійснювати у вигляді процесу, що складається з декількох етапів: розробка структури проекту, включаючи концепцію і фінансову модель, а також розробку пакету юридичної фінансової документації.

3.2. Стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я

Стратегічні напрямки розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я полягають у поступовому здійсненні послідовних кроків і можуть бути представлені наступним чином:

1. Об'єктивізація зобов'язань держави у сфері забезпечення населення безкоштовною медичною допомогою шляхом визначення обсягу гарантованих державних зобов'язань та медичної допомоги, яка забезпечується за рахунок інших джерел фінансування.

2. Перехід до системи охорони здоров'я, спрямованої на поліпшення якісних показників медичної допомоги. Впровадження багаторівневої інтегрованої системи фінансування медичних установ на протипагу постатейному бюджетному фінансуванню. Надання податкових пільг на інвестиції в охорону здоров'я. Створення умов для розширення інвестицій населення, працівників і роботодавців у формування громадського здоров'я.

3. Формування багатоканальної та багаторівневої системи фінансування медичної допомоги з поділом всієї системи медичної допомоги на три сектори – Державний, суспільно-солідарний і приватний. Багатоканальність фінансування охорони здоров'я повинна бути повною іірою сформована за трирівневим принципом надання лікувально-профілактичної допомоги: перший рівень – базовий, життєзабезпечуючий (за рахунок бюджетних коштів); другий – основний, здоров'язабезпечуючий (за рахунок обов'язкового медичного страхування); третій – сервісний (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм медичного страхування).

4. Прийняття та введення в дію Закону «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування». Впровадження повноцінної системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Введення обов'язкових особистих платежів працюючих громадян на соціальне медичне страхування з відповідним зменшенням ставки прибуткового податку, а також залучення коштів Пенсійного фонду та Фонду безробіття для соціального медичного страхування пенсіонерів і безробітних.

5. Координація діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я. Впровадження єдиного простору медичного обслуговування населення на територіальному рівні шляхом об'єднання всіх елементів системи, що забезпечує потреби населення в отриманні медичних послуг. Створення територіальними органами влади умов для формування суспільно-солідарного сектору охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування та територіальних громад, функціонування єдиного механізму системи цільових медичних фондів із забезпеченням контролю за їх діяльністю.

6. Проведення наукових досліджень і технологічних розробок з метою поліпшення якості надання медичних послуг та виробництва лікувальних засобів. Забезпечення підтримки фундаментальних і прикладних наукових досліджень у сфері. Створення загальних науково-виробничих підприємств із залученням іноземних інвестицій, в основі роботи яких лежатимуть економічні механізми господарювання, для вирішення соціальних питань охорони здоров'я. Розвиток програм підтримки стратегічно важливих і перспективних інноваційних проектів в охороні здоров'я, які зможуть сприяти переходу системи охорони здоров'я на якісно новий рівень розвитку.

7. Поліпшення якісної сторони функціонування системи шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. Розробка нових технологій та стандартів забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичним обладнанням, лікувальними засобами та виробами медичного призначення. Оптимізація співвідношення змінних факторів медичної допомоги у напрямі зростання витрат на медичне обладнання та медикаментозне забезпечення

населення. Перегляд системи мотивації роботи медичних працівників у напрямку індивідуальної відповідальності за якість медичних послуг.

8. Державне регулювання та становлення інформаційно-методологічної доктрини розвитку охорони здоров'я відповідно до законодавства та стандартів Євросоюзу. Здійснення переходу до домінуючих принципів доказової медицини, впровадження формулярної системи як якісно нових підходів до вирішення проблеми раціонального використання ліків. Ці принципи повинні стати елементами державної політики забезпечення населення лікарськими засобами. Впровадження нової системи державних соціальних стандартів і нормативів у систему охорони здоров'я з метою переходу від декларативних до реально існуючим державним соціальним гарантіям.

9. Перегляд міжрівневої реформованості надання медичної допомоги. Недопущення затримки розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги за рахунок розвитку первинної медико-санітарної допомоги, що може порушити цілісність системи та призвести до диспропорцій, що погіршують якісні показники.

10. Здійснення дій, спрямованих на створення єдиного інформаційного поля охорони здоров'я у межах Концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я України. Перехід до загальноприйнятих у міжнародній практиці методам збору, обробки, аналізу та розповсюдження науково-медичної та медико-статистичної інформації.

11. Приведення національного законодавства охорони здоров'я у відповідність до законодавства Європейського Союзу, шляхом еволюційного переходу до нових форм і методів здійснення державної політики в охороні здоров'я з урахуванням вимог до входження України до міжнародної спільноти з питань здоров'я і захисту прав людини. Активне залучення прогалузевих асоціацій, громадських організацій, соціальних фондів та інших інститутів до проблем державного управління системою охорони здоров'я. Створення дієвої системи соціального захисту медичних

працівників і пацієнтів. Сприяння підвищенню уваги людей до власного здоров'я.

12. Законодавче затвердження Концепції структурної перебудови та інноваційного розвитку медичної галузі в Україні. Впровадження соціально орієнтованої структурно-інноваційної моделі розвитку системи охорони здоров'я. Державна підтримка інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я за рахунок централізованих державних фінансових ресурсів через систему загальнодержавних, галузевих та регіональних інноваційних фондів.

13. Розробка та затвердження концепції стратегічного планування системи охорони здоров'я. Використання стратегічного планування в процесі інноваційних перетворень дозволить системі охорони здоров'я розвиватися як соціально орієнтованої галузі, розробку технологій, проектування, виробництво, апробацію, збут та сервісні послуги, шляхом внутрішньокорпоративної та міжзональної інтеграції з урахуванням регіональної специфіки.

Подальше удосконалення системи охорони здоров'я пов'язане із законодавчим закріпленням у національній програмі до 2030 року необхідно забезпечити:

а) досягнення наступних цільових показників:

– зниження показників смертності населення працездатного віку (до 350 випадків на 100 тисяч населення), смертності від хвороб кровообігу (до 450 випадків на 100 тисяч населення), смертності від новоутворень, у тому числі злоякісних (до 185 випадків на 100 тисяч населення), дитячої смертності (до 4,5 випадків на 1 тисячу народжених дітей);

– ліквідація кадрового дефіциту у медичних організаціях, які надають первинну медико-санітарну допомогу;

– забезпечення охоплення всіх громадян профілактичними медичними оглядами не рідше одного разу на рік;

– забезпечення оптимальної доступності для населення (у тому числі мешканців населених пунктів, розташованих у віддаленій місцевості) медичних закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу;

- оптимізація роботи медичних організацій, які надають первинну медико-санітарну допомогу, скорочення часу, очікування у черзі під час звернення громадян у такі медичні заклади, спрощення процедури запису на прийом до лікаря;

- збільшення обсягів експорту медичних послуг не менше, ніж у чотири рази порівняно з 2020 роком (до 250 млн доларів США);

б) вирішення таких задач:

- завершення формування мережі медичних організацій первинної ланки з використанням у сфері охорони здоров'я геоінформаційної системи з урахуванням необхідності будівництва амбулаторій, фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів у населених пунктах з чисельністю населення від 100 до 2 тисяч осіб, а також з урахуванням використання мобільних медичних комплексів у населених пунктах з чисельністю населення менше 100 осіб;

- завершення формування мережі національних медичних дослідних центрів;

- створення механізмів взаємодії медичних організацій на основі єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я;

- впровадження інноваційних медичних технологій включаючи систему ранньої діагностики і дистанційний моніторинг стану здоров'я пацієнтів;

- забезпечення медичних організацій системи охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, включаючи впровадження системи неперервної освіти медичних працівників, у тому числі з використанням дистанційних освітніх технологій;

- впровадження клінічних рекомендацій та протоколів лікування та їх використання з метою формування тарифів на оплату медичної допомоги;

- розробка та реалізація програм боротьби з онкологічними захворюваннями, серцево-судинними захворюваннями, розвитком дитячої системи охорони здоров'я, включаючи створення сучасної інфраструктури надання медичної допомоги дітям;

- формування системи захисту пацієнтів;
- удосконалення механізмів експорту медичних послуг.

Висновки до розділу 3

Очевидно, що зусиль тільки самої системи охорони здоров'я недостатньо для вирішення проблем здоров'я населення. Враховуючи переважно соціально-економічну обумовленість стану здоров'я населення. Необхідно, щоб громадяни були в першу чергу зацікавлені в підтримці, зміцненні і збереженні здоров'я. Не можна в усьому сподіватися на державу, покладатися на лікаря і бути впевненим, що прийом ліків, нехай навіть найефективніших, може протистояти будь-яким хворобам. Головний сенс полягає в розумінні того, що кожен окремий громадянин може і повинен приділяти увагу своєму здоров'ю та сприяти формуванню здорового оточення, соціальної відповідальності перед суспільством. Коли прийде розуміння і усвідомлення цього, прийде і розуміння доцільності соціально орієнтованої системи охорони здоров'я-системи, яка повинна розвиватися в напрямку інноваційних перетворень.

ВИСНОВКИ

1. Для поліпшення доступності медичної допомоги населенню розроблені дорожні карти її надання з різних захворювань, у яких відображені схеми надання медичної допомоги пацієнтам. Існує виїзна форма медичного обслуговування. Виїзд бригади фахівців ЦРЛ проводиться за заздалегідь складеним графіком з оповіщенням населення і з урахуванням сезонності сільськогосподарських робіт.

2. Для наближення високотехнологічної медичної допомоги проживає в сільській місцевості населенню затверджена Концепція створення міжрегіональних центрів і центрів колективного користування. Ведеться робота зі створення міжрайонних і міжрегіональних центрів для декількох територіально наближених районів, де будуть сконцентровані всі ресурси: і висококваліфіковані кадри, і обладнання, і сучасні технології.

3. Перспективні напрямки розвитку медицини: удосконалення нормативних правових актів, що регулюють різні аспекти медичної та фармацевтичної діяльності, медичної освіти; збереження провідної ролі бюджетного фінансування та посилення взаємозв'язку обсягу виділених фінансових коштів з результатами діяльності організацій, розширення джерел експорту медичних та освітніх послуг, державно-приватного партнерства; удосконалення організаційних механізмів в охороні здоров'я та впровадження інтегрованої медичної послуги з урахуванням маршрутів руху пацієнта; поліпшення інформаційної взаємодії між лікарями, впровадження електронного рецепту та електронної медичної карти, нових технологій роботи; впровадження сучасної моделі роботи організацій охорони здоров'я; впровадження повсюдно лікаря загальної практики; удосконалення системи управління якістю медичної допомоги; науково-технологічний та інноваційний розвиток системи охорони здоров'я, її гармонізація з аналогічними системами держав-учасниць ЄС; впровадження системи інноваційного менеджменту, підвищення конкурентоспроможності наукових

досліджень; організація комплексу наукових досліджень високого рівня, що дозволяють прискорити перехід національної економіки на вищі технологічні уклади; подальший розвиток високотехнологічної медичної допомоги громадянам країни; розвиток вітчизняної фарміндустрії та вдосконалення обігу лікарських засобів, а саме: досягнення світового рівня розвитку та конкурентоспроможності фармацевтичної продукції шляхом інтенсифікації розвитку фармацевтичної промисловості; гармонізація нормативної правової бази в галузі розробки, виробництва і контролю якості готових лікарських засобів і фармацевтичних субстанцій, доклінічних і клінічних випробувань з сучасними світовими вимогами; розвиток імпортозамінних та експортно орієнтованих виробництв готових лікарських засобів та фармацевтичних субстанцій; забезпечення інформаційної взаємодії на всіх рівнях надання медичної допомоги на основі використання єдиної державної електронної інформаційної системи в охороні здоров'я, а значить-підвищення якості діагностики та лікування, рівня безпеки пацієнтів, економічної ефективності медичної допомоги; розвиток телекомунікаційних технологій контакту з пацієнтом, телемедичних консультацій, що забезпечують оперативний зв'язок між медичними організаціями різного рівня для віддаленого консультування лікарів при наданні медичної допомоги пацієнтам. зростання експорту медичних послуг.

4. Необхідність підвищення якості життя громадян актуалізує важливість розвитку такого інструменту, як інноваційні медичні кластери. Їх створення та діяльність може супроводжуватися реалізацією проривних прикладних і фундаментальних медико-біологічних досліджень, розробкою, впровадженням та виробництвом інноваційних медико-біологічних технологій, методів і способів лікування, перспективних лікарських препаратів. Численні виклики та проблеми регіонального розвитку у сфері охорони здоров'я зумовлюють необхідність формування концепції кластерної політики, яка окреслила б образ інноваційного медичного кластера. Серед напрямків його формування можна відзначити два суттєвих:

міждисциплінарний підхід як джерело стійких конкурентних переваг кластера, а також орієнтація на весь інноваційний ланцюжок: навчання, наукове відкриття, впровадження у виробництво інновація.

5. Результатом створення та діяльності кластера буде нова якість медичної освіти, реалізація «проривних» фундаментальних і медико-біологічних досліджень, розробка, впровадження та виробництво інноваційних медико-біологічних технологій, перспективних лікарських препаратів, методів лікування і профілактики, спрямованих на збільшення тривалості життя людини.

6. Все більше іноземних громадян приваблює в Білорусь можливість отримати якісну і високотехнологічну медичну допомогу і пройти реабілітацію. За 2020 рік лікарі надали Медичні послуги більш ніж 16 тисяч іноземців з 14 країн, у тому числі США, Азербайджану, Китаю, Грузії, Туркменістану, Ірландії, Швейцарії та інших. Найбільш затребувані стоматологічні (імплантація і протезування), офтальмологічні, кардіологічні та кардіохірургічні послуги, послуги в області онкології, протезування суглобів, трансплантації клітин, органів і тканин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Київ. Закон України № 3612 від 7 липня 2011 року. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
2. Конституція України URL:<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
3. Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1414-11>
4. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я. Наказ МОЗ № 1008 від 30.12.2011. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111230_1008.html
5. Про затвердження Примірного положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. Наказ МОЗ № 557 від 01.09.2011 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110901_557.html
6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06.04.2017р. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2002-viii>
7. Проект Закону про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів від 21.06.2017. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62073
8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-viii>
9. Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Постанова КМУ від 06.12.2017. URL:

<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF>

10. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗу та Мінрегіону від 06.02.2018. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18>

11. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р.. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzen-n-ja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>

12. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2020 році. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України. К.: НІСД, 2021. С. 388–392.

13. Бюджетний кодекс: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456 Документ 2456-VI у редакції 10.11.2021, підстава – 1813-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

14. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. Документ 11-2015-п у редакції 26.03.2019, підстава – 238-2019-п URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text>

15. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. Документ 410-2018-п у редьці х 16.11.2021, підстава – 1168-2021-п URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>

16. Адміністративно-територіальний устрій. *Міністерство розвитку громад та територій України*. URL: <https://atu.decentralization.gov.ua/#karta>

17. Акимова И., Максимчук М. Медицинская реформа: шаг к успеху или разочарованию. *Еженедельник Аптека*. 2017. 30 октября. №42

18. Журавель В.И. Возможные пути реорганизации системы здравоохранения Украины. *ктуальні питання подальшого впровадження сімейної медицини в Україні*: Матер. навч.-практ. семінару-наради. К.: МОЗ

України, 2004. С. 14–17.

19. Кармишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: між галузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти). Х.: Магістр, 2004. 304 с.

20. Кармишев Д.В., Волос Б.О., Юрков О.М. Передумови введення обов'язкового медичного страхування в Україні. *Зб. наук. праць УАДУ*. Х.: Вид-во УАДУ, 2001. Вип. 1, ч.1. С. 33–34.

21. Кармишев Д.В., Немченко А.С. Майбутнє вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я. Законодавчі аспекти. *Медицина сьогодні і завтра*. 2003. № 3. С. 49–53.

22. Комплексная оценка реализации программы государственных гарантий в Российской Федерации / Г.М. Вялкова, Р.А. Халфин, В.О. Флек, Н.А. Кравченко. *Пробл. упр. здравоохранением*. 2002. № 4 (5). С. 11–17.

23. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 4. С. 99.

24. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2015. №3. С. 67–86.

25. Надута Г. Н., Надутый К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства* : матеріали Всеукр. наук.-прак. конф. (6–7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ). Кременчук: Вид во «Християнська зоря», 2004. С. 61–66.

26. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. *Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні*. 2015. 41 с.

27. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Введение: Пер. с англ. *Библиотечный каталог опубликованных данных ВОЗ* (Европейская серия по достижению здоровья для всех). Копенгаген, 1998. 544 с.

28. Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. *Вісн. УАДУ*. 2003. № 2. С. 393–397.

29. Підаєв А.В. Діяльність системи охорони здоров'я України в контексті стратегії економічного та соціального розвитку держави на 2002–2011 роки. *Матер. підсумкової колегії*. К., 2003. 82 с.

30. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В. М. Лехан, Н. М. Лакізи Сачук, В. М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.

31. Krugman P. Space: the last frontier. *Spatial economy*. 2005. №3. P. 125.

32. Sharing or paring? Growth of the sharing economy. Price Water house Coopers Magyarország Kft. 2015. URL: <https://www.pwc.com/hu/en/kiadvanyok/assets/pdf/sharing-economy-en.pdf>.

33. Study to monitor the economic development of the collaborative economy at sector level in the 28 EU Member States. Final Report. 23.02.2018. European Commission. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0cc9aa66-7501-11e8-9483-01aa75ed71a1>.

34. Hollanders H., Merkelbach I. European Panorama of Clusters and Industrial Change, 2020. URL: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/40524>

35. Most efficient health care 2014: countries. – Bloomberg, 2014. URL: <https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/337/CLASSIFICA%20BLOOMBERG%20rankings%202014%20su%20SSN.pdf> (

36. Bienkowska E., Cretu C. Smart Guide to Cluster Policy. Brussels: European Commission, 2016. [Electronic resource]. URL: https://smart_guide_to_cluster_polic.pdf

ДОДАТКИ