

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ НАФТИ І ГАЗУ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ НАФТИ І ГАЗУ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

САВЧУК Лілія Мар'янівна

УДК 330.1; 330.3;338.012

ДИСЕРТАЦІЯ
ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

спеціальність 051 «Економіка»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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



— Савчук Л.М.

Науковий керівник: **Кінаш Ірина Петрівна**

доктор економічних наук, професор

АНОТАЦІЯ

Савчук Л.М. Економічні засади забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 051 – економіка. Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу, ІваноФранківськ, 2020.

Дисертаційну роботу присвячено вирішенню наукового завдання, яке полягає в обґрунтуванні теоретичних та науково-методичних засад і розробленні практичних рекомендацій щодо формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку.

У першому розділі «Теоретичні засади економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позиції сталого розвитку» розглянуто сутність теоретичних засад сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, запропоновано концептуальну модель її економічного забезпечення та узагальнено зарубіжний досвід такого забезпечення.

Опрацювання наукових джерел дало змогу стверджувати, що в умовах переходу країни до сталого розвитку важливе значення має здоров'я людини. Зроблено висновок про те, що з кожним роком сфера охорони здоров'я посилює свій вплив на здоров'я населення. З'ясовано такі категорії, як: «здоров'я людини», «громадське здоров'я», «охорона здоров'я», «сфера охорони здоров'я», «розвиток», «сталий розвиток». Запропоновано авторське розуміння сутності понять: «сталий розвиток сфери охорони здоров'я як керований процес, який при синергії факторів збалансованого розвитку, безперервній взаємодії елементів сприяє такій динаміці в системі та її транзитній детермінації, яка забезпечує результат – зміцнює здоров'я населення», а також «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я як комплексу складових, які об'єднують фінансові, матеріальні, кадрові ресурси, що створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я громадян з метою досягнення сталого розвитку держави».

З'ясовано, що сфера охорони здоров'я охоплює велику кількість закладів, різних за функціями та масштабами, а саме: лікувально-профілактичні, медико-

соціального захисту, соціально-профілактичні та фармацевтичні. У них можна одержати наступні види медичної допомоги: первинну, вторинну та третинну. Встановлено, що сферу охорони здоров'я повністю контролює держава. Запропоновано концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позицій сталого розвитку, яка передбачає соціально-філософське і загальнотеоретичне осмислення проблем охорони здоров'я населення. Модель спрямована на досягнення третьої цілі сталого розвитку – міцне здоров'я та благополуччя для всіх. Акцентовано увагу на успішній трансформації сфери охорони здоров'я та щораз більшій ролі інституту громадського здоров'я. Ці перетворення спрямовані на досягнення триєдиної мети, а саме: соціальної, яка полягає в поліпшенні якості здоров'я та доступності медичної допомоги; економічної – у підвищенні ефективності використання ресурсного потенціалу; екологічної – у зниженні передчасної смертності шляхом екологічного захисту. Сформовано стратегічні завдання, реалізація яких сприятиме збільшенню тривалості життя громадян.

Узагальнено міжнародний досвід економічного забезпечення систем охорони здоров'я різних держав та можливості його впровадження в Україні. Зроблено висновок про те, що в сучасному суспільстві сформовано три моделі економічного забезпечення охорони здоров'я: приватну, бюджетну і страхову. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансових ресурсів. Більш прийнятною для України є модель Беверіджа, яку варто адаптувати під час формування та використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я.

У другому розділі «Діагностика й оцінка сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України» досліджено передумови формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, удосконалено методику його оцінювання, проаналізовано стан та тенденції кожної із запропонованих складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я та здійснено його інтегральну оцінку. Досліджено фактори, що впливають на здоров'я людини, урахування яких може впливати на формування та раціональне

використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Найбільш впливовими є економічні, соціальні та екологічні фактори. У реальних умовах ці фактори об'єднані різноманітними взаємозв'язками.

Використавши удосконалену методику оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави, оцінено сучасний її стан. За нашими підрахунками розвиток трудових ресурсів сфери в середньому по Україні зріс з 0,33 у 2012 р. до 0,42 у 2017 р. Найвищим він є у Запорізькій (0,56), Житомирській (0,53), Вінницькій (0,52) областях і в м. Києві (0,52). Найнижчим він є у Київській (0,29) та Миколаївській (0,21) областях. Показник розвитку фінансових ресурсів за досліджуваний період практично не змінився і становить 0,39. Розрахунковий показник розвитку матеріальних ресурсів засвідчив, що в середньому по Україні він зріс від 0,24 у 2012 р. до 0,35 у 2017 р. Найвищим він є у Черкаській (0,52), Івано-Франківській, Рівненській, Сумській, Чернігівській (0,46), Житомирській (0,41) областях. Найнижчим він є у Кіровоградській (0,28) та Закарпатській областях (0,32). За результатами визначення часткових показників здійснено інтегральну оцінку стану обумовлених складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України, застосувавши метод таксономічного аналізу. Інтегральний показник розвитку економічного забезпечення в середньому в Україні у 2017 р склав 0,28 проти 0,21 у 2012 році. У регіональному розрізі він виявився різнорідним: найвищим – у Вінницькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях.

Проведено групування областей за рівнем розвитку економічного забезпечення. Розвиток трактуємо як зміну визначених нами показників. Оцінено стійкість показників економічного забезпечення сфери охорони здоров'я на основі обчислень змін стійкості рівня часового ряду та змін стійкості тенденцій розвитку. Результати розрахунку засвідчили, що в Україні в середньому спостерігається висока стійкість тенденцій до спадання темпів росту інтегрального показника економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Крім того, така тенденція має високу стійкість рівнів динамічного ряду.

У третьому розділі «Економічний механізм забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України» обґрунтовано стратегічні пріоритети та індикатори досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави, запропоновано економічний механізм забезпечення та визначено перспективи поступу. Стратегічними пріоритетами є: залучення всього суспільства до нових форм стратегічного керівництва в інтересах здоров'я; скорочення нерівностей стосовно здоров'я; удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я розвитку; використання інновацій та потенціалу здоров'я; успішна реалізація реформи. Досліджено етапи трансформації сфери охорони здоров'я держави. Акцентовано вагу на тому, що важливим етапом є прийняття Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року, яка повинна базуватися на таких принципах впровадження, як: орієнтованість на людей, результат і втілення.

З метою реалізації Цілі сталого розвитку України – «міцне здоров'я та благополуччя» – визначено показники, яких необхідно досягнути до 2030 р. та досліджено їх проміжні значення. Зроблено висновок про те, що досягненню поставлених цільових показників сприятиме належне ресурсне забезпечення. Запропоновано економічний механізм такого забезпечення. Виділено інструменти розвитку, зокрема: цільові програми розвитку; цільове оподаткування; цільове використання податку; аутсорсинг; пільгове ціноутворення та кредитування програм та проектів розвитку; стимули для медичних працівників та лікарень; медичне страхування; реімбурсація; підтримка приватного сектору та розвиток державно-приватного партнерства.

Здійснено розрахунок впливу основних складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я на тривалість життя українців. Розрахунково-прогнозні дані свідчать про те, що фінансові ресурси найбільше впливають на тривалість життя населення. Визначено перспективи досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, а саме: побудова фінансової моделі заснованої на результатах; розвиток електронної медицини; реалізація підходів до широкого застосування «розумного здоров'я». Важливим є

забезпечення розвитку персоналізованої медицини, а також вкладення коштів з метою запобігання хворобам чи задля проведення різного роду профілактичних (превентивних) заходів. Забезпечення сталості охорони здоров'я значною мірою буде залежати від кадрових ресурсів. Ключовим напрямом розвитку визначено використання інноваційних підходів до планування робочої сили, відбору персоналу, розвиток навичок та застосування новітніх технологій для роботи. Зосереджено увагу на важливості ролі адміністративного персоналу, якому необхідно підтримувати континуум талантів своїх співробітників. Зроблено висновок про те, що поєднання достатнього економічного забезпечення, його справедливого та ефективного використання, належного управління, а також зростання ролі Інституту громадського здоров'я будуть сприяти сталому розвитку сфери охорони здоров'я України.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, ресурсне забезпечення, стійкість розвитку, економічний механізм.

ABSTRACT

Savchuk L.M. Economic principles of ensuring sustainable development of health care in Ukraine - Manuscript.

The thesis for obtaining the Candidate of Economic Sciences degree (Ph.D.) on the specialty 051 Economy. Ivano-Frankivsk National Technical University of Oil and Gas, Ivano-Frankivsk, 2020.

The dissertation is devoted to solving a scientific issue, which is to substantiate the theoretical and scientific-methodological principles and develop practical recommendations for the formation of economic support for health care from a sustainable development perspective.

The first section "Theoretical principles of economic support of health care from a sustainable development perspective" considers the essence of the theoretical principles of sustainable development of health care in Ukraine, proposes a conceptual model of its economic provision and summarizes foreign experience of such provision. The development of scientific sources has made it possible to state that in the context of the country's transition to sustainable development, human health is very important. It is concluded that every year the health care sector increases its impact on public health. Categories such as "human health", "public health", "health care", "health care sector", "development", "sustainable development" have been identified. The author's understanding of the essence of the concepts is offered: "sustainable development of health care as a managed process, which with synergy of factors of balanced development, continuous interaction of elements promotes such dynamics in the system and its transit determination, which provides result that is public health strengthening", and also "economic provision of health care as a set of components that combine financial, material, human resources that create the necessary conditions for maintaining and improving of public health in order to achieve sustainable development of the country."

It was found that the health care sector covers a large number of institutions, different in function and extent, namely treatment and preventive, medical and social protection, social and preventive and pharmaceutical. They can provide the following

types of medical care: primary, secondary and tertiary. It is established that the health care sector is completely controlled by the state. A conceptual model of economic provision of the state health care from the sustainable development perspective is proposed. It provides a socio-philosophical and general theoretical understanding of public health problems. The model aims to achieve the third goal of sustainable development that is good health and well-being. Emphasis is placed on the successful transformation of the health care sector and the increasing role of the public health institution. These transformations are aimed at achieving a threefold goal, namely social, which is to improve the quality of health and access to health care; economic, which is improving the efficiency of resource potential; environmental which is reducing premature mortality through environmental protection. Strategic tasks have been formed, the implementation of which will contribute to an increase in life expectancy of citizens.

The international experience of economic provision of health care systems of different countries and possibilities of its introduction in Ukraine are generalized. It is concluded that in modern society there are three models of economic provision of health care: private, budget and insurance. A common feature for them is the use of many source mechanism of financial resources. The Beveridge model is more acceptable for Ukraine. It should be adapted during the formation and use of economic provision of health care sector.

The second section "Diagnosis and assessment of the current state of economic provision of health care in Ukraine" explored the prerequisites for the formation of economic provision of health care, improved its assessment, analyzed the state and trends of each of the proposed components of economic provision of health care and its integral estimation is carried out.

The factors influencing human health are studied. The consideration of them can influence the formation and rational use of economic provision in the field of health care sector in Ukraine. The most influential are economic, social and environmental factors. In real conditions, these factors are united by various interrelations. Using an improved method of assessing the economic security of the state's health care, its

current state is assessed. According to our estimates, the development of labor resources in Ukraine on average increased from 0.33 in 2012 to 0.42 in 2017. The highest rate is in Zaporizhia (0.56), Zhytomyr (0.53), Vinnytsia (0, 52) oblasts and in Kyiv (0.52). It is the lowest in Kyiv (0.29) and Mykolaiv (0.21) oblasts. The indicator of development of financial resources for the studied period practically did not change, and is 0,39. The estimate of material resources development showed that on average in Ukraine it increased from 0.24 in 2012 to 0.35 in 2017. It is the highest in Cherkasy (0.52), Ivano-Frankivsk, Rivne, Sumy, Chernihiv (0.46), Zhytomyr (0.41) oblasts. It is lowest in Kirovohrad (0.28) and Zakarpattia oblasts (0.32). Based on the results of determining the partial indicators, an integrated assessment of the state of the conditioned components of the economic provision of the health care sector of Ukraine was carried out, applying the method of taxonomic analysis. The integrated indicator of economic development in Ukraine on average in 2017 was 0.28 comparing to 0.21 in 2012. In the regional context, it was heterogeneous. It is the highest in Vinnytsia, Zaporizhia, Ivano-Frankivsk, Poltava, Cherkasy and Chernihiv oblasts.

The oblasts were grouped according to the level of economic provision development. We interpret development as a change in our indicators. The stability of indicators of economic support of the health care sector is estimated on the basis of calculations of changes in the stability of the level of the time series and changes in the sustainability of development trends. The results of the calculation showed that in Ukraine, on average, there is a high resistance to declining growth rates of the integrated indicator of economic provision of health care. Moreover, this trend has high stability of the levels of the time series.

The third section "Economic mechanism for sustainable development of health care in Ukraine" substantiates the strategic priorities and indicators for achieving sustainable development of health care in the country, proposes an economic mechanism for provision and identifies prospects for progress.

Strategic priorities are: involving the whole society in new forms of strategic leadership in the interests of health; reduction of health inequalities; improving leadership and collective leadership for health development; use of innovation and

health potential; successful implementation of the reform. The stages of transformation of the state healthcare sector were studied. Emphasis is placed on the fact that an important step is the adoption of the National Strategy for Health Care Reform in Ukraine for the period of 2015-2020, which should be based on such principles as: focus on people, results and implementation.

In order to achieve the Sustainable Development Goals of Ukraine that is good health and well-being, the indicators to be achieved by 2030 are identified and their intermediate values are studied. It is concluded that adequate resource provision will contribute to the achievement of the set targets. The economic mechanism of such providing is offered. Development tools are highlighted, in particular they are targeted development programs; targeted taxation; targeted use of the tax; outsourcing; preferential pricing and crediting of development programs and projects; incentives for health workers and hospitals; Medical Insurance; reimbursement; private sector support and the development of public-private partnerships.

The impact of the main components of the economic provision of health care on the life expectancy of Ukrainians has been calculated. Estimated and predicted data suggests that financial resources have the greatest impact on life expectancy. Prospects for achieving sustainable development of the health care sector of Ukraine are identified, namely: building a financial model based on results; development of electronic medicine; implementation of approaches to the widespread use of "smart health". It is important to ensure the development of personalized medicine, as well as investing in disease prevention. Sustainability of health care will largely depend on staffing. The key direction of development is the use of innovative approaches to workforce planning, staff selection, skills development and application of the latest technologies for work. Attention is drawn to the importance of the role of administrative staff, who need to maintain the continuum of talents of their employees.

It is concluded that the combination of sufficient economic support, its fair and effective use, proper management, as well as the development of the Institute of Public Health will contribute to the sustainability of health care in Ukraine.

Keywords: health care, resource provision, development sustainability,

economic mechanism.

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографія:

1. Kinash I.P., Savchuk L.M. Features of use of the newest technologies of management in the sphere of health care of Ukraine. *Information and technologies in the development of socio-economic systems*. Monograph 6. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Technicznej w Katowice, 2016. С. 232-239. (0,46 друк. арк., особисто належить автору 0,3 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: пошук практик, які використовують сучасні інструменти управління.*

Статті у наукових фахових виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, депозитаріїв та пошукових систем

2. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Актуальні проблеми сфери охорони здоров'я України. *Інтелект XXI*. 2015. № 6. С. 46-51. (0,34 друк. арк., особисто належить автору 0,25 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: пошук та аналіз статистичної інформації.*

3. Савчук Л. М. Фінансування сфери охорони здоров'я України. Актуальні проблеми розвитку регіону. 2016. № 12. Т. 1. С. 24-29. – 0,45 друк. арк.

4. Савчук Л. М. Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я України. Актуальні проблеми розвитку регіону. 2017. №13. Т. 2. С. 171. – 0,63 друк. арк.

5. Kinash I.P., Savchuk L.M. Methodological aspects of economic sustainable development of health care. *International journal of resent scientific research*. URL: http://internationalscientificjournalnews.eu/wp-content/uploads/2018/03/ISSUE-1pp.1-19_20183.pdf. (0,81 друк. арк., особисто належить автору 0,5 друк. арк.) *Особистий внесок здобувача: з'ясовано принципи розвитку сфери охорони здоров'я.*

6. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Фактори впливу на розвиток сфери охорони здоров'я України. *Причорноморські економічні студії*. 2018. № 25. С. 43-47. (0,59

друк. арк., особисто належить автору 0,35 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано фактори та досліджено основні тенденції їх прояву.*

7. Савчук Л. М. Поняття і зміст економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Вісник ХНУ. 2018. № 2 (256). С.80-83. – 0,46 друк. арк.

8. Kinash I.P., Savchuk L.M. Comparative analysis of economic provision of health care of foreign countries and Ukraine. Journal of Eastern European and Central Asian Research. Vol.6 No.2 (2019) pp.319-330. (0,97 друк. арк., особисто належить автору 0,50 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: опис моделей економічного забезпечення різних країн світу (Scopus).*

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації

9. Савчук Л. М. Здоров'я людини – основа сталого розвитку держави. Фактори сталого розвитку сучасної держави в умовах інноваційної економіки: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 4-5 грудня 2015р.). У 2-х частинах. Дніпропетровськ: НО “Перспектива”, Ч. 2. 2015. С. 40-41. – 0,12 друк. арк.

10. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Інфраструктурне забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (м. Клайпеда, 29 січня 2016 р.) Литва: вид. Балтія, 2016. С. 83-86. (0,17 друк. арк., особисто належить автору 0,1 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: дослідження динаміки розвитку інфраструктурних об'єктів сфери охорони здоров'я.*

11. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Якість медичних послуг як важливий параметр позиціонування України в світовому глобалізованому просторі. Економіко-культурологічне позиціонування України в світовому глобалізованому просторі: матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції (м. Кошице, 14-15 лютого 2016 р.). Ч. 1. Кошице. 2016. С. 82-85. (0,17 друк. арк., особисто належить автору 0,09 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано актуальність підвищення якості медичних послуг.*

12. Савчук Л. М. Здоров'я населення як детермінанта сталого розвитку держави. *Стратегічно-інноваційний розвиток суб'єктів економічної системи в*

умовах глобалізації: матеріали I Міжнародної наук.-практ. інтернет-конференції, (Кременчук, 16-18 листопада 2016 року). Кременчук: КрНУ. 2016. С. 91-93.– 0,12 друк. арк.

13. Савчук Л. М. Організація системи охорони здоров'я України. *Менеджмент, фінанси та аудит: теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку*: матеріали Всеукраїнської наук.- практи. конференції (м. Одеса, 9-10 червня 2017 р.) У 2-х частинах. Одеса: ЦЕДР. 2017. Ч. 1. С. 52-54. – 0,16 друк. арк.

14. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Екологізація освіти як первинний чинник трансформації суспільства до сталого розвитку. *Теорія і практика стратегічного управління розвитком галузевих і регіональних суспільних систем*: матеріали VI Міжнародної наук.-практ. конференції (м. Яремче 11-13 жовтня 2017 р. ІФНТУНГ). Івано-Франківськ.2017.С. (0,16 друк. арк., особисто належить автору 0,08 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: запропоновано основні напрями екологізації освіти в контексті сталого розвитку держави.*

15. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Практичні аспекти суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я. *Маркетинг і контролінг: сучасні виклики підприємництва* : матеріали міждисциплінарної наук.-практ. конференції. (Київ, Івано-Франківськ 30 листопада 2017 р.). Київ: Юдіна Л. І. 2017. URL: <http://futureslog.com.ua/publish/7/Zbirnyk.pdf#page=73>. – ISBN 978-966-97581-7-0. (0,19 друк. арк., особисто належить автору 0,1 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано доцільність застосування суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ в охороні здоров'я.*

16. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Соціалізація здоров'я населення як інструмент зміцнення людського капіталу. *Україна-2030: Консолідація мислення – консолідація дій*. Київ: видавництво «СПД В.Павленко».2018.160с.С.122-124. (0,15 друк. арк., особисто належить автору 0,07 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано соціалізацію здоров'я як інструмент, що здатен мотивувати людину змінити ставлення до потенціалу свого здоров'я.*

17. Савчук Л. М. Ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я як детермінанта реалізації цілей сталого розвитку суспільства. *Економіко-управлінські аспекти трансформації та інноваційного розвитку галузевих і регіональних суспільних систем в сучасних умовах*: матеріали всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конференції. (м. Івано-Франківськ: 11-12 квітня 2019 р.). С.314-316. – 0,19 друк. арк.

ЗМІСТ

Вступ.....	16
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВИ З ПОЗИЦІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ	25
1.1 Сутність сталого розвитку сфери охорони здоров'я України	25
1.2 Концептуальні основи економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку	36
1.3 Зарубіжний досвід економічного забезпечення сфери охорони здоров'я .	50
Висновки до розділу 1	60
Список використаних джерел до 1 розділу	63
РОЗДІЛ 2 ДІАГНОСТИКА Й ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	70
2.1 Передумови формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави.....	70
2.2. Методика оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України	80
2.3 Аналіз та оцінка стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України	94
Висновок до розділу 2.....	118
Список використаних джерел до розділу 2	121
РОЗДІЛ 3 ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	127
3.1 Стратегічні пріоритети та індикатори досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави.....	127
3.2. Формування та реалізація економічного механізму забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України	136
3.3. Перспективи забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я ..	150
Висновки до розділу 3	164
Список використаних джерел до розділу 3	167
ВИСНОВКИ	172
ДОДАТКИ	175

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку українського суспільства ознаменувався значними суспільними трансформаціями, які задають напрями соціально-економічних перетворень. Провідна роль у цих процесах належить сфері охорони здоров'я, від ефективності функціонування якої залежить здоров'я громадян – найвищої цінності держави. В Україні вже тривалий час викликає тривогу стан здоров'я громадян та негативні демографічні процеси. Вони є складними та значно гіршими, аніж в європейських країнах. Так, у рейтингу глобальної конкурентоспроможності економіки за 2019 рік (щодо стану здоров'я громадян) наша держава посіла аж 114 позицію, а середня тривалість життя українців становить тільки 72 роки, що на 11 років менше, ніж у більшості розвинутих країнах світу. Такий стан зумовлений багатьма чинниками, зокрема й рівнем розвитку сфери охорони здоров'я, який є недостатнім і супроводжується дефіцитом фінансування, нераціональним використанням ресурсів та неефективними механізмами розвитку. Ці проблеми вимагають внесення суттєвих коректив у заданий курс економічних перетворень.

Суттєвою причиною, яка визначає напрям змін, є той факт, що Україна підтримала 17 глобальних цілей сталого розвитку до 2030 року, які проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25 вересня 2015 року. Реалізацію третьої цілі – «забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці» – покладено на сферу охорони здоров'я, яка повинна адаптувати свої результати з урахуванням специфіки розвитку держави.

Серйозним викликом сьогодення є впровадження медичної реформи, успіх якої буде залежати від узгодження потреб сфери охорони здоров'я, попиту на медичні послуги з наявним ресурсним забезпеченням. Таким чином, економічне забезпечення сфери охорони здоров'я держави нині перетворюється на дієвий інструмент покращення стану здоров'я громадян та підвищення їхнього життєвого рівня.

Складність, різноманітність і невичерпність проблем розвитку охорони здоров'я привертає увагу багатьох дослідників. Вагомий внесок у дослідження питань організації, реформування, особливостей функціонування сфери охорони здоров'я України вносять наукові праці В. Базилевича, Н. Гойди, Н. Грицяк, Д. Карамішева, В. Куценко, Т. Носулич, К. Павлюка, Я. Радиша, У. Садової, Г. Слабкого, Н. Солоненко, Г. Трілленберг та ін. Науково-методичні засади розвитку сфери охорони здоров'я стали предметом дослідження Б. Буркинського, А. Бутенка, Ю. Гладкого, М. Дихи, В. Степанова, Д. Стеченка. Напрями і механізми державного регулювання сфери охорони здоров'я держави досліджено в роботах М. Білінської, О. Гуцейлюка, Н. Кризиної, В. Москаленко, З. Надюк, Н. Ярош, М. Шутова та ін. Засади ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я та напрями його вдосконалення вивчали у своїх наукових працях Б. Войцехович, Б. Волос, І. Запущляк, С. Кісь, Я. Остафійчук, Л. Сімків, Н. Фещенко та ін.

Фундаментальні теоретичні та методологічні основи впровадження ідей та принципів сталого розвитку в національному масштабі досліджували вітчизняні науковці, зокрема: В. Волошин, А. Гальчинський, Б. Данилишин, Л. Мельник, Л. Руденко, В. Торкатюк, В. Трегобчук, О. Шубравська та ін. Водночас у перелічених наукових працях не висвітлено належним чином проблеми економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій реалізації цілей сталого розвитку держави.

Отже, важливе значення для теорії і практики має активізація досліджень, спрямованих на обґрунтування теоретичних та науково-методичних засад і розроблення практичних рекомендацій щодо формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку держави. Зазначене зумовило вибір теми дисертаційної роботи, її прикладну цінність, мету, завдання та структуру.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до комплексного плану науково-дослідних робіт Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу у межах

держбюджетної теми «Наукові та прикладні засади управління розвитком галузевих та регіональних суспільних систем» (ДР № РК 0117U003830), де автор вивчив і узагальнив зарубіжний досвід фінансування різних моделей охорони здоров'я. А також згідно з планом наукової тематики кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету у межах комплексних науково-дослідних робіт «Обґрунтування напрямів поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я» (ДР № 0112U001535), де автор систематизував та дослідив динаміку факторів, які чинять вплив на стан здоров'я населення, та «Обґрунтування стратегій і технологій поліпшення стану здоров'я та забезпечення потреб населення у якісній медичній допомозі» (ДР № 0117U001669), у якій автор представив результати прогнозування впливу показників економічного забезпечення на тривалість життя українців.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є удосконалення теоретичних та науково-методичних засад і розроблення практичних рекомендацій щодо формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких завдань:

- удосконалити сутність понять «сталий розвиток сфери охорони здоров'я», «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я» шляхом виявлення їхніх нових ознак;
- сформувані концептуальні основи економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позицій сталого розвитку;
- вивчити зарубіжний досвід економічного забезпечення та можливості його адаптації до українських реалій;
- систематизувати фактори, що чинять вплив на формування економічного забезпечення охорони здоров'я;

- удосконалити методичний підхід до оцінювання стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позиції сталого розвитку, проаналізувати та оцінити сучасні тенденції розвитку;
- сформувані стратегічні пріоритети та індикатори досягнення цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я;
- запропонувати економічний механізм забезпечення реалізації цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я та визначити перспективи його досягнення.

Об'єктом дослідження є трансформаційні процеси та явища, що відбуваються у економічному забезпеченні сфери охорони здоров'я України в умовах досягнення цілей сталого розвитку.

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та прикладні основи економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України на етапі реформування і в контексті досягнення цілей сталого розвитку країни.

Методи дослідження. В дисертаційній роботі для вирішення завдань та досягнення поставленої мети використано такі методи дослідження, зокрема: абстрактно-логічний аналіз – для визначення сутності понять «сталий розвиток сфери охорони здоров'я», «економічне забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я» та обґрунтування концептуальних основ такого забезпечення та стратегічних пріоритетів їх досягнення; наукового спостереження – для збору необхідної інформації про об'єкт дослідження; описовий – для опису доступних для спостереження головних характеристик економічного забезпечення сфери охорони здоров'я; системний підхід – для виявлення взаємозв'язку між економічним забезпеченням сфери охорони здоров'я та сталим розвитком; статистичні методи спостереження, групування – для визначення стану та тенденцій розвитку складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я; порівняльний – у процесі вивчення зарубіжного досвіду економічного забезпечення різних моделей охорони здоров'я; статистики – для оцінювання рівня економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України та її областей; індексний, графічний, таксономічний методи – для наочного відображення

основних параметрів; економіко-математичне моделювання – для розрахунку прогнозних параметрів перспектив розвитку досліджуваної сфери.

Інформаційною базою дисертаційної роботи є законодавчі та нормативно-правові документи органів влади, офіційна статистична інформація Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, інформаційні звіти та доповіді інших міністерств та відомств, праці вітчизняних та зарубіжних учених.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленні теоретичних, науково-методичних положень та розробленні практичних рекомендацій, які в сукупності вирішують важливе наукове завдання – формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України в умовах реалізації цілей сталого розвитку. Наукову новизну дисертаційної роботи визначають такі положення:

вперше:

- запропоновано концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України з позицій досягнення третьої цілі сталого розвитку - міцне здоров'я та благополуччя для всіх, яка передбачає трансформацію сфери охорони здоров'я та зростання ролі інституту громадського здоров'я, спрямована на досягнення триєдиної мети – соціальної, економічної, екологічної та на реалізацію стратегічних завдань, що дає змогу розробити економічний механізм забезпечення їх реалізації, у якому виділено сукупність інструментів, які сприятимуть створенню умов для зміцнення здоров'я населення;

удосконалено:

- методика оцінювання стану та аналізу економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку України, що дає змогу виявити диспропорції в стані фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів та, на відміну від існуючих, дає можливість визначати стійкості тенденції показників розвитку та рівнів динамічного ряду, що має практичне значення для розвитку економічної науки надалі;

- науковий підхід до формування складових економічного механізму досягнення цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, який на противагу існуючим, базується на національній стратегії реформування охорони здоров'я та передбачає перехід до нової моделі, орієнтацію на нові принципи та соціальні цінності, що дає змогу сформувати стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я;

набули подальшого розвитку:

- понятійний апарат теорії сталого розвитку, зокрема поняття «сталий розвиток сфери охорони здоров'я», як керований процес, який за умови синергії факторів збалансованого розвитку підтримує позитивну динаміку в системі та сприяє транзитній детермінації, що забезпечує результат – зміцнення здоров'я населення; «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я» як комплекс складових, який об'єднує фінансові, матеріальні, кадрові ресурси, що створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я громадян з метою досягнення цілей сталого розвитку держави, поява яких пов'язана з еволюцією моделей розвитку економіки й суспільства;

- пропозиції стосовно адаптації зарубіжного досвіду з формування та використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я до вітчизняних умов через його очевидну раціоналізацію, яка передбачає отримання гарантованого пакету медичних послуг на основі: чіткого визначення прав на отримання медичних послуг, державного фінансування, урахування пріоритетності різних видів медичних послуг, що слугуватиме орієнтиром забезпечення сталості охорони здоров'я;

- дослідження ключових факторів, що впливають на формування та раціональне використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави в умовах нинішньої суспільно-економічної реальності, їх тенденції та закономірності, взаємозв'язок, урахування яких сприятиме підвищенню ефективності управління в контексті досягнення цілей сталого розвитку держави;

- перспективи сталого розвитку сфери охорони здоров'я на основі побудови можливих сценаріїв динаміки очікуваної тривалості життя з урахуванням впливу показників економічного забезпечення, які спрямовані на зміцнення здоров'я населення, з огляду на загальнодержавні тенденції та інтереси, а також зважаючи на диверсифікаційний та галузево-функціональний підходи.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні положення і висновки, викладені у дисертації, доведено до рівня методичних розробок і практичних рекомендацій використані в діяльності органів державної та регіональної влади, що здійснюють процес управління сферою охорони здоров'я та в навчальному процесі освітніх установ. Отримані наукові результати використано у практичній діяльності: Національного форуму «Україна-2030: консолідація мислення – консолідація дій», внесено до Зеленої книги політики збалансованого розвитку України (довідка № 204 від 16.08.2018р.); використано департаментом охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА у процесі розроблення проекту Регіональної цільової програми «Репродуктивне здоров'я населення Івано-Франківської області» (довідка 1288/01-22/31 від 03.12.2019), департаментом економічного розвитку, промисловості та інфраструктури Івано-Франківської ОДА під час формування стратегічних пріоритетів сфери охорони здоров'я (довідка № 01.3-04/1337 від 05.12.2019 р.), управлінням охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради у процесі розроблення програми «Здоров'я населення міста Івано-Франківська 2018-2020 роки» (довідка від 05.12. 2019); під час викладання в Івано-Франківському національному технічному університеті нафти і газу та Івано-Франківському національному медичному університеті.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є результатом самостійної наукової роботи, у якій викладено авторський підхід до модернізації економічного забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України. Із наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті ідеї та положення, які є результатом власних досліджень здобувача.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень, викладені у дисертації, апробовані на Міжнародній науково-практичній конференції «Фактори сталого розвитку сучасної держави в умовах інноваційної економіки» (м. Дніпропетровськ, 4-5 грудня 2015 р.); на Міжнародній науково-практичній конференції «Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації» (м. Клайпеда, Литва, 29 січня 2016 р.); на I Міжнародній науково-практичній конференції «Економіко-культурологічне позиціонування України в світовому глобалізованому просторі» (м. Кошице, 14-15 лютого 2016 р.); на I Міжнародній науково-практичній Інтернет-конференції «Стратегічно-інноваційний розвиток суб'єктів економічної системи в умовах глобалізації» (м. Кременчук, 16-18 листопада 2016 р.); на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Менеджмент, фінанси та аудит: теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку» (м. Одеса, 9-10 червня 2017 р.); на VI Міжнародній науково-практичній конференції «Теорія і практика стратегічного управління розвитком галузевих і регіональних суспільних систем» (м. Яремче, 11-13 жовтня 2017 р.); на міждисциплінарній науково-практичній конференції «Маркетинг і контролінг: сучасні виклики підприємництва» (Київ, Івано-Франківськ, 30 листопада 2017 р.); на Національному форумі «Україна-2030: консолідація мислення – консолідація дій» (м. Київ, 14 червня 2018 р.); на Всеукраїнській науково-практичній Інтернет-конференції «Економіко-управлінські аспекти трансформації інноваційного розвитку галузевих і регіональних суспільних систем у сучасних умовах» (м. Івано-Франківськ, 11-12 квітня 2019 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 17 наукових праць загальним обсягом 6,14 друк. арк.(особисто автору належить 4,47 друк. арк.), зокрема: один розділ у колективній монографії; 7 статей у різних виданнях, а саме: 1 – у виданні, цитованому в наукометричній базі Scopus; 2 – у виданнях, унесених до інших міжнародних наукометричних баз даних, 4 - у вітчизняних фахових виданнях; 9 праць апробаційного характеру.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел літератури, додатків.

Загальний обсяг дисертації викладено на 228 сторінках. Список використаних джерел складається зі 173 найменувань на 18 сторінках. Дисертація містить 26 таблиць, з яких 5 займають повну сторінку, 31 рисунок, з яких 11 займають повну сторінку, 52 додатки обсягом 52 сторінки.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВИ З ПОЗИЦІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

1.1 Сутність сталого розвитку сфери охорони здоров'я України

В умовах переходу країни до сталого розвитку важливе значення має здоров'я людини, адже саме в цьому є джерело багатства держави, що і зможе забезпечити перспективи суспільного розвитку. В цих умовах розвитку особливого значення набуває вирішення проблем у сфері охорони здоров'я населення, адже її здатність впливати на здоров'я населення збільшується з кожним роком у декілька разів. Глибокі перетворення, що нині відбуваються в Україні вимагають від вітчизняної економічної науки глибокого теоретичного осмислення нових економічних реалій, що дозволять розкрити сутність сталого розвитку сфери охорони здоров'я.

Згідно досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сфера охорони здоров'я, за умови ефективної роботи, здатна мінімізувати ризики для людини, які пов'язані із смертністю. Так, згідно даних цієї організації, на 32 % можна знизити смертність у жінок та 23 % у чоловіків (за умови, коли їх вік ще не досягнув 75 років) [1]. Саме тому одним із завдань Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» є створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи протягом свого життя [2].

Актуальність теми дослідження визначена необхідністю пошуку і впровадженню нових підходів, що сприяють розкриттю особливостей та вирішенню проблем функціонування та розвитку сфери охорони здоров'я в контексті забезпечення сталого розвитку держави.

Матеріали досліджень вказують на те, що в теоретичному плані сфера охорони здоров'я, поки що, є малодосліджена із сфер економіки. Загальні і специфічні проблеми розвитку сфери охорони здоров'я знаходять відображення у працях вітчизняних науковців, зокрема: Н. Васюк, О. Децик, Д. Дячук, Л. Кольцової, В. Куценко, В. Князевича, Н. Кризіної, Л. Підгорної, Я. Радиша, Т. Носулич, Н. Лехана, Г. Слабкого, М. Шевченка та багато ін. Не зважаючи на

їх наукові доробки, які відображають сучасний стан сфери охорони здоров'я держави та перспектив її розвитку, відсутні концептуальні підходи до сутності забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я в контексті сталого розвитку держави. Немає повної єдності, навіть, у визначенні сутності поняття «сфера охорони здоров'я». З'ясуємо, які категорії становлять понятійний апарат поставленого наукового завдання. Виходячи із сутності такими категоріями є: «здоров'я людини», «громадське здоров'я», «охорона здоров'я», «сфера охорони здоров'я», «розвиток», «сталий розвиток». Розглянемо зміст цих категорій. Нами встановлено, що поняттю «здоров'я» властивий інтегральний характер. Так, статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, який був прийнятий у 1948р. «здоров'я» визначає здоров'я, як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя [1]. Сучасні дослідники до категорії «здоров'я» підходять по різному. Так, А. Вялков, Б. Райзберг визначають здоров'я, як власність людини, яка їм належить і вона ним володіє, користується і розпоряджається на власний розсуд [4, с. 27].

Науковець В. Петленко, аналізуючи категорію «здоров'я» визначає його, як суспільний феномен, суспільне закономірне явище. При цьому він не враховує, що таке явище властиве саме для людини [5, с.25]. О. Міхеєнко вважає здоров'я динамічним станом життєдіяльності людини, який визначається: здатністю організму до самовідновлення, самозбереження та за умови успішної взаємодії всіх клітин, органів і систем фізичного тіла. На його думку, саме гармонія між інформаційними та енергетичними речовинами в організмі людини, гармонія людини з довкіллям, людини в суспільстві дасть поштовх до формування резервно-компенсаторних механізмів і тим самим забезпечить виконання біологічних та соціальних функцій людиною [6, с. 45].

В. Гройсман, Г. Котельникова сутність здоров'я розглядають через його втрату. Вони підкреслюють, що втрачаючи здоров'я людина неминуче буде прагнути його відновити. Це потребуватиме певних витрат. Тому, з економічної точки зору, погане здоров'я людини призведе до шкоди суспільству. Здорова людина є працездатною, що тим самим забезпечує як життєдіяльність окремої

людини, так і країни загалом [7, с. 24]. В. Сидоров виділяє психічне та соціальне здоров'я [8, с.11]. Психічне здоров'я передбачає відчуття душевного спокою та комфорту. Соціальне – характеризується рівнем соціальної активності людей, ставленням до норм та правил у суспільстві.

Дослідивши різні літературні джерела доходимо висновку про те, що здоров'ю людини науковці відводять різні функції. Так, Т. Чубарова, акцентує увагу на функції здоров'я – задоволення. Адже, на його думку, якщо людина здорова, то вона і буде задоволеною. Здоров'я людини є частиною його капіталу, адже дає змогу людині забезпечувати себе усім необхідним, працюючи та створюючи блага. Здорова людина може займатися будь-якою діяльністю. На її думку, індивід успадковує певний запас здоров'я, який з часом змінюється. Важливим є і те, що людина повинна сама брати активну участь у зміцненні свого здоров'я, комбінуючи різні ресурси відповідно до своїх знань та враховуючи розвиток науково-технічного прогресу [9, с. 11]. В. Куценко вважає здоров'я функцією рівня продуктивності праці громадян, що значною мірою впливає на перспективи соціально-економічного розвитку суспільства [10]. О. Гуцалюк О. Сторожук Я. Жовнірчик О. Заярнюк, Д. Карцихін акцентують увагу на на тому, що здоров'я є основою формування людського капіталу і є новим фактором економічного зростання [11]. Наукові підходи до поняття «здоров'я» узагальнено на рис. 1.1.

На початку XIX–XX ст. набуло розвитку уявлення про громадське здоров'я, яке розглядають як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. Саме громадське здоров'я нині стає об'єктом соціальної політики держав [15, с. 11]. Під громадським здоров'ям Всесвітня організація охорони здоров'я розуміє систему забезпечення профілактики захворювань, яка направлена на збільшення тривалості життя населення, зміцнення психічного й фізичного здоров'я, яке забезпечується сукупністю дій як самого населення, так і громадських організацій, а також за рахунок профілактичних заходів, які проводять медичні установи [16].

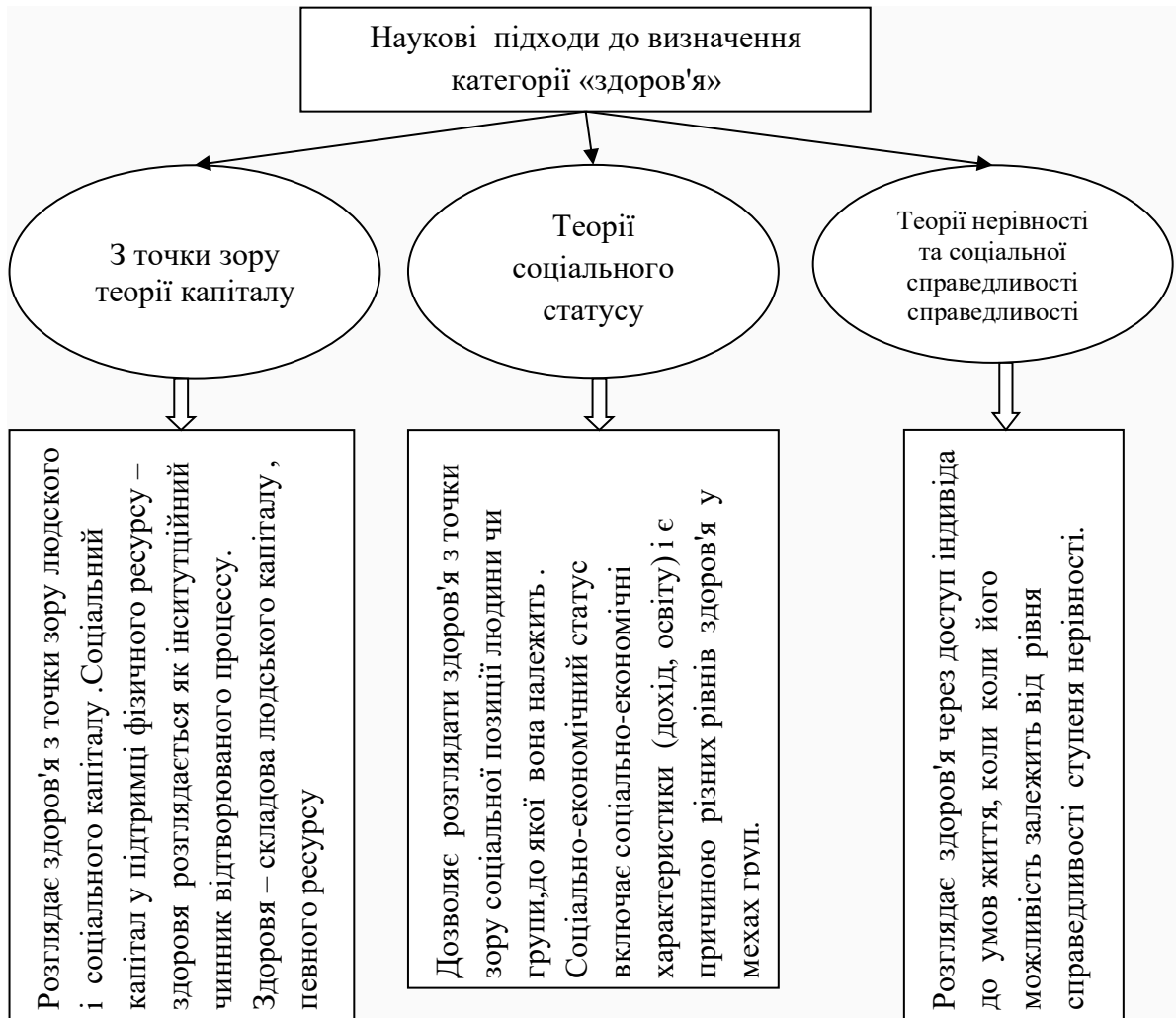


Рисунок 1.1 - Наукові підходи до визначення категорії «здоров'я»

Джерело: складено на основі [11,12,13,14].

В Україні до закладів громадського здоров'я входять: лабораторний центр (обласний, міський, на водному, залізничному, повітряному транспорті) Міністерства охорони здоров'я України; Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; Центр громадського здоров'я (обласний та м. Києва) [17].

Нині набуло особливої актуальності питання охорони здоров'я. Науковці не прийшли до спільної думки як щодо поняття «здоров'я», так і до поняття «охорона здоров'я». Зазначимо, що переклад з англійської мови словосполучення «health services» трактується як «служба здоров'я». Переклад з французької та іспанської мов буде означати «суспільне здоров'я». Зустрічаються і в публікаціях такі доповнення як: «комунальна», «базова», «первинна» тощо.

Американський учений Вінслоу К.-І. вважає, що охорона здоров'я є основним фактором суспільного розвитку. На його думку, немає жодного виду діяльності, які б не позначалися б на здоров'ї громадян [18, с. 250]. Охороняти здоров'я - це означає попереджати виникнення хвороб чи інвалідності, поліпшувати фізичне та психічне здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства.

В Україні, згідно чинного Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я - система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [15].

Н. Кольцова та О. Децик таке поняття розглядають як систему заходів, які здійснюють різні організації та самі громадяни, які спрямовані на збереження та розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини [19, с. 97]. З. Гладун пропонує: охорону здоров'я розглядати як комплекс політичних, організаційних економічних та медичних заходів; систему охорони здоров'я, як мережу об'єктів охорони здоров'я різного спрямування [20, с. 10]. Автори колективної монографії «Державна політика у сфері охорони здоров'я» стверджують, що сфера охорони здоров'я – сукупність різних інститутів і ресурсів, які використовуються та призначені в інтересах здоров'я [21, с.160]. Науковець А. Ярменчук вважає, що охорона здоров'я це певна система, яка охоплює соціальну складову та державну, причому, державній він надає переваги, адже вважає, що держава фінансує цей процес та управляє ним [22, с. 150].

Згідно класифікатора видів економічної діяльності (КВЕД), який був чинний у 2005 році сфера охорони здоров'я та надання соціальної допомоги утворювали окрему секцію видів економічної діяльності. Ця секція охоплювала три розділи, а саме: діяльність в сфері охорони здоров'я людини; ветеринарна діяльність та надання соціальної допомоги [23]. Згідно КВЕДу 2017 року сфера охорони здоров'я та надання соціальної допомоги залишилась секцією видів економічної діяльності, проте охоплює: діяльність лікарняних закладів; медичну та стоматологічну практику; іншу діяльність у сфері охорони здоров'я [24]. Талліннською хартією (затверджена у 2008 р.) система охорони здоров'я розглядається як сукупність державних і приватних організацій, установ, які призначені покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. В даній системі є можливим надання як індивідуальних, так і громадських послуг [25]. Таким чином, узагальнюючи сучасні наукові джерела присвячені дослідженню питань організації охорони здоров'я часто застосовують такі категорії як «сфера» і «система» охорони здоров'я. Автор прийшов до висновку, що це тотожні поняття. Оскільки у нашому дослідженні ми будемо розглядати сферу охорони здоров'я з позицій сталого розвитку, з'ясуємо і такі категорії як «розвиток» та «сталий розвиток». Згрупуємо найбільш вживані підходи до поняття «розвиток» (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Підходи науковців до поняття «розвиток»

Автор, джерело	Сутність
Іванчук К. [26]	процес тривалих, накопичувальних, необоротних, поступальних змін складних систем впродовж великих інтервалів часу
Дунда С. [27]	розуміється процес, де відбувається перехід від одного певного якісного стану до іншого-вищого
Константинов Ф. [28]	розуміє як рух, перехід з одного якісного стану в інший, від старого до нового.
Гапоненко О. Панкрухін А. [29]	рух уперед, формування нових рис, нових структурних характеристик об'єкта, його еволюція, поліпшення, удосконалення, прогрес, ріст і розширення
Путятин Ю. Пушкар А. Тридед А. [30]	різні етапи за якістю, процеси поступального росту із збереженням внутрішньої цілісності розвитку
Фролова І. [31]	закономірна зміна, спрямована на якісні зміни об'єктів

Згрупуємо найбільш вживані трактування поняття «сталий розвиток» (табл. 1.2)

Таблиця 1.2 – Наукові підходи до визначення поняття «сталий розвиток»

Автор, джерело	Сутність
Мельник Л.[32]	здатність утримувати рівновагу (не подати, не руйнувати)
Данилишин Б. Шостак Л. [33]	це такі відносини, завдяки яким досягаються якісний стан середовища, економічне зростання та задоволення духовних і матеріальних потреб громадян
Котикова О.[34]	це збалансована динамічна рівновага між складовими екосистеми впродовж певного часу
Копцюг В.[35]	стабілізація біогеохімічних циклів і скорочення диспаратів на всіх рівнях, від глобального до місцевого, на основі нової моделі розвитку, що балансує економічні, соціальні і екологічні критерії
Кретинін В. [36].	це процеси (соціально-економічні, політичні чи інші), що взаємопов'язані, за допомогою яких можна збільшувати потенціал для задоволення зростаючих потреб громадян, які проживають на певній території
Хлобистов Є. [37]	орієнтир, який узгоджується з національною траєкторією розвитку та враховує її особливості економічного зростання
Шевченко І., Литвинський К [38]	керований процес розвитку природи та суспільства, спрямований на забезпечення здорового, продуктивного життя в гармонії з природою сучасним поколінням, не ставлячи під загрозу задоволення потреб майбутніми поколіннями

Вважаємо доречним у нашому дослідженні критерієм розвитку сфери охорони здоров'я розглядати її результат - стан здоров'я населення. Адже розвиток даної сфери характеризується певними властивостями: незворотністю, іманентністю, закономірністю, спрямованістю, безперервністю, постійністю та ін.

Як відомо, термін «сталий розвиток» було запропоновано Комісією ООН з розвитку і довкілля. Відповідно до її трактування, сталий розвиток (sustainable development) – це розвиток, який забезпечує потреби нинішніх поколінь, одночасно не позбавляючи можливостей прийдешнім поколінням забезпечувати власні життєво необхідні потреби. Основний акцент тут зроблено на збереженні можливостей забезпечувати потреби людей, що накладає певні обмеження у економічній діяльності з метою раціоналізувати використання доступних сьогодні ресурсів. По відношенню до об'єкта нашого дослідження ця вимога знаходить своє відображення у розумінні нами поняття «сталий розвиток сфери охорони здоров'я». Зазначимо, що в результаті досліджень ми не знайшли

жодної публікації, яка присвячена розгляду даної сфери з позицій концепції сталого розвитку. Проте, є думка експертів, які вважають, що суспільство зацікавлене в тому, щоб кожна галузь, організація була орієнтована на сталий розвиток [39]. Ми поділяємо цю думку, і вважаємо, що сталий розвиток сфери охорони здоров'я слід розглядати як похідну концепцію із загальноприйнятої концепції сталого розвитку.

Окрім того, акцентуємо увагу на тому, що сфера охорони здоров'я має певну особливість, яка проявляється у її дуальній природі. Суть такої природи зводиться до того, що дана сфера розглядається як об'єкт сталого розвитку, так і засіб досягнення. Оскільки сталий розвиток України залежить від усіх секторів життєдіяльності суспільства де задіяна людина, яка створює блага, і тим самим вирішує суспільні проблеми, то саме стан її здоров'я, працездатність залежать, і в тому числі, від ефективності роботи сфери охорони здоров'я, що тим самим забезпечить поступ держави до сталого розвитку.

Наважимося дати власне трактування поняття «сталий розвиток сфери охорони здоров'я». *Сталий розвиток сфери охорони здоров'я - це такий керований процес, який за умови синергії факторів збалансованого розвитку підтримує позитивну динаміку в системі та сприяє транзитній детермінації, що забезпечує результат – зміцнення здоров'я населення [40].*

Сучасна сфера охорони здоров'я здійснює ряд важливих функцій, а саме: забезпечує оптимальний рівень здоров'я населення, його активне довголіття та високу працездатність, створює умови і можливості для кожного громадянина піклуватися за станом свого здоров'я, а також формує параметри здоров'я майбутнього покоління.

Згідно ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» сфера охорони здоров'я здійснює такі види медичної допомоги: екстрену; первинну; вторинну (спеціалізовану); третинну (високоспеціалізовану); паліативну допомогу [15].

Так, первинна медична допомога передбачає консультацію лікаря, діагностику і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь,

профілактичні заходи. Вторинна медична допомога надається лікарями відповідної спеціалізації і передбачає більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування.

Третинна медична допомога передбачає лікування складних захворювань, які потребують спеціальних методів діагностики та лікування.

Сфера охорони здоров'я охоплює велику кількість організацій, різних за функціями та масштабами. Сюди входять: лікувально-профілактичні заклади, соціально-профілактичні заклади, фармацевтичні та інші заклади (рис. 1.2).

Сферу охорони здоров'я повністю контролює держава. До органів управління входять: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, місцеві державні адміністрації, які у своєму підпорядкуванні мають управління охорони здоров'я в обласних центрах, відділи охорони здоров'я в районних державних адміністраціях [41].

Зазначимо, що органи місцевого самоврядування здійснюють керівництво діяльністю комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я. Окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані галузевим міністерствам (Міністерству оборони України, Міністерству внутрішніх справ України, Міністерству транспорту та зв'язку України, Службі безпеки України тощо). Вони надають медичну допомогу громадянам, які мають відношення до вказаних міністерств. Так, у системі Міністерства оборони України функціонують військові шпиталі, медичні служби військових частин. Керівництво всіма структурними підрозділами медичної служби здійснюють відповідні управлінські структури вказаного міністерства.



Рисунок 1.2 – Сфера охорони здоров'я України
 Джерело: сформовано на основі [15].

Реалізація управлінського процесу в сфері охорони здоров'я демонструє рис.1.3.



Рисунок 1.3 – Основні форми реалізації управлінського процесу в сфері охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що наявний понятійно-термінологічний апарат сучасної економічної науки про сферу охорони здоров'я є дуже різноманітним і перебуває в постійному розвитку. Найпоширенішим є концептуальний підхід, який зводиться до соціально-філософського і загальнотеоретичного осмислення проблем охорони здоров'я населення, що визначається багатьма причинами та обставинами.

Оскільки здоров'я людини, його поліпшення, доступність медичної допомоги в необхідних її обсягах і якості вимагає ресурсних можливостей, то актуалізується дослідження економічного забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави.

1.2 Концептуальні основи економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку

Багатоаспектність понятійно-термінологічного апарату сучасної економічної науки про сферу охорони здоров'я та її розвиток зумовлює актуальність розробки концептуальних положень економічного забезпечення з позицій її сталого розвитку. Зазначимо, що тривалий час існувала думка про те, що збереження здоров'я населення, чи проблеми, які пов'язані із здоров'ям є об'єктом дослідження медичних чи біологічних наук. Це призвело до того, що економічні аспекти охорони здоров'я не досліджувались. Виділення економічних засад сфери охорони здоров'я відбулося лише в другій половині ХХ століття. Цьому слугували ряд причин, а саме:

- в кінці ХХ століття сфера охорони здоров'я стрімко розвивається, зростає її значення. Це призвело до того, що в цьому періоді вона створює потужну галузь суспільного виробництва, до якої зростає й науковий інтерес;
- виявилось, що сфера охорони здоров'я є ресурсоемною, адже для успішного функціонування їй слід використовувати різні ресурси, зокрема: матеріальні, фінансові, трудові тощо;
- це був період, коли сфера охорони здоров'я стала розглядатися як економічно вигідна галузь, куди можна було вкладати інвестиції;
- з'явилося розуміння того, що доцільно вивчати закономірності формування і використання усіх можливих ресурсів, адже їх врахування дасть змогу підвищити ефективність самої сфери охорони здоров'я, що в свою чергу покращить здоров'я громадян;
- необхідність здійснення аналізу форми прояву економічних законів в сфері охорони здоров'я.

В сучасних умовах сфера охорони здоров'я, як і національна економіка, розвивається під впливом певних законів ринку, що обумовлює розгляд економічних чинників впливу на її функціонування. Саме економічні відносини

мають комплексну дію і визначають структуру надання послуг, особливості господарського забезпечення, важелі регулювання та міжгалузеві відносини. Зазначимо, що економічні відносини у досліджуваній сфері виникають на різних рівнях, а саме:

– макроекономічному, в межах національної економіки загалом, і в галузях, які є дотичними до охорони здоров'я, зокрема: фармацевтична, харчова промисловості, будівництво, приладобудування, транспортне машинобудування, торгівля тощо;

– мезоекономічному, в межах регіональних систем, зокрема в органах місцевого самоврядування - це є відділи охорони здоров'я, в певній місцевості - це є заклади охорони здоров'я тощо;

– мікроекономічному, який охоплює діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур надання медичної допомоги.

Дія ринку на зміну економічних відносин, які формуються у сфері охорони здоров'я виражається у наступному [42]:

1. Ринок комерціалізує сферу охорони здоров'я загалом, а також змінює ставлення громадянина до свого здоров'я. Це приводить до зміни парадигми охорони здоров'я, сприяє появі інших типів економічного мислення, стилів поведінки суб'єктів даної сфери.

2. Спостерігається швидке зростання обсягів медичних послуг, що надаються населенню на комерційній основі.

3. Змінюється економічний статус медичних закладів. Лікувально-профілактичні заклади набувають рис підприємництва, які здатні надавати медичні послуги.

4. Зміни у статусі медичних закладів призводять до видозмін характеру економічних зв'язків, які налагоджується в процесі їх діяльності.

5. В наслідок розвитку ринку створюються та успішно розпочинають роботу медичні заклади різних форм власності, у яких громадяни можуть одержати різноманітні види медичної допомоги.

6. Під впливом ринку видозмінюється рівень доходів медичних працівників.

Перейдемо до розгляду наукових підходів до сутності поняття «економічне забезпечення». Вивчення наукових джерел [47-49], що відносяться до обраної теми дослідження, дозволяє дійти висновку, що єдиного підходу до сутності поняття «економічне забезпечення» як такого, та поняття «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я» немає. Відсутнє, навіть, концептуальне бачення економічного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я. Слід зазначити, що категорію «забезпечення» науковці у своїх працях розглядають як сукупність організаційних, економічних, наукових, технологічних, правових чи інших важелів спрямованих на розвиток підприємства, галузі тощо. А категорію «економічне забезпечення» науковці, в більшій мірі, використовують у поєднанні з методичним, організаційним, фінансовим, правовим забезпеченням тої чи іншої діяльності. Пропонуються різноманітні трактування даної категорії з різним змістовним навантаженням, що обумовлюється специфікою застосування даної категорії. Розуміння вищезазначеного поняття наведено Шкарлетом С., який трактує економічне забезпечення як успішне поєднання методів і засобів, за допомогою яких створюються оптимальні умов ефективної діяльності людини в певній системі [43].

Путенцейло П. економічне забезпечення розглядає як виробничо-економічну діяльність, яка не залежить від її виду та характеризується універсальною ознакою та властивістю. Науковець вважає, що економічне забезпечення перетворює економічні ресурси у певний економічний продукт [44]. Основний зміст економічного забезпечення випливає з позиції результату виникнення економічних відносин, які формують попит та пропозицію. На його думку, економічне забезпечення досягається за рахунок: виникнення та розвитку економічних зв'язків; різновидів форм організації праці; урізноманітнення методів управління та інструментів розвитку.

Львовчкін С. трактує економічне забезпечення як певну систему економічних відносин, що створюється у процесі виробництва товарів, робіт, послуг та реалізації їх благ [45].

Найчастіше економічне забезпечення поєднують з організаційним забезпеченням. Так, науковець Грицишин В. вважає, що організаційно-економічне забезпечення спрямоване на розвиток підприємства, при чому наголошує на важливій властивості такого забезпечення це – взаємозв'язки, а також відзначає системність цього процесу [46].

Кучер С. апелює до поняття «організаційно-економічне забезпечення». Він вважає, що це сукупність заходів і засобів, які створюють умови, де відбуваються різні економічні процеси, реалізуються плани, програми, проекти тощо. Він також наголошує на взаємозв'язку, і вважає, що досягнути поставлену мету підприємство може за рахунок організаційно-економічного забезпечення [47].

Науковець Лебедик Т. у своїх дослідженнях організаційно-економічне забезпечення розглядає через три підсистеми: державне регулювання; на мікрорівні - самостійне регулювання в залежності від зовнішніх і внутрішніх впливів; громадське регулювання, що передбачає поєднання ринкового регулювання з елементами демократичного державного регулювання [48].

Через відсутність уніфікованого поняття «економічне забезпечення», нами запропоновано в сфері охорони здоров'я його розглядати як *комплекс складових, який об'єднує фінансові, матеріальні, кадрові ресурси, що створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я громадян з метою досягнення сталого розвитку держави* [49]. На рис. 1.4 наведено авторське бачення комплексу економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави.

Поділяємо думку Путенцейло П., яка полягає в тому, що управління економічним забезпеченням на макрорівні є складною задачею. Воно дає можливість координувати діяльність в галузевій, міжгалузевій і мікрорівневій площинах розвитку [44, с. 6]. Вважаємо, що форми економічного забезпечення повинні сприяти розвитку сфери охорони здоров'я, що особливо актуально в ході сучасного реформування галузі.

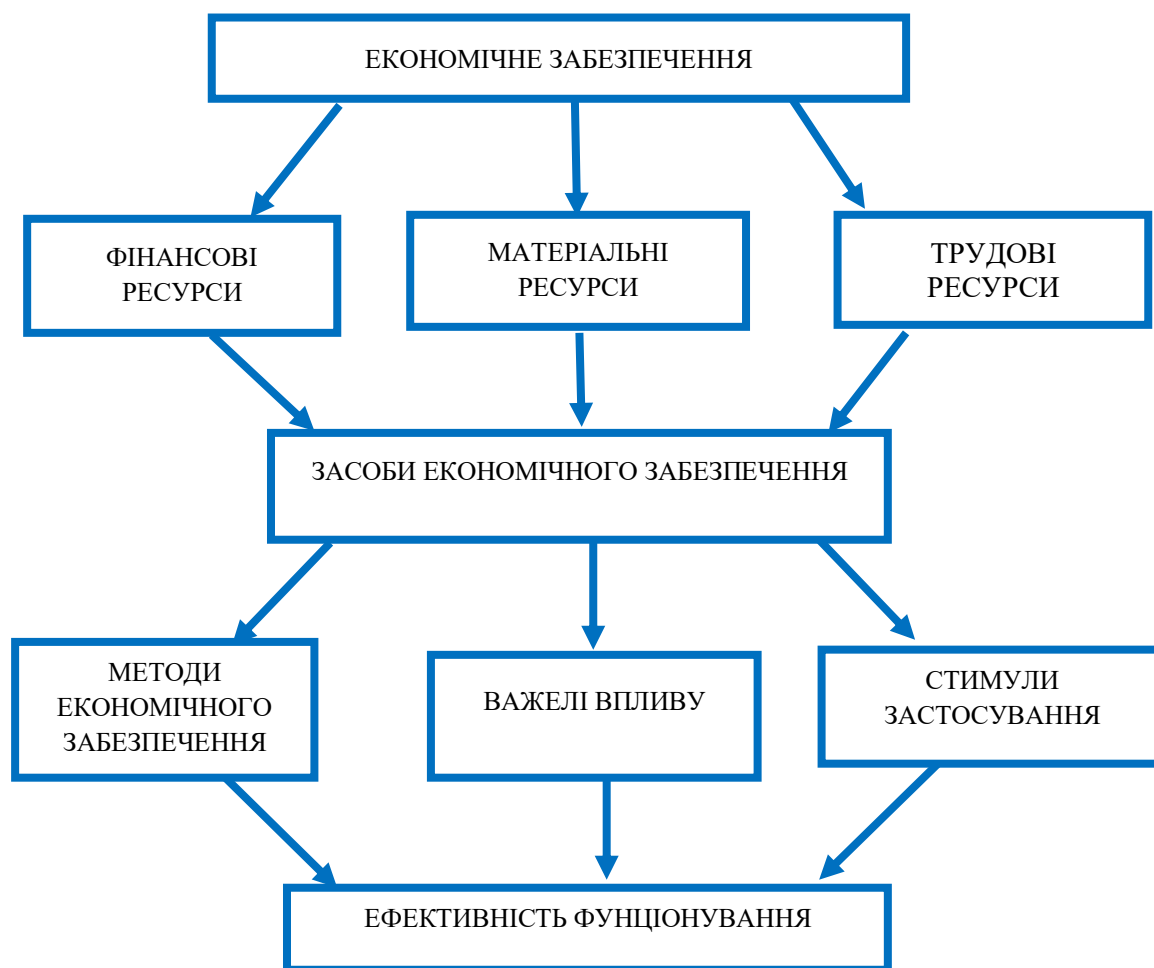


Рисунок 1.4 – Складові економічного забезпечення сфери охорони здоров'я

Джерело: розробка автора [49].

Економічне забезпечення сфери охорони здоров'я ми будемо розглядати через призму економічних відносин, що об'єктивно складаються і розвиваються між суб'єктами і об'єктами ринку у процесі надання медичних послуг. За своєю суттю економічні відносини є сукупністю різних елементів ринкової економіки. У сфері охорони здоров'я економічні взаємовідносини можуть виникати між пацієнтом, лікарем, медичним закладом і стороною, яка його фінансує [50; 51]. Суб'єктами економічного забезпечення є різні медичні заклади, які створюються підприємствами та організаціями з різними формами власності, а саме: лікарні, діагностичні центри, поліклініки, реабілітаційні центри, станції невідкладної

допомоги тощо. А об'єктами, відповідно, – особливі умови, у наслідок трансформації яких формується правила, норми, важелі та інструменти розвитку.

Сучасна економіка охорони здоров'я розглядає медичні заклади як: окремого суб'єкта, що має права і обов'язки, а також як самостійного учасника ринкових відносин, що має певну специфіку. Основне завдання закладів сфери охорони здоров'я - підвищити рівень здоров'я громадянина, суспільства, домогтися високої якості медичної допомоги.

Економічне забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я полягає у визначенні доцільності його здійснення. Найважливішим напрямом у цьому відношенні є визначення ефективності сфери охорони здоров'я. Визначаються три типи ефективності: соціальна, медична і економічна (рис 1.5).

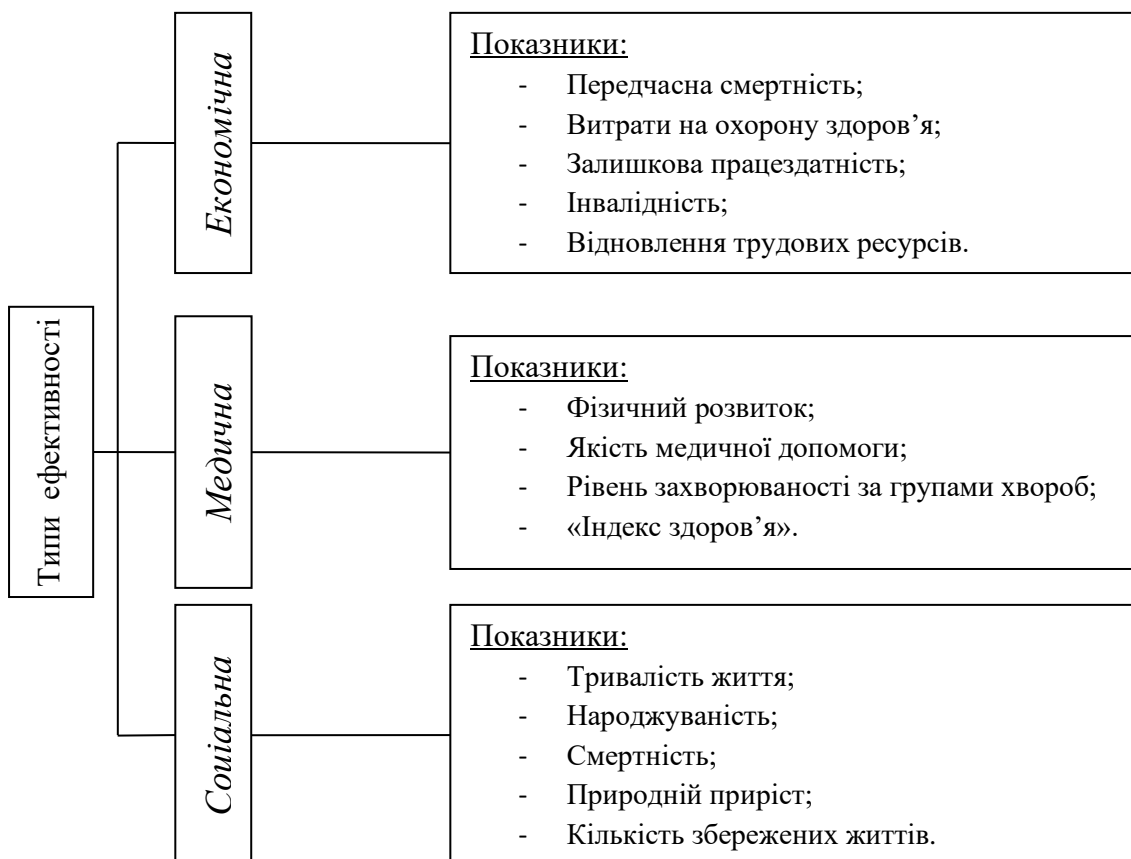


Рисунок 1.5 – Типи ефективності сфери охорони здоров'я та показники, що її визначають

Джерело: складено автором на основі [52].

Критеріями ефективності системи охорони здоров'я мають бути: вплив на кінцеві результати, а саме – здоров'я населення; соціальна справедливість, тобто

забезпечення кожного пацієнта кваліфікованою медичною допомогою; задоволення населення якісною медичною допомогою. Вважаємо, що доцільність запропонованого економічного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я буде проявлятися у соціальному типі ефективності, що полягатиме в зростанні ролі сфери охорони здоров'я, яка своєю діяльністю сприяє підвищенню рівня здоров'я громадян. Його бажаним результатом буде: зниження негативних показників здоров'я населення (захворюваності, інвалідності, смертності); підвищення позитивних (фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя тощо). Адже успішна держава лише тоді, коли здорова нація, коли є здоровий кадровий потенціал, який буде вирішувати усі нагальні проблеми країни.

Головною стратегічною метою реформування України є вихід на траєкторію сталого розвитку, що потребує трансформації соціально-економічних відносин у всіх сферах суспільного виробництва. Досягнення цієї мети ставить ключовим завданням вдосконалення управління соціальною сферою, зокрема її складовою – сферою охорони здоров'я [53]. Зазначимо, що в результаті реалізації Стратегії сталого розвитку України економічні відносини будуть змінюватись. Тому визначення ефективних економічних інструментів сприятиме досягненню поставлених цілей і, тим самим, забезпечуватиме сталий розвиток держави. І тут видається доречним розгляд концептуальних засад економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позицій сталого розвитку. Перш, ніж визначитися із бажаними змінами у сфері охорони здоров'я доцільно окреслити основні принципи, які закладемо в основу запропонованої концепції. «Сформульовані принципи безумовно зв'язують наукові знання із реальною дійсністю, є тим зв'язуючим містком між теорією і практикою, оскільки розкриття їх змісту створює теоретичну «платформу» для розробки та побудови різноманітних моделей функціонування як соціальних, так і економічних та екологічних підсистем, формує науково-методичне та організаційно-практичне підґрунтя для планування і прогнозування розвитку

цих підсистем, є методологічною основою формування стратегії сталого їх розвитку» [54, с.29].

Основними принципами функціонування сфери охорони здоров'я в Україні є [15]:

-визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

-дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

-гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

-рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

-відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

-орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;

-попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

-багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

-децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Зупинимося на побудові концептуальної моделі економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. За основу взято пріоритети, які сформовані на всесвітній Зустрічі на вищому рівні

«Планета Земля» (інтереси особистості, право людини на здорове та плідне життя [55], а також діючі програмні документи у сфері охорони здоров'я світу. Матеріали досліджень свідчать про те, що впродовж 1992–2017 рр. цікавість до сфери охорони здоров'я була значною, що стало наслідком прийняття низки документів, зокрема:

- Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Концепція про права людини та біомедицину [56]; (Рада Європи 1997 р., Верховна Рада України 1998 р., 2002, 2005 р.);

- Протокол про воду та здоров'я до Конвенції про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер [57] (1992 р.) ООН;

- Паризька хартія боротьби з раком [58] (ВООЗ, 2000 р.);

- Протокол про внесення доповнення до Угоди про співробітництво в галузі охорони здоров'я населення [59] (СНД, 2005 р.);

- Модельний закон щодо природних лікувальних ресурсів, лікувально-оздоровчих місцевостей та курортів [60] (СНД, 2008 р.)

- Талліннська хартія «Система охорони здоров'я для здоров'я та добробуту [25] (країни Європи, 2008 р.).

Основні цілі, завдання охорони здоров'я в контексті сталого розвитку було закладено у стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх», яка була розроблена у 1998 р. [61]. З тих пір вона періодично оновлюється. Стратегічним документом, який визначає сучасну загальноєвропейську політику в охороні здоров'я є програма «Здоров'я для всіх у 21 столітті». Основна її мета полягає в забезпеченні справедливості в галузі охорони здоров'я та високої якості життя. Вона ставить такі цілі [62]:

- посилення справедливості щодо здоров'я;
- поліпшення можливостей для виживання і підвищення якості життя;
- зниження тенденцій щодо поширення інфекційних та неінфекційних захворювань, травматизму та насильства, алкоголізму та наркоманії, тютюнопаління;

- повна або часткова ліквідація певних хвороб (поліомієліт тощо);
- сприяння здоровому і протидія нездоровому способу життя;
- поліпшення доступу до водопостачання, санітарії, харчових продуктів і житла;
- поліпшення доступу до комплексної, якісної медико-санітарної допомоги;
- підтримка наукових досліджень в галузі охорони здоров'я;
- впровадження глобальних і національних систем інформації та епідеміологічного нагляду;
- здійснення моніторингу за політикою держав, які прагнуть забезпечити здоров'я для всіх.

Нова Європейська стратегія «Здоров'я-21» окреслює дії держав, спрямовані на досягнення повної реалізації всіма людьми свого «потенціалу здоров'я». Основні завдання, що ставить Європейська стратегія «Здоров'я-21» демонструє рис.1.6.

Орієнтиром досягнення таких цілей є усунення відмінностей у стані здоров'я людей, які зумовлені соціально-економічними чинниками. Слід зазначити, що за показником рівня здоров'я населення міжнародні експерти Організації Об'єднаних Націй, ВООЗ проводять порівняльний аналіз ступеня сталого розвитку країни.

На нашу думку, економічне забезпечення сфери охорони здоров'я стає можливим за рахунок створення умов забезпечення сталого розвитку держави. Ми акцентуємо увагу на таких основних умовах розвитку як: стратегічне планування; державна політика у сфері охорони здоров'я; охорона навколишнього середовища;



Рисунок 1.6 – Основні завдання, що ставить Європейська стратегія «Здоров'я 21»

Джерело: сформовано на основі [62].

підтримка необхідного для здоров'я життєвого рівня громадян; санітарно-епідеміологічне благополуччя територій; збереження генофонду нації; підвищення рівня поінформованості громадян про сучасні медичні технології, способи збереження здоров'я та активного відпочинку. Визначальною умовою розвитку охорони здоров'я з позицій сталого розвитку є формування та реалізація державної політики у цій сфері. Для успішної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я необхідно:

- лібералізація попиту на медичні послуги;
- зміна пропозицій медичної допомоги шляхом створення сприятливого середовища для розвитку приватної форми власності в сфері охорони здоров'я;
- урізноманітнення стимулів (наприклад, за раціональне використання ресурсів, за підвищення якості медичних послуг тощо) як для медичних закладів, так і для медичних працівників.

Як відомо, Україна підписала угоду про асоціацію з Європейським Союзом, і тим самим, зобов'язалась співпрацювати в сфері охорони здоров'я, що є передумовою забезпечення сталого розвитку країни. З цією метою використано підхід - охорона здоров'я у всіх політиках держави. Це сприяло реформуванню сфери громадського здоров'я.

В Україні 30 листопада 2016 року схвалено «Концепцію розвитку системи громадського здоров'я» [63] та «Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я». Схвалення таких документів має важливе значення і потребує реалізації.

Оновлена національна сфера охорони здоров'я повинна функціонувати на основі таких принципів як: державний гарантований пакет медичних послуг, який буде доступний кожному громадянину; дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; взаємоповага між пацієнтами та медичними працівниками; ефективне та стійке використання ресурсів сфери охорони здоров'я; підзвітність громадам та пацієнтам; налагодження співпраці

між різними секторами економіки та громадянським суспільством в інтересах усіх членів суспільства.

На основі вищезазначеного, пропонуємо наступну концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку (рис. 1.7). У запропонованій моделі акцентуємо увагу на досягненні Цілі 3 Сталого розвитку - міцне здоров'я та благополуччя.

Сприятимуть досягненню, на нашу думку, успішні трансформації у сфері охорони здоров'я та зростаюча роль інституту громадського здоров'я. Метою запропонованої концептуальної моделі є:

- соціальна – полягає у поліпшенні якості здоров'я та доступності медичної допомоги;

- економічна – полягає у підвищенні ефективності використання ресурсного потенціалу;

- екологічна - у зниженні передчасної смертності шляхом екологічного захисту.

Стратегічними завданнями нами визначено:

- залучення всього суспільства до нових форм стратегічного управління в зацікавленні збереження стратегічного керівництва в інтересах здоров'я. У сучасних умовах охорона здоров'я стає турботою не лише державних органів влади, але й співробітників медичних закладів, користувачів медичних послуг, постачальників ліків, навчальних закладів, професійних та громадських організацій, закладів громадського харчування тощо.

- скорочення нерівностей стосовно здоров'я. Розглядається нами через доступність медичної допомоги, яка є важливим показником задоволеності населення сферою охорони здоров'я. Скорочення нерівностей стосовно здоров'я можна досягнути: превентивною медичною допомогою (імунізація чи догляд за хворими); якісною первинною медичною допомогою, яка дає можливість зменшити загальні витрати на охорону здоров'я; медичною допомогою хворим з хронічними захворюваннями (гіпертонія, діабет); доступом до високоякісних медичних послуг.

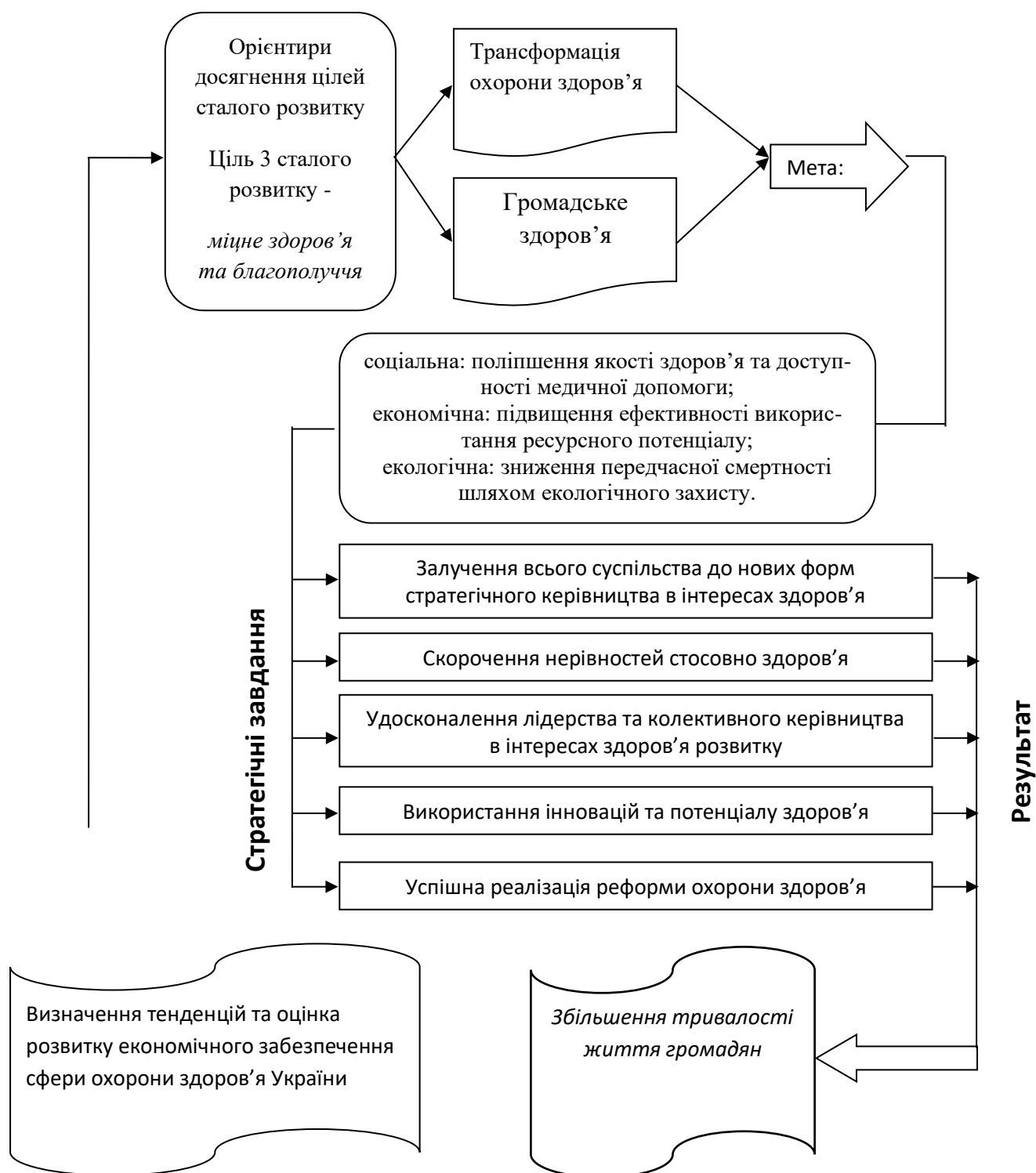


Рисунок 1.7 – Концептуальна модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку

Джерело: запропоновано автором

- удосконалення лідерства та колективного управління в зацікавленні збереження здоров'я. Колективне лідерство здатне об'єднати зусилля багатьох партнерів, мобілізувати політичну й соціальну підтримку до розвитку здоров'я, а також ефективно протистояти групам, чия діяльність завдає шкоди громадському здоров'ю.

- використання інновацій та потенціалу здоров'я. Передбачає використання інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування. Важливим є налагодження тісного зв'язку науки з надавачами медичних послуг.

- успішна реалізація реформи охорони здоров'я.

Успішна реалізація цих завдань сприятиме збільшенню тривалості життя громадян.

Таким чином, основні положення запропонованої концептуальної моделі економічного забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я закладають практичні основи для побудови економічного механізму її розвитку, який в подальшому буде спрямований на гармонізацію інтересів всіх його суб'єктів з урахуванням уникнення чи врахування майбутніх виникаючих загроз. І тут видається доречним вивчити та узагальнити зарубіжний досвід з формування та використання економічного забезпечення світових моделей охорони здоров'я.

1.3 Зарубіжний досвід економічного забезпечення сфери охорони здоров'я

Накопичений досвід різних держав світу широко використовується багатьма країнами і вказує на те, що саме від уміння раціонально використовувати ресурси залежатиме ефективність самої сфери охорони здоров'я. Згідно рейтингу агентства «Bloomberg» у 2016 р. найефективніша система охорони здоров'я в Сінгапурі, Іспанії, Південній Кореї, Японії, Італії, Ізраїлі, Чілі, Австралії [64].

При виборі ресурсного забезпечення охорона здоров'я розвинутих країн опирається на цілі сформульовані ВООЗ, зокрема [65]: фінансовий захист (направлений на те, щоб люди не ставали бідними в результаті користування послугами охорони здоров'я); принцип соціальної справедливості (потребує від забезпеченіших людей більше платити за медичне обслуговування); рівність доступу до медичного обслуговування (базується на потребі, а не на здатності платити); підвищення прозорості і підзвітності системи охорони здоров'я (боротьба з корупцією, контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я і оцінка якості їх діяльності); нагорода за високу якість медичної допомоги і розробка стимулів рентабельної організації медичного обслуговування; підтримка управлінської ефективності. Україна теж пропагує ці цілі, проте досягати їх планує поступово у ході реалізації реформи.

Вивчення, узагальнення зарубіжного досвіду щодо організації та використання економічного забезпечення охорони здоров'я стали предметом досліджень багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців, серед них: Дорошенко О.Шевченко [66], Л. Карамзіна [67], І.Шейман, В. Шевский [68], Ю. Петрашик [69], М. Jaworzyńska [70], R. Kulesher, E. Forrestal [71], В. Lyszczarz [72] та багато ін.

Економічне забезпечення сфери охорони здоров'я є специфічним у різних державах світу і лежить у площині економічних відносин, що об'єктивно складаються і розвиваються між суб'єктами і об'єктами ринку у процесі надання медичних послуг. Основними ознаками виступають: відношення власності; способи фінансування (отримання ресурсів); механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг) [73]. Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити такі економічні моделі охорони здоров'я: Беверіджа, Бісмарка, приватна, Семашка.

Модель Беверіджа (поєднує в собі заходи держави, які забезпечують гарантований мінімальний рівень соціального захисту, і переваги соціального страхування). Характерною ознакою моделі є можливість застосування

різноманітних підходів до фінансування системи охорони здоров'я, проте визначальну роль відіграє державний бюджет. Усі громадяни охоплюються страхуванням, яке забезпечує хворим лікування на безоплатній основі (уніфікований обсяг медичної допомоги). Страхові фонди у рамках такої моделі охорони здоров'я є нецільовими. Надавачі медичних послуг конкурують за одержання бюджетних коштів. Відповідальність за справедливий розподіл бюджету між надавачами медичних послуг несуть переважно регіональні органи охорони здоров'я. Ринок медичних послуг жорстко регулюється щодо ціни та якості. Це призводить до того, що приватний сектор є незначним. *Модель Беверіджа* є характерною для охорони здоров'я Скандинавських країн, Ірландії, Великої Британії, країн Південної Європи, південно-східної Європи, Канади, Нової Зеландії.

Модель Бісмарка (соціально-орієнтована система охорони здоров'я). Характерною ознакою моделі є багатоканальна система фінансування. Вона включає: цільові внески роботодавців і працівників; бюджетні субсидії із загальних або цільових надходжень. Розмір внесків визначається можливостями їх сплати населенням, а доступ до послуг — виходячи з потреб у них. *Модель Бісмарка* діє у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, Канаді, Японії, Ізраїлі, державах східної Європи, які нещодавно увійшли до країн ЄС, Румунії, Болгарії та у Росії.

Приватна модель системи охорони здоров'я (платна медицина, що надає послуги на ринкових засадах з використанням приватного медичного страхування). Характерною ознакою моделі є конкуренція між приватними страховими компаніями. Перевагою цієї моделі є незалежність страхових фондів. Управління останніми відбувається через державні чи приватні страхові компанії, діяльність яких строго регламентована. Тобто здійснення медичного страхування є функцією самоврядних незалежних організацій, які мають свій власний бюджет, автономне управління та юридичний статус, що забезпечує їм незалежність від уряду та державного бюджету. *Приватна модель* є властивою для США, Швейцарії, Філіппін, Південної Кореї та Австралії.

Модель Семашка, згідно якої фінансування охорони здоров'я здійснювалося виключно з державного бюджету, контролювалося державою через систему централізованого планування та характеризувалося відсутністю приватного сектору. Модель Семашка діяла у країнах Центральної та Східної Європи, зокрема і у нашій державі. Зазначимо, що нині системи охорони здоров'я більшості цих країн перебувають на різних реформуючих етапах, суть яких зводиться до переходу в систему соціального страхування чи до комбінованої системи.

Розглянемо особливості економічного забезпечення моделей охорони здоров'я різних держав. Найперше, зупинимось на специфіці використання фінансових ресурсів. Рівень фінансування у систему охорони здоров'я у країнах, яким властива *модель Беверіджа* за досліджуваній період коливається від 7,1 до 10,5 % ВВП (табл. 1.3). Слід зазначити, що в Португалії ці витрати є незмінними і складають 9,1 %. Більшість із держав збільшують витрати на охорону здоров'я. Так, впродовж десятиліття Норвегія збільшила витрати на 2,1 %, Великобританія на 2,3 % від ВВП. Незначні відхилення в сторону зменшення спостерігаємо у Ісландії, Ірландія, Греції. Порівнюючи показник витрат на охорону здоров'я на душу населення, то слід зазначити, що тільки Греція зменшила витрати. Їх величина у 2018 році склала 2239 дол. США, у той же час коли у 2007 р.- 2653 дол. США.

Рівень фінансування у країнах, яким властива *модель Бісмарка* коливається від 5,4 до 11,2 % ВВП. Лідируючі позиції тут займає Німеччина та Франція. Так, витрат від ВВП у 2018 р. склали 11,2 %. Щодо витрат на душу населення, то тут лідируючу позицію займає Німеччина - 5986 дол. США. Матеріали досліджень свідчать про те, що німецька система характеризується наявністю декількох медичних фондів державного страхування, а також присутністю державних і приватних надавачів медичних послуг, децентралізацією охорони здоров'я. За видатками на охорону здоров'я у країнах, яким властива приватна модель лідирує США - 10586 дол. на одну людину (2018р.), або 16,9 % ВВП.

Таблиця 1.3 – Витрати на охорону здоров'я

Країни	% від ВВП,		Відхилення +, -	на душу населення, дол.США		2018 до 2007, %
	2007	2018		2007	2018	
Модель Бісмарка						
Німеччина	10,0	11,2	+1,2	3695	5986	162
Японія	7,9	10,9	+3,0	2724	4766	175
Чеська Республіка	6,0	7,5	+1,5	1571	3058	195
Люксембург	6,2	5,4	-0,8	5512	5070	92
Нідерланди	9,2	9,9	+0,7	4015	5288	132
Словакія	7,2	6,7	-0,5	1521	2290	151
Франція	10,0	11,2	+1,2	3412	4931	145
Бельгія	9,0	10,4	+1,4	3299	4944	150
Естонія	5,0	6,4	+1,4	1104	2231	202
Австрія	9,5	10,3	+0,8	3710	5395	145
Словенія	7,5	7,9	+0,4	2068	2859	138
Канада	9,3	10,7	+1,4	3668	4974	136
Польща	5,9	6,3	+0,4	986	2056	209
Угорщина	7,3	6,6	-0,7	1374	2047	149
Ізраїль	6,9	7,5	+0,6	1901	2780	146
Латвія	5,8	5,9	+0,1	1045	1749	167
Модель Беверіджа						
Норвегія	8,1	10,2	+2,1	4497	6187	138
Данія	9,3	10,5	+1,2	3632	5299	146
Ісландія	8,7	8,3	-0,4	3552	4349	122
Великобританія	7,5	9,8	+2,3	2633	4070	155
Італія	8,2	8,8	+0,6	2774	3428	124
Фінляндія	7,8	9,1	+1,3	2950	4228	143
Іспанія	7,8	8,9	+1,1	2554	3223	126
Ірландія	7,8	7,1	-0,7	3647	4916	135
Португалія	9,1	9,1	0	2330	2861	123
Греція	9,1	7,8	-1,3	2653	2238	84
Приватна модель						
США	14,9	16,9	+2,0	7162	10586	148
Швейцарія	9,6	12,3	+2,7	4766	7317	154

Джерело: складено на основі [74].

В країні функціонує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, де медичну допомогу за кошти особистого струхування здоров'я або за особисті кошти самого хворого. Державні та муніципальні медичні заклади надають медичну допомогу незахищеним громадянам. Витрати на охорону здоров'я за типом фінансування представлено в табл. 1.4.

Таблиця 1.4 – Витрати на охорону здоров'я за типом фінансування, 2017р., %.

Країни	Державні програми	Обов'язкове медичне страхування	Особисті витрати пацієнтів	Добровільне медичне страхування	Інші
Модель Бісмарка					
Німеччина	14,2	63,4	14,1	1,4	6,9
Японія	9,0	75,0	13,0	2,0	1,0
Чеська Республіка	12,0	70,0	15,0	0	3,0
Люксембург	37,3	47,6	10,8	3,0	1,3
Нідерланди	9,0	71,0	12,0	6,0	1,0
Словачія	4,0	75,0	18,0	0	2,0
Франція	4,0	75,0	7,0	14,0	1,0
Бельгія	38,1	39,2	17,6	5,1	0
Естонія	13,2	61,5	25,0	0,3	0
Австрія	31,0	45,0	18,0	5,0	2,0
Словенія	5,7	66,1	14,0	5,7	8,5
Канада	71,5	1,4	17,1	10,0	0
Польща	11,4	57,6	24,9	5,7	0,4
Угорщина	49,9	18,8	29,2	2,0	0,1
Ізраїль	39,1	24,5	23,4	11,2	1,8
Латвія	57,2	0	42,1	0,6	0,1
Модель Беверіджа					
Норвегія	85,5	0	14,5	0	0
Данія	84,0	0	13,8	2,2	0
Ісландія	81,8	0	18,2	0	0
Велика Британія	79,4	0	17,5	3,1	0
Італія	75,0	0	23,0	2,0	1,0
Фінляндія	73,9	2,8	23,0	0,3	0
Іспанія	67,3	3,3	24,0	5,4	0
Ірландія	70,0	0	15,0	12,0	3,0
Португалія	65,0	1,0	28,0	5,0	1,0
Швеція	83,7	0	15,7	0,6	0
Приватна модель					
США	39,9	34,4	11	2,2	12,5
Швейцарія	29,2	33,1	29,9	6,5	1,3
Австралія	67,0	0	20,0	10,0	4,0

Джерело : складено на основі [74].

В країнах, яким властива модель Беверіджа спостерігаємо, що більшість громадян цих держав отримують медичну допомогу за рахунок державних програм. Так, у 2017 р. їх частка коливалася у межах від 65 % у Португалії до 85,5% у Норвегії. Для більшості країн, яким властива модель Бісмарка

характерною ознакою є обов'язкове соціальне (медичне) страхування громадян (практикується детальний перелік видів послуг, що компенсуються). Так, у 2015 р. у Німеччині їх частка склала 63,4%, Франції, Словачії 75%, Люксембурзі 47,6%, Словенії 66,1%, Естонії 61,5%, Польщі 57,6%. Проте, у Латвії не запроваджено обов'язкове медичним страхуванням, а у Канаді його частка у 2017 р. склала тільки 1,4%. У той же час, у цих державах громадяни мають змогу отримати медичну допомогу за рахунок державних програм. Тільки у 2017 р. у Канаді такі витрати склали 71,5 %, а у Латвії 57,2 %. Значний обсяг медичної допомоги у країнах, де прийнята приватна модель надають на платній основі. Тільки у 2017 р. у Швейцарії приватні кошти становили 69,5 % усіх витрат на охорону здоров'я, з них 26,5 % витрати добровільного медичного страхування, 29,9% з кишені пацієнтів, 1,3 – інші, що є найвищим показником серед досліджуваних країн. Більшість громадян (88%) мають медичну страховку.

Розглянемо матеріальні ресурси, які забезпечують функціонування різних моделей охорони здоров'я (табл. 1.5). Для цього дослідимо такі показники як: кількість лікарень на 1млн. нас., лікарняні ліжка на 1 тис. нас., наявність медичного обладнання.

У державах, яким властива модель Бісмарка, кількість лікарень на 1 млн. жителів коливається від 9,56 в Ізраїлі, до 66,39 в Японії У той же час як у Бельгії, Словенії, Угорщині даний показник в межах 14-17. Матеріали досліджень свідчать про те , що така держава як Нідерланди, впродовж досліджуваного періоду суттєво збільшила кількість лікарень. Так, якщо у 2007 р. кількість лікарень на 1млн. нас. склала 11,6, то вже у 2017 р. – 31,81. У той час як у Естонії спостерігаємо зворотну тенденцію. Якщо у 2007 р. кількість лікарень на 1млн. нас. склала 41,02, то вже у 2017 р. - 22,77. Серед країн, де має місце модель Беверіджа, найбільше лікарень зосереджено у Фінляндії (44,84), найменше в Іспанії-16,44.

Досліджуючи динаміку кількості лікарняних ліжок на 1 тис. нас., зазначимо, що серед країн, де характерною є модель Бісмарка теж переважає Японія. Даний показник тут коливається у межах 13. В інших державах, зокрема

у Чеській Республіці, Люксембурзі, Франції, Бельгії, Польщі, Угорщині, Латвії він удвічі менший. Зазначимо, що найменшим він є в Ізраїлі -3,35. Для держав, яким властива модель Беверіджа, показник кількості лікарняних ліжок на 1 тис. нас. коливається у межах 3,34-6,73. Практично всі держави, які обрано для дослідження, роблять спроби скоротити кількість лікарняних ліжок (окрім Польщі).

Таблиця 1.5 – Матеріальні ресурси моделей охорони здоров'я

Країни	Кількість лікарень на 1млн. нас.			Лікарняні ліжка на 1 тис. нас.		
	2007	2017	Відхилення, +, -	2007	2017	Відхилення, +, -
Модель Бісмарка						
Німеччина	40,43	37,31	-3,2	8,24	8,0	-0,24
Японія	69,22	66,39	-2,83	13,87	13,17	-0,70
Чеська Республіка	24,76	24,35	-0,41	7,33	6,66	-0,67
Люксембург	27,08	16,77	-10,31	7,83	5,69	-2,14
Нідерланди	11,6	31,81	+20,21	4,74	...	...
Словакія	27,72	24,08	-3,64	6,78	5,75	-1,03
Франція	45,45	45,55	+0,1	7,06	5,98	-1,08
Бельгія	19,76	15,8	-3,96	6,63	5,66	-0,97
Естонія	41,02	22,77	-18,25	5,48	4,76	-0,72
Австрія	32,55	30,8	-1,75	7,75	7,37	-0,38
Словенія	14,37	14,03	-0,34	4,66	4,51	-0,15
Канада	22,2	20,06	-2,14	2,96	2,58	-0,38
Польща	24,03	27,86	+3,83	6,42	6,63	+0,21
Угорщина	18,06	16,86	-1,2	7,19	6,99	-0,20
Ізраїль	11,84	9,76	-2,08	3,35	3,03	-0,32
Латвія	42,72	32,44	-10,28	7,83	5,89	-1,94
Модель Беверіджа						
Норвегія	...	...	...	4,86	3,76	-1,10
Данія	...	...	...	3,69	2,60	-1,09
Ісландія	67,4	17,89	-49,51	4,12	3,11	-1,01
Велика Британія	29,11	29,29	+0,18	3,39	2,61	-0,78
Італія	21,75	17,56	-4,19	3,91	3,2	-0,71
Фінляндія	61,45	44,84	-16,61	6,73	3,97	-2,76
Іспанія	16,89	16,44	-0,45	3,34	2,98	-0,36
Ірландія	40,01	17,89	-22,12	5,1	3,01	-2,09
Португалія	21,44	21,84	+0,4	3,56	3,4	-0,16
Греція	28,85	25,76	-3,09	4,88	4,21	-0,67
Приватна модель						
США	18,95	17,11	-1,84	3,14	2,83*	-0,31
Швейцарія	42,51	33,8	-8,71	5,36	4,58	-0,78

...-дані відсутні

Джерело: складено на основі [74].

Щодо форми власності, то тут спостерігаємо різні тенденції. Так, у Канаді практично усі лікарні є державними. Їх частка у 2017 р. склала 99 %. Лєвова частка державних лікарень є і у Литві 92,6 %, Словенії 89,7 %, Латвії 68,7 %. У той же час як у Люксембурзі 50 %, Нідерландах 32,1 %, Німеччині 31,5 % це приватні клініки. Більшість лікарень в США є приватними. Їх частка у 2017 р. склала 74,7%. Зокрема -53,1 % це приватні некомерційні та 21,6% - інші приватні. Важливим показником, що характеризує матеріальні ресурси охорони здоров'я є наявність медичного обладнання та устаткування. Матеріали досліджень вказують на те, що за показником наявності сканерів компютерної томографії на 1 млн нас. найкраще забезпечена охорона здоров'я США (41), Латвія (37), Швейцарія (36), Німеччина (35), Австрія (29).

Розглянемо кадрові ресурси, які забезпечують функціонування різних моделей охорони здоров'я (табл. 1.6). Для країн, яким властива модель Бісмарка кількість лікарів на 1 тис.нас. коливається від 2,38 у Польщі до 5,18 в Австрії. У всіх державах за досліджуваний період спостерігаємо тенденцію до збільшення даного показника, окрім Ізраїлю. Найсуттєвішим він є у Люксембурзі. Для країн, яким властива модель Беверіджа кількість лікарів на 1 тис.нас. коливається від 3,7 в Ісландії до 4,7 у Норвегії. Щодо кількості медсестер на 1 тис. населення, то їх кількість у країнах, яким властива модель Бісмарка коливається від 4,57 у Латвії до 12,93 у Німеччині. У таких державах як Ізраїль, Естонія, Австрії даний показник має тенденцію до зменшення. Щодо країн з моделлю Беверіджа, то даний показник є найбільшим у Норвегії 17,67. Найменшим у Греції - 3,21.

Встановлено, що медичні послуги у країнах Прибалтики надають лікарі жінки за статтю. Так, в Естонії їх частка складає 73,1%, Латвії 74,4%, Литві 73%. Досліджуючи середньомісячну заробітну плану медичного персоналу, зазначимо, що у 2017 р. найвищою вона була у Люксембурзі і склала 29778 дол. США. Високою вона є в Ісландії та Великій Британії, відповідно 11748,7 та 7349,7 дол. США. За показником співвідношення медсестер до лікарів у 2015 р. лідирують такі держави як Ісландія (5,4), Данія та Фінляндія (4,6), Швейцарія (4,3). Найменшим цей показник є у Норвегії (1,2), Італії (1,4) та Австрії (1,6).

Таблиця 1.6 – Кадрові ресурси світових моделей охорони здоров'я

Країни	Кількість лікарів на 1 тис. нас.			Кількість медсестер на 1 тис. нас.			Співвідношення медсестер до лікарів, 2017 р.
	2007	2017	Відхилення +,-	2007	2017	Відхилення, +,-	
Модель Бісмарка							
Німеччина	3,49	4,25	+0,76	11,5	12,93	+1,43	3,0
Чеська Республіка	3,57	..	...	8,03	8,06	+0,03	...
Люксембург	2,68	2,98	+0,3	11,5	11,72	-0,19	3,9
Нідерланди	...	3,58	...	8,3	10,88	+2,58	3,0
Литва	3,88	4,56	+0,8	7,37	7,71	+0,34	1,7
Бельгія	2,91	3,08	+0,17	9,24	10,83	+1,59	3,2
Естонія	3,26	3,47	+0,21	6,4	6,19	-0,21	1,8
Австрія	4,54	5,18	+1,64	7,38	6,85	-0,53	1,1
Словенія	2,39	3,1	+0,71	7,72	9,92	+2,2	3,2
Канада	...	2,65	...	9,04	9,96	+0,92	3,8
Польща	2,19	2,38	+0,19	5,18	5,1	+0,08	2,1
Угорщина	2,8	3,32	+0,52	5,95	6,51	+0,56	2,0
Ізраїль	3,28	3,14	-0,14	5,11	5,08	-0,03	1,6
Латвія	3,14	3,21	+0,07	5,53	4,57	-0,96	1,4
Модель Беверіджа							
Норвегія	3,9	4,66	+0,76	11,5	17,67	+3,73	3,8
Данія	3,4	3,66	+0,26	11,5	16,7	+2,41	4,6
Ісландія	3,61	3,07	-0,54	14,0	14,5	+0,5	4,7
Велика Британія	2,47	4,3	+0,83	9,58	7,83	-1,75	1,8
Італія	...	3,99	...	...	5,8	...	1,5
Фінляндія	2,69	3,21	+0,52	13,4	14,66	+1,26	4,6
Іспанія	3,56	3,88	+0,32	4,6	5,74	+1,14	1,5
Греція	...	...	...	3,23	3,21	-0,02	...
Приватна модель							
США	2,43	2,81	+0,38	...	...	...	...
Швейцарія	...	4,2	...	14,71	17,23	+2,52	4,1

...-дані відсутні

Джерело: складено на основі [74].

Проведені дослідження свідчать про те, що кожна держава виходячи з історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку сформувала свою власну модель охорони здоров'я, яка передбачає її певне економічне забезпечення. Значна кількість країн шукають шляхи забезпечення базових мінімальних медичних послуг і умов їх надання, однакових для всіх громадян. Вибір моделі охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням кожної

держави, котра змушена будувати свою систему економічних відносин [75]. Накопичений десятиліттями світовий досвід економічного забезпечення охорони здоров'я свідчить про високу ефективність різних систем охорони здоров'я. В сучасних умовах розвитку України, де розпочато реформування галузі, важливим є вдале використання кращих зарубіжних напрацювань. На нашу думку, більш прийнятною для нашої держави є модель Беверіджа, яку слід адаптувати під час формування та використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Це дасть можливість активізувати різні джерела фінансування охорони здоров'я. Адже за нашими дослідженнями, розміри бюджетного фінансування не відповідають ресурсним потребам досліджуваної сфери. Ідеальною для України є модель – бюджетно-страхова медицина. Саме на основі модернізації фінансового забезпечення можна перейти на диференційовану багаторівневу систему медичної допомоги, що сприятиме оптимальнішому використанню наявних кадрових та матеріальних ресурсів, водночас забезпечуючи доступність та якість медичної допомоги, підвищення соціальної і економічної ефективності сфери охорони здоров'я на місцевому, регіональному та державному рівнях [76].

Висновки до розділу 1

На основі дослідження теоретичних засад сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, концептуальних основ її економічного забезпечення та узагальнення зарубіжного досвіду такого забезпечення зроблено такі висновки.

1. В умовах переходу країни до сталого розвитку важливе значення має здоров'я людини, адже саме в цьому є джерело багатства держави, що і зможе забезпечити перспективи суспільного поступу. У цих умовах особливого значення набуває вирішення проблем у сфері охорони здоров'я, адже її здатність впливати на здоров'я населення збільшується з кожним роком.

2. Здійснено теоретичне узагальнення сутності сталого розвитку сфери охорони здоров'я. Визначено, що в теоретичному плані ця сфера є мало дослідженою. Уточнено значення таких категорій як: «здоров'я», «громадське

здоров'я», «охорона здоров'я», «сфера охорони здоров'я», «розвиток», «сталий розвиток». Дослідивши різні літературні джерела, дійшли висновку, що поняттю «здоров'я» властивий інтегральний характер. Вважаємо доречним у нашому дослідженні критерієм розвитку сфери охорони здоров'я розглядати її результат – стан здоров'я населення.

3. Встановлено, що на рубежі XIX-XX ст. відбулися зміни уявлень про здоров'я. Запропоновано власні визначення, а саме: поняття «сталий розвиток сфери охорони здоров'я», під яким розуміємо керований процес, що за умови синергії факторів збалансованого розвитку, безперервній взаємодії елементів сприяє позитивній динаміці в системі та її транзитній детермінації, яка забезпечує результат – зміцнення здоров'я населення; поняття «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я», як комплекс складових, який об'єднує фінансові, матеріальні, кадрові ресурси, що створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я громадян з метою досягнення сталого розвитку держави.

4. З'ясовано, що сфера охорони здоров'я охоплює велику кількість закладів, різних за функціями та масштабами, а саме: лікувально-профілактичні, медико-соціального захисту, соціально-профілактичні фармацевтичні та установи системи соціального захисту. У них можна одержати екстрену, первинну, вторинну, третинну, паліативну медичну допомогу. Сферу охорони здоров'я повністю контролює держава. До органів управління входять: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, місцеві управління охорони здоров'я, департаменти охорони здоров'я в обласних державних адміністраціях. Узагальнено форми реалізації управлінського процесу в досліджуваній сфері, якими є: адміністративна, економічна, оперативна. Зроблено висновок про те, що у нашому дослідженні слід акцентувати увагу на економічній формі управлінського процесу, яку варто реалізовувати, використовуючи економічне забезпечення сфери охорони здоров'я.

5. Запропоновано концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позицій сталого розвитку, яка передбачає

соціально-філософське і загальнотеоретичне осмислення проблем охорони здоров'я населення. Модель спрямована на досягнення третьої цілі сталого розвитку – міцне здоров'я та благополуччя громадян. Акцентовано увагу на успішній трансформації сфери охорони здоров'я та щораз більшій ролі інституту громадського здоров'я. Ці перетворення спрямовані на досягнення триєдиної мети, а саме: соціальної, яка полягає в поліпшенні якості здоров'я та доступності медичної допомоги; економічної – у підвищенні ефективності використання ресурсного потенціалу; екологічної – у зниженні передчасної смертності шляхом екологічного захисту. Сформовано стратегічні завдання, реалізація яких сприятиме збільшенню тривалості життя громадян.

6. Узагальнено міжнародний досвід економічного забезпечення систем охорони здоров'я різних держав та можливості його впровадження в Україні. Проведені дослідження свідчать про те, що кожна держава, виходячи з історичних, політичних, соціальних та економічних умов розвитку сформувала свою власну модель охорони здоров'я, яка потребує певного економічного забезпечення. Зроблено висновок, що в сучасному суспільстві сформовано такі моделі економічного забезпечення сфери охорони здоров'я: страхова, бюджетна і приватна. Спільною ознакою для них є використання багатоджерельного механізму фінансових ресурсів. Вибір моделі охорони здоров'я є стратегічно важливим завданням кожної держави. Більш прийнятною для України є модель Беверіджа, яку варто адаптувати під час формування та використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я.

Результати досліджень, представлені у даному розділі, опубліковані у працях автора [40, 41, 49, 53, 75, 76] переліку використаних джерел.

Список використаних джерел до 1 розділу

1. Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Женева, 1988. С. 5.
2. Про стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 р. №5/2015.
3. Лехан В.М., Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Новости медицины и фармации*. 2010. №4(309), №5(311).
4. Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения. Москва: «ГЕОТАР-МЕД», 2002. 328 с.
5. Петленко В. П. Основные методологические проблемы теории медицины. Ленинград. 1982. С. 25.
6. Міхеєнко О. І. Конкретизація сутності поняття «здоров'я» як методологічне підґрунтя практики оздоровлення організму людини. *Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2013. № 2. С. 42-46
7. Гройсман В. А., Котельников Г. П., Хуторской М. А. Стратегия воспроизводства здоровья на базе устойчивого развития медицинской организации. Москва: «Медицина». 2005. 244 с.
8. Сидоров В. М. Здоров'я: від поняття категорії до практики. Київ: Знання. 1991. 32 с. С. 11.
9. Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения теоретические аспекты (научный доклад). Москва: Институт экономики РАН, 2008. 69 с.
10. Куценко В., Богуш Л. Потенціал охорони здоров'я. *Економіка України*. 1999. № 3. С. 61-69.
11. Hutsaliuk O., Storozhuk O., Zhovnirchuk Ya., Zaiarniuk O., Kartsyhin D. Public administration and legal regulation effectiveness in the field of health care in the context of sustainable development. *Revista Genero & Direito*. 2020. Vol. 9. Iss. 2. P. 599–613.
12. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. Москва: Изд-во Макс Пресс. 2007. 306 с.

13. Becker G. Human Capital: a Theoretical and Empirical Analysis. 3ed. NBER. University of Chicago Press. 1964. 412 p.
14. Радаев В. В. Понятие капитала, формы капитала и их конвертация. *Экономическая социология*. 2002. Т. 3. № 4. С. 20-32.
15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закони України від 19.11.1992р.(нова редакція від 01.01.2019, підстава - 2427-VIII) № № 2801-XII, Відомості Верховної Ради України 2019. ст.19.
16. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. 1998.
17. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я (у новій редакції від 05.07.2019р. підстава-z0585-19) *Офіційний вісник України*. 2002. № 46. Ст. 131.
18. Winslow, Charles-Edward Amory (1920). The Untilled Field of Public Health. *Modern Medicine* 2. с. 183–191
19. Кольцова Н. І., Децик О.З. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: підручник. 2-ге вид., перероб. і доповн. Івано-Франківськ, 2000. 304 с.
20. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига. 1999. С. 9-25
21. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396.
22. Ярменчук А. Д. Менеджеру здравоохранення. Теория искусства управления: в 2 ч. Ч. 2. Частные проблемы. Київ. 1991. 300 с.
23. Класифікація видів економічної діяльності. Київ: Держкомстандарт України. 2005. 200 с. с.164-167.
24. Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики. Національний класифікатор України. Класифікація видів економічної діяльності ДК 009: 2010. Наказ №457 від 11.10.2010р. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/FIN61334>. (дата звернення 06.12.2017р.)

25. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения. Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.
26. Іванчук К. О. Теоретичні підходи до визначення сутності категорії «розвиток підприємства». Стратегія і механізми регулювання промислового розвитку. 2012. С. 231-239.
27. Дунда С. П. Теоретичні підходи до визначення поняття «розвиток підприємства». *Проблеми підвищення ефективності інфраструктури*. 2011. №32. С.35-39.
28. Константинов Ф.В. Философская энциклопедия. Т.4. Москва: Советская энциклопедия. 1967. 592 с.
29. Гапоненко А.Л. Панкрухин А.П. Стратегическое управление. Москва: "ОМЕГА-Л". 2006. 464 с.
30. Путятин Ю. А., Пушкарь А. И., Тридед А. Н. Финансовые механизмы стратегического управления развитием предприятия. Харків: Основа. 1999. 488 с.
31. Философский словарь /Под ред. И. Т. Фролова. 6-е изд., перераб. и доп. Москва: Политиздат.1991. 560 с.
32. Основи стійкого розвитку. Практикум /За заг.ред.д.е.н. проф. Л.Г. Мельника. Суми: Університетська книга. 2005. 352с.
33. Данилишин Б.М., Шостак Б. Устойчивое развитие в системе природно-ресурсных ограничениях. Київ: СОПС України НАНУ. 1999.367 с.
34. Котикова О.І. Зміст поняття сталого розвитку. *Науковий вісник Волинського державного університету ім. Лесі Українки*. 2007. № 12. С.173.
35. Копцюг В.А. Избранные труды. Том 4. Информатика. Экономика. Устойчивое развитие. Наука. 2006. 504 с.
36. Кретинин В. На пути к устойчивому развитию хозяйственной системы региона. *Проблемы теории и практики управления*. 2005.№ 4. С.65-69

37. Хлобистов Є. В. Екологічна безпека трансформаційної економіки. РВПС України НАН України. Київ: Агенство «Чорнобиль інтерінформ». 2004. 336с.
38. Шевченко И.В., Литвинский К.О. Устойчивое развитие: мировой опыт и проблемы России. *Региональная экономика: теория и практика*. 2007. № 13(52). С. 3-10.
39. Колот А. М. Сучасна філософія корпоративної соціальної відповідальності: еволюція поглядів. *Україна: аспекти праці*. 2013. № 8. С. 3–17.
40. Савчук Л. М. Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми розвитку регіону*. 2017. №13. Т. 2. С. 171.
41. Савчук Л. М. Організація системи охорони здоров'я України. Менеджмент, фінанси та аудит: теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку: матеріали Всеукраїнської наук.- практ. конференції (м. Одеса, 9-10 червня 2017 р.) У 2-х частинах. Одеса: ЦЕДР. 2017. Ч. 1. С. 52-54.
42. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
43. Шкарлет С. М. Економічне управління інноваційною підприємницькою діяльністю в області створення програмного забезпечення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.06.02 «Підприємництво, менеджмент та маркетинг». Київ., 2000. 22 с.
44. Путенцейло П. Організаційно-економічне забезпечення ефективного розвитку тваринництва в умовах кризи. *Економічний дискурс*. Вип. 2. 2016. С.37-46.
45. Львовчкін С.В. Фінансовий механізм макроекономічного регулювання. *Фінанси України*. 2000. С. 23-28.
46. Грицишин В.О. Організаційно-економічне забезпечення управління підприємствами соціально-економічної інфраструктури міста: Автореф. дис... канд. екон. наук. Луганськ. 2004. 23 с.

47. Кучер С.Ф. Організаційно-економічне забезпечення перетворень у курортно-рекреаційній системі приморського міста: Автореф. дис... канд. екон. наук. Донецьк. 2009. 24 с.
48. Лебедик Т.М. Організаційно-економічне забезпечення регіонального розвитку підприємництва в сфері послуг: Автореф. дис... канд. екон. наук. Київ. 2006. 23 с.
49. Савчук Л. М. Поняття і зміст економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. *Вісник ХНУ*. 2018. № 2 (256). С.80-83.
50. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий: Пер. с англ. Москва: Геотар Медицина. 2000. 423 с.
51. Young D.W., Saltman R.B. The Hospital Power Equilibrium. Physician Behaviour and Cost Control. Baltimore: J. Hopkins University Press. 1985.
52. Столяров Г. С., Вороненко Ю. В., Голубчиков М. В. Статистика охорони здоров'я. Київ: КНЕУ. 2000. 187 с.
53. Савчук Л. М. Здоров'я людини – основа сталого розвитку держави. Фактори сталого розвитку сучасної держави в умовах інноваційної економіки: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 4-5 грудня 2015р.). У 2-х частинах. Дніпропетровськ: НО “Перспектива”, Ч. 2. 2015. С. 40-41.
54. Піщур Я. С., Черченко О. Л., Білоскурський Р. Р. Сталий соціально-економічний розвиток: еволюція поглядів та теоретичний аналіз. *Економічний вісник*. 2017. №1 С.28-35.
55. Китинг М. Програма дій. Встреча на высшем уровне «Планета Земля». Женева: Центр за наше будущее, 1993. 70с.
56. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини. від 4 квітня 1997 р. (нова редакція від 25.01.2005, підстава - 994_686). Рада Європи, Європейський Союз; Конвенція, Міжнародний документ від 04.04.1997. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334. (дата звернення 06.12.2017р.).

57. Протокол про воду та здоров'я до Конвенції про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_030. (дата звернення 06.12.2017р.).

58. Паризька хартія боротьби з раком. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_h07. (дата звернення 06.11.2017р.).

59. Протокол про внесення доповнення до Угоди про співробітництво в галузі охорони здоров'я населення. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_136/card5. (дата звернення 06.10.2017р.).

60. Модельний закон щодо природних лікувальних ресурсів, лікувально-оздоровчих місцевостей та курортів. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/997_k54. (дата звернення 06.11.2017р.).

61. Стратегія ВОЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-ом столетии». Европейская серия «Здоров'я для всех». №5. ВООЗ. Копенгаген. 1998. 44с.

62. Стратегія «Здоров'я-2020»: Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. Копенгаген: ЄРБ ВООЗ. 2012.

63. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. *Офіційний вісник України*. 2017 р. № 2. С.175.

64. The Most Efficient Health Care 2016. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>. (дата звернення 06.12.2017р.).

65. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Копенгаген: ВООЗ. 2010. 241 с.

66. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 1 (5), 2017. с.16-22.

67. Шевченко М.В., Карамзіна Л.А., Дорошенко О.О. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід. *Україна: здоров'я нації*. 2012. № 2 (22). с.97-100.
68. Шейман И. М., Шевский В. И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2015. № 1. с. 143–167.
69. Петрашик Ю.М. Забезпеченість системи охорони здоров'я медичними закладами та медперсоналом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України* 2015. №1 (63). с.47-51.
70. Jaworzył'ska, M. A. Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics and Sociology* 2016.Vol. 9, No 3. pp. 41-51.
71. Kulesher, R., Forrestal, E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration* 2014.Vol. 3, No. 4.
72. Lyszczarz B. Wolters Kluwer S. A. Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach. OECD. Warszawa. 2014
73. Баєва О.В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я. Київ: Центр учбової літератури. 2008. 640 с.
74. Health at a glance 2017. OECD Indicators-en-OECD.org URL: <http://stats.oecd.org/>.(дата звернення 06.12.2017р.).
75. Kinash I., Savchuk L. Comparative analysis of the economic provision of health care of foreign countries and Ukraine. *Journal of Eastern European and Central Asian Research*. Vol.6 No.2 (2019) pp. 319-330. DOI: <https://doi.org/10.15549/jeecar.v6i2.286>
76. Савчук Л. М. Фінансування сфери охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми розвитку регіону*. 2016. № 12. Т 1. С. 24-29.

РОЗДІЛ 2 ДІАГНОСТИКА Й ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ЕКОНОМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1 Передумови формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави

Шлях України визначається її спрямованістю до сталого розвитку. Однією з Цілей сталого розвитку України на період до 2030 р. є забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці [1]. Це означає, що основою сталого розвитку є здорова людина. Здоров'я є як надбанням людини, так і показником добробуту суспільства. І тут виділимо сферу охорони здоров'я держави, яка, на нашу думку, є стратегічно важливою сферою.

Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни світу. Зазначимо, що Україна у 2019 р. досягла позначки 0,751 і залишилася на 88 місці у рейтингу з 189 країн (рис. 2.1). Цей показник враховує: валовий національний дохід на душу населення; середню та очікувану тривалість навчання; середню очікувану тривалість життя при народженні.

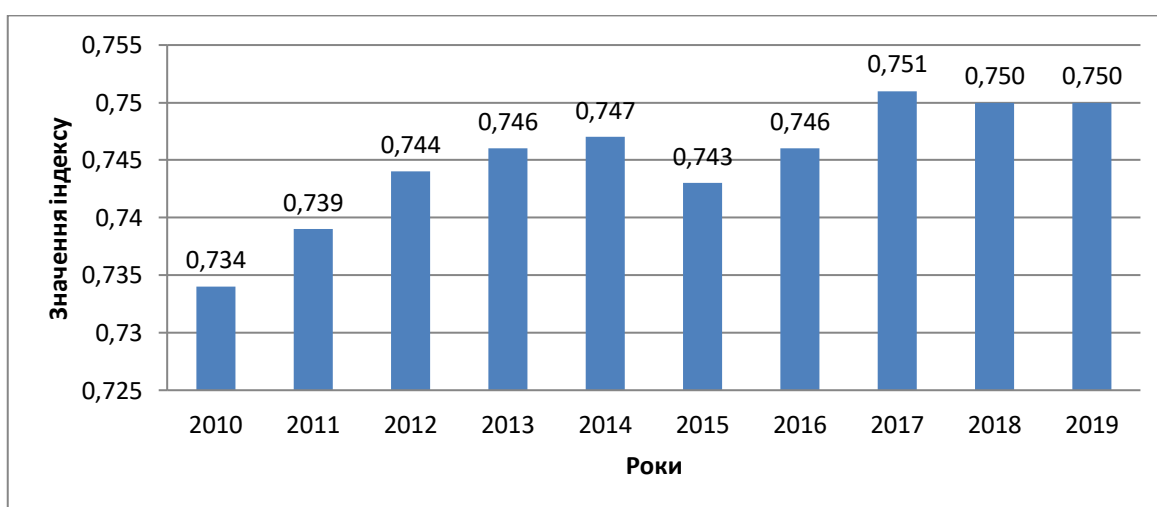


Рисунок. 2.1 – Динаміка Індексу людського розвитку України
Джерело: [2].

Тенденції щодо середньої тривалості життя населення в Україні демонструє табл. 2.1. Матеріали досліджень свідчать про те, що у 2018 р. очікувана тривалість життя склала 72 роки (очікувана тривалість життя жінок в Україні значно переважає, а ніж чоловіків).

Таблиця 2.1 – Середня очікувана тривалість життя в Україні при народженні, років

Рік	Обидві статі, років	Чоловіки, років	Жінки, років
2007	68,3	62,5	74,2
2008	68,3	62,5	74,3
2009	69,3	63,8	74,9
2010	70,4	65,3	75,5
2011	71,0	66,0	75,9
2012	71,2	66,1	76,0
2013	71,4	66,3	76,2
2014	71,4	66,3	76,4
2015	71,4	66,4	76,3
2016	71,7	66,7	76,5
2017	72,1	67,0	76,8
2018	71,8	66,7	76,7

Джерело: складено автором на основі [3]

Оскільки економічне забезпечення охорони здоров'я країни прямо пропорційно залежить від здоров'я громадян (а воно є результатом комплексного впливу багатьох чинників), видається доцільним дослідження ключових факторів, що впливають на здоров'я людини в умовах нинішньої суспільно-економічної реальності. Ставимо за мету дослідження найбільш впливових факторів, врахування яких може впливати на формування та раціональне використання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України, що в свою чергу покращить результати функціонування галузі. Зазначимо, що наукові публікації висвітлюють чітку тенденцію до збільшення частки соціальних, економічних, екологічних факторів, що впливають на здоров'я людини. Так, дослідження науковців Інституту здоров'я населення Університету Вісконсін, вказують на те, що на здоров'я впливають різні фактори, а саме: соціальні та економічні – 40 %, спосіб життя – 20 %, медичне обслуговування – 20 %, навколишнє

середовище – 10%, [4, с. 7]. В.П. Петленко, який проводив аналогічне дослідження, соціально-економічним факторам відвів 25 % [5], а Дж.М. Макгінніс -15 % [6].

Аналізу впливу факторів на стан здоров'я населення присвячено чимало праць науковців, серед них: В. Весельський, Є. Доброштан, Т. Зінченко, А. Іпатов, В. Єрмілов, В. Куценко, М. Коршун, В. Лехан, А. Нагорна, А. Руденко, І. Трахтенберг, Т. Хадикіна, О. Ціборовський, О. Цебржинський та багато ін. Оскільки фактори у просторі і часі є змінними, тож існує необхідність їх систематичного дослідження й аналізу [7]. Зміни у сфері охорони здоров'я перебувають у тісному зв'язку із змінами в інших сферах життєдіяльності суспільства. Тенденції цього взаємозв'язку, їх причинно-наслідкові залежності не просто різноманітні і складні, але і певною мірою взаємообумовлені та регульовані. Детермінованість економічного забезпечення сфери охорони здоров'я економічним умовам проявляється через складну систему взаємозалежних різних факторів, що впливають на життя суспільства [8]. Фактори, які визначають здоров'я населення, і тим самим чинять вплив на ефективність діяльності сфери охорони здоров'я, нами об'єднано в групи, а саме: економічні, соціальні, екологічні. Цей поділ має певний аспект умовності, адже низку факторів можна віднести одночасно до кількох груп.

Економічні фактори. Перш за все - це демографічні. Впродовж 1991-2019 рр. населення України скоротилося на 9 млн осіб. Якщо в 1991 р. проживало понад 51 млн осіб, а на початок 2019 р. тільки – 42 млн. (рис 2.2). За нашими дослідженнями загальна смертність населення та смертність від окремих причин в Україні вдвічі перевищує відповідні показники країн Європейського Союзу. Високим є рівень смертності осіб працездатного віку, який у 2-4 рази більший, ніж в економічно розвинених країнах [9]. Чисельність економічно активного населення склала у 2018 р. 62,1 %. Зазначимо, що починаючи з 2015 року дані подаються без урахування тимчасово окупованої території Криму. Також приблизними є дані щодо неконтрольованих Україною територій на сході країни. На думку М. Дихи, однією з причин таких негативних демографічних показників є і те, що вітчизняна система охорони здоров'я не в змозі адекватно задовольнити

потреби населення в медичній допомозі, не забезпечує доступність та якість медичних послуг [10, с.108].

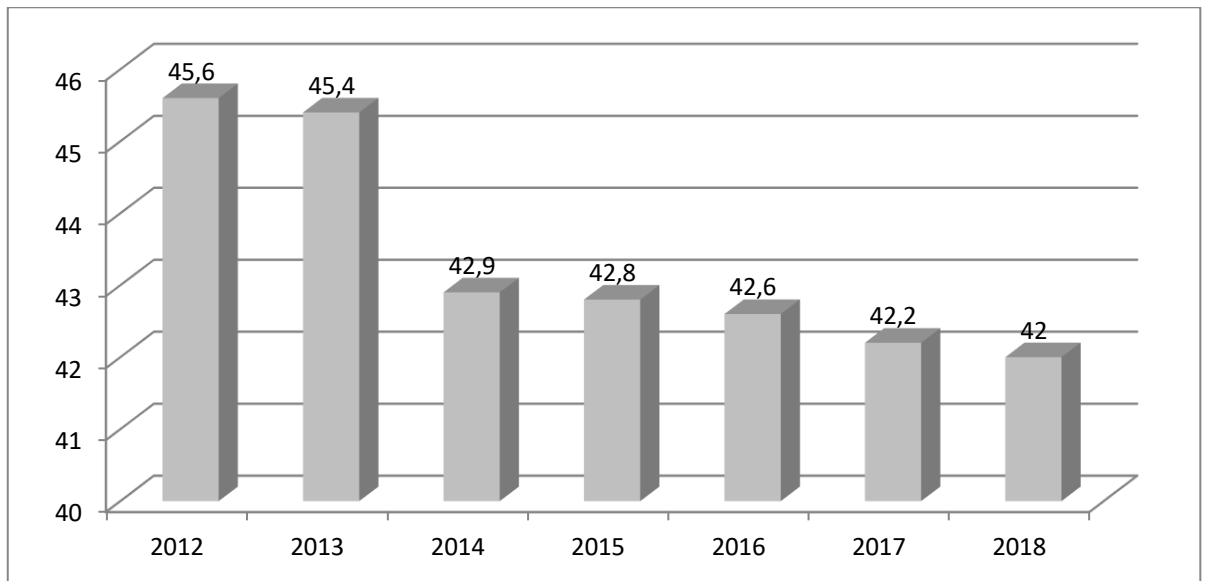


Рисунок 2.2 – Динаміка чисельності населення в Україні, млн. осіб
Джерело: [11].

Спостерігається старіння населення, адже за досліджуваний період зростає чисельність осіб пенсійного віку. Нині 16,2 % населення - це особи віком більше 65 років, які створили додаткове навантаження на систему охорони здоров'я загалом. Пожвавився і міграційний рух населення. Так, тільки впродовж 2018 р. з України виїхало більше, ніж 10,9 тис. осіб. [11, с. 45]. Громадяни виїжджають за кордон з метою пошуку роботи, частими є стажування, а також навчання. Слід враховувати той факт, що мігранти мають більший ризик захворювань порівняно з постійними мешканцями внаслідок незадовільних житлових умов та проблем доступності медичної допомоги, необхідністю адаптації до нових місць проживання, що вимагає залучення резервів здоров'я людини. Робота за кордоном досить часто не забезпечена медичною страховкою.

Важливим економічним фактором є величина валового внутрішнього доходу на душу населення. У 2018 р. він склав 84192 грн. І це 134 місце в рейтингу Світового банку. На одного українця припадає 3095 долари, що дає змогу потрапити Україні в групу країн з валовим доходом нижчим за середній рівень. За цим показником ми є сусідами з Молдовою, Узбекистаном та Грузією. Відомо, що матеріальний стан громадянина безпосередньо позначається на його

можливостях щодо збереження свого здоров'я, своїх дітей, своєчасного діагностування та лікування. У рейтингу нещасних економік Bloomberg's Misery Index, який складають за рівнем інфляції і безробіття, Україна займає сьому сходинку. У 2015 р. Україна в цьому антирейтингу займала четверту сходинку, 2016 р. - п'яту, в 2019 - шосту [12]. Зазначимо, що рівень безробіття в Україні склав у 2018 р. 8,8 %, в той час коли 2015 р. - 9,1 %. Індекс інфляції починаючи з 2013 р. має тенденцію до збільшення. Якщо 2013р. він склав 100,5 %, то вже у 2018 р. -109,8 % [11, с. 25].

Обсяг валового внутрішнього продукту є важливим економічним фактором, який характеризує можливості держави щодо фінансування сфери охорони здоров'я. Так, ВООЗ визначила розмір витрат, що рекомендовано витратити на цю сферу. Це 5% від ВВП. При цьому критичною межею вважається величина витрат в обсязі 3 %, нижче якої система охорони здоров'я є нежиттєздатною. В Україні у 2018 р. витрати на охорону здоров'я склали 2,6 % до ВВП, в той час коли у 2010 р. - 4,1 %.

ВООЗ оприлюднила 10 найчастіших причин смерті населення в світі з врахуванням рівня доходу у країнах (як вже зазначалося вище, Україна потрапити в групу країн з валовим доходом нижчим за середній рівень). Цими причинами у 2017 р. стали (на 10 тис. нас.): ішемічна хвороба серця 111,8; інсульт 68,8; респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів -51,5; хронічне обструктивне захворювання легень 42,7; туберкульоз 34,5; діарея 30,9; діабет 34,2; недоношеність 24; цироз печінки 20,3; ДТП 19,1 % [13]. Матеріали досліджень вказують на те, що з початком ХХІ ст. відбувається постійне зростання рівня захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень, яке зумовлене забрудненням повітря та поширенням куріння тютюну. Прикрим є факт великої кількості випадків смерті пов'язані з ДТП. Так, в Україні у 2018 р. смертність від травми в результаті ДТП склав 3350 осіб. Нинішня ситуація в Україні характеризується тим, що, то ситуація з безпекою на дорогах у перші 6 місяців 2020 року перевищує аналогічний показник 2019 р. майже 9,3 %. Залишається значною кількістю дорожньо-транспортних пригод з

постраждалими. Впродовж 2019 р. їх кількість сягнула 30884 осіб. Встановлено, що середня кількість ДТП за добу у 2018 р. сягнула 411 осіб [14,15].

Науково-технічний прогрес передбачає відкриття нових знань, які використовуються в практичній діяльності, удосконалення виробництва та форм управління. Факт наукових відкриттів ще не означає благо. І це яскраво демонструє сфера охорони здоров'я, так як нові технології несуть не тільки позитивні зміни в цій сфері, але водночас є загрозою здоров'ю людини. Так, скажімо комп'ютер як пристрій для обробки інформації, який нині використовує значна кількість людей як для виконання функціональних обов'язків на роботі, так і для свого відпочинку, може призвести до зростання захворюваності серед користувачів. Адже людина, яка використовує його в роботі часто займає сидяче положення, або ж є не зручну поставу, зосереджує зір на моніторі, «човгає» мишкою, що, звичайно, діє на нервову систему [16]. Тривожним є і факт так званої «комп'ютерної залежності», адже сучасна молодь все більше часу проводить за комп'ютером, живучи практично у віртуальному світі, спілкуючись у чатах більше, ніж зі своїми реальними однолітками. Наукові доробки [17] свідчать про те, що до 14 % користувачів Інтернету мають залежність, до 25 % набувають її протягом півроку від початку перебування в мережі.

Шкідливість для здоров'я несе і використання мобільних телефонів. Адже теж відомо, що вони здатні викликати низку захворювань, у тому числі й активізувати розвиток пухлин мозку. Шведські вчені з Інституту гігієни отримали дані про підвищення ризику розвитку пухлин мозку у віковій групі 20-29 років при використанні аналогових і бездротових телефонів впродовж 5-10 років. Для інших вікових категорій такої залежності не було виявлено. Дослідження вказали на те, що ті, хто користується телефонами з 10-19 років, набагато більше ризикують заробити пухлини мозку, а ніж ті, хто придбав телефон у 29 років і пізніше [18].

Щодо позитивного впливу науково-технічного прогресу на розвиток сфери охорони здоров'я то, безумовно, новітні технології, призводять до покращення якості медичних послуг (дають змогу провести надскладні операції, і тим

самим, подовжують життя людини). Проте використання новітніх технологій призводить до значного подорожчання таких операцій, що робить їх недоступними для населення.

Важливим показником, який характеризує достатність економічного забезпечення сфери охорони здоров'я є очікувана тривалість життя. В Україні у 2018 р. даний показник склав 71,8 р. Це на 3,5 роки більше, а ніж у 2007 р., що є позитивною тенденцією. В той же час, у країнах Європейського Союзу очікувана тривалість життя складає 79,8 р. [19]. Очікувана тривалість життя певною мірою залежить і від розміру прожиткового мінімуму. Адже саме цей показник відображає вартісну оцінку споживчого кошика, що містить мінімальний набір продуктів харчування, необхідних для забезпечення життєдіяльності людини. В Україні прожитковий мінімум у 2018 р. коливався від 1700 грн. у січні до 1853 грн. у грудні місяці. Частка населення із середньодушовим доходом у місяць нижчими фактичного прожиткового мінімуму у 2018 р. склала аж 43,2 %, у той час як у 2014 р. тільки 24,5 %. [11, с.83].

У структурі сукупних витрат домогосподарств у 2018 р 58,3 % витрачено на придбання продовольчих товарів, які людина використовує для свого харчування. А саме харчування має надзвичайно важливий вплив на життя та здоров'я людини, адже: забезпечує розвиток молодого організму; впливає на рівень захворюваності та ступінь її тяжкості; поновлює працездатність людини; чинить вплив на тривалість життя; є засобом лікування чи профілактики захворювання. Статистичні дані свідчать про те, що українці практично зменшили споживання усіх основних продуктів харчування. Так, якщо у 2010 р. у середньому за місяць 1 особа споживала 5,1кг м'яса та м'ясопродуктів, риби та рибопродуктів 1,8 кг, хліба та хлібобулочних виробів 9,3 кг, фруктів, горіхів, винограду, ягідів 3,7 кг, то вже у 2018 р. відповідно 4,9 кг, 1,4 кг, 8,3кг та 3,8 кг. Структура харчового раціону в істотно стає гіршою. Українці все частіше надають перевагу харчовим продуктам з високим вмістом вуглеводів (хліб та хлібобулочні вироби, кондитерські вироби, картопля). Слід зазначити, що в Україні загострюються проблеми пов'язані з безпекою харчових продуктів, адже

хвороби харчового походження лягають тягарем на здоров'я населення, на систему охорони здоров'я та економіку держави. Так, Держсанепідслужбою заборонено та вилучено з реалізації у 2014 р. 706 т, а у 2015 р. 120,7 т неякісної та небезпечної продукції [20, с.150].

Соціальні фактори. На стан здоров'я людини великий вплив мають житлові умови. На початок 2019 р. в Україні загальна площа житлових приміщень склала 993,3 млн м². На 2,2 жителя України у середньому припадає одна квартира. Забезпеченість житлом складає 22,7м², при медичній нормі 28 м², що значно збільшує ймовірність захворювання населення. Площа гуртожитків і житлових приміщень у нежитлових будівлях у загальному житловому фонді становила 8,1 %. Матеріали досліджень вказують на те, що в містах та селищах міського типу держави покращується благоустрій. Зростає протяжність наявних водопроводів, каналізацій. Активно проводиться газифікація. Проте, дещо спадну тенденцію спостерігаємо щодо благоустрою у сільських населених пунктах. Так, питома вага загальної житлової площі, обладнаної водопроводом у 2017 р. у міських поселеннях склала 81,8% у сільській місцевості 39,6%; каналізацією, відповідно 76,8 % та 31,9%; опаленням 78,3% та 54,2%; газом 82,4 % та 84,2 %; гарячим водопостачанням 62,8 % та 22,7 % [11].

Фактором розвитку є освіта громадян, особливо вища. Вона є результатом взаємодії різних сфер життєдіяльності суспільства, чинником забезпечення більш високих доходів, впливає на загальні процеси формування життєвих установок, способу життя людини, зміст і форми її дозвілля. На початок 2019/2020 н.р. в Україні функціонувало 281 вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, у яких навчалось 1266,1 тис. студентів. Зазначимо, що наявність освіти вказує на те, що людина може отримувати, узагальнювати і розуміти основну інформацію, яка необхідна для прийняття відповідних рішень стосовно збереження здоров'я. Така освіта також передбачає здатність розуміти інструкції до медичних препаратів, які відпускають за рецептом, листків призначення, медичних освітніх брошур тощо. Тому освіта є важливим фактором

як здоров'я людини, так і роботи галузі, адже впливатиме на кадрове забезпечення досліджуваної сфери.

Матеріали досліджень вказують на те, що впродовж 2017 р. тут працювало 186 тис. лікарів та 360 тис. осіб середнього медичного персоналу (СМП), а це означає, що на 10 тис. населення припадає 44 лікаря та 85 СМП [21]. У галузі впродовж 2012-2017 рр. спостерігається проблеми щодо комплектації штатних посад медичними працівниками. Так, рівень укомплектованості лікарями у 2017 р. склав 84,4 %, а СМП 96,3 %. Серед проблем, які слід вирішити є зростання кількості працівників пенсійного віку. Так, питома вага пенсіонерів лікарів у 2017 р. склала 24,7 %, а серед СМП 17,1 % [21].

Важливим соціальним фактором є культура, яка робить людину не тільки «споживачем» свого здоров'я, але і його «виробником». Високий рівень культури людини передбачає її гармонійне спілкування з природою й оточуючими людьми, обумовлює формування, збереження та зміцнення її здоров'я. В Україні впродовж 2010-2017 рр. зменшилась кількість театрів на 27од., бібліотек на 1,6 тис. од., клубних закладів на 0,8 тис. од.

Культура проявляється і у здоровому способі життя людини, що створює резерви можливостей організму (фізичних, психічних, духовних) і напрацьовує вміння правильно використовувати їх. Однією з важливих складових культури є фізична культура, яка теж спрямована на зміцнення здоров'я людини. Для зміцнення фізичного здоров'я в Україні у 2017 р. функціонувало 1291 дитячо-юнацькі спортивні школи, що на 70 шкіл менше, ніж у 2015 р., які відвідувало близько 497 тис. осіб . Це, звісно, недостатньо, що підкреслює необхідність кращої організації пропаганди фізичної культури і спорту.

Екологічні фактори. Відомо, що проблеми охорони здоров'я населення лежать в площині інтенсивності забруднення навколишнього середовища (це забрудненість повітря, води, земельних ресурсів і т.д.). Так, в Україні, тільки у 2017р. у атмосферу надійшло 4,1 млн.т. забруднюючих речовин, що склало 5 т. у розрахунку на 1 км², або 32,2 кг на одного мешканця. В атмосферне повітря у великих кількостях викидаються діоксид вуглецю (1230,6 млн.т), метан (500,1

тис.т), діоксид азоту (170,4 тис.т), діоксид сірки (18,6 тис.т) та інші сполуки, пил [11]. Нині в умовах інтенсивного забруднення атмосферного повітря проживає приблизно третина населення України.

Забруднення водних ресурсів визначається присутністю у воді шкідливих та не бажаних речовин, із неочищених промислових стічних вод і зливових стоків у концентраціях, що роблять її непридатною для використання. Така вода становить велику небезпеку здоров'ю та життю громадян. Населення і промисловість України щорічно використовують близько 9,9 млрд. м³ води. Нині практично усі поверхневі водні джерела забруднені, хоча, питне водопостачання України майже на 80 % забезпечується використанням поверхневих вод. Найбільшу концентрацію забруднюючих речовин, що скидаються разом зі зворотними стічними водами становлять нітрати - 45,4млн.т., сульфати - 285,1млн.т., хлориди - 418,2млн.т., азот амонійний - 5,6млн.т., та фосфати - 4,5млн.т. Особливе занепокоєння викликає стан водопостачання сільського населення У 2017 р. 5,5 % сільських водопроводів не відповідали санітарним нормам [20].

Великою екологічною проблемою, яка становить загрозу для здоров'я населення України, є наявність великої кількості промислових та побутових відходів. Так, в Україні на початок 2018 р. їх накопичилось 54,3 м³, що складає 283 кг на одного мешканця. Кількість перевантажених сміттєзвалищ становить 256 од. (4,2%), а 984 од. (16%) не відповідають нормам екологічної безпеки. Внаслідок нераціонального застосування засобів хімізації сільського господарства в ґрунтах накопичуються залишки мінеральних добрив і пестицидів. У 2018 р площа, на якій використовувалися пестициди склала 14197,0 тис.га. Суттєвим фактором впливу на здоров'я громадян України є наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, яка призвела до довготривалого радіоактивного забруднення території держави та опромінення великої кількості людей.

Всі ці негативні процеси, пов'язані із забрудненням навколишнього середовища, на нашу думку, призводять до збільшення кількості серцево-

судинних захворювань, особливо інфаркту-міокарда, ішемічної хвороби серця, судинних захворювань мозку, бронхіальної астми, діабету, алергічних захворювань та захворювань органів травлення, захворювань на рак. Порушуються генетичні процеси, народження дітей з різними спадковими хворобами збільшилось у два-чотири рази [8].

Таким чином, нами виявлено фактори, які впливають на стан здоров'я населення, і тим самим, сприяють чи ускладнюють діяльність у сфері охорони здоров'я. У реальних умовах ці фактори об'єднані різноманітними взаємними зв'язками. Перейдемо до обґрунтування методики оцінювання сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України.

2.2. Методика оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

В умовах сучасного розвитку держави доцільним є проведення аналізу та оцінка економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Ставимо за мету оцінити зміну його стану, який визначається певними параметрами, що змінюються в часовому періоді. З метою покращення показників здоров'я населення необхідно забезпечувати сталий розвиток сфери охорони здоров'я. З цією метою ми пропонуємо враховувати рівень розвитку кожної із складових економічного забезпечення: фінансових, матеріальних, трудових. Таким чином, методика оцінювання економічного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я повинна враховувати багатомірні характеристики, що властиві для кожної із складових. Система вимірювання параметрів повинна відповідати таким вимогам: включати показники, які відображають розвиток кожної із складових економічного забезпечення як на загальнодержавному рівні, так і в розрізі областей; забезпечувати можливість зіставлення аналогічних показників; формування інтегральних індексів розвитку складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, а також ранжування і групування областей держави за визначеними параметрами.

Методичні аспекти оцінювання сфери охорони здоров'я держави розглянуті у роботах вітчизняних вчених: У. Андрусів [22], І. Кінаш, А. Бандури [23], Е. Ковжарової [24], В. Лехан, Л. Крячкової [25], І. Мартусенко [26], Д. Арзянцева [27] та ін. Проаналізувавши представлені у цих роботах різні методики, ми прийшли до висновку, що вони дають змогу здійснити комплексний аналіз функціонування сфери охорони здоров'я. Проте у них відсутнє обчислення стійкості часового ряду визначених показників, а також не розрахована стійкість цих тенденцій. Зауважимо, що окремі автори [24], характеризуючи вплив багаточисельних показників визначають характер їх впливу методом експертних оцінок, що свідчить про те, що отримані результати будуть недостатньо об'єктивними. У своїй роботі Мартусенко І. [26] оцінює територіальну організацію системи охорони здоров'я через взаємодію рівня соціально-економічного розвитку регіонів та рівня розвитку медичного обслуговування в областях. Особливістю даного підходу є те, що автор розраховує радіус медичного обслуговування для кожного регіону.

Науковці Лехан В., Крячкова Л. у роботі [25] для оцінки діяльності сфери охорони здоров'я пропонують використовувати інтегральний показник структурної ефективності на підставі узагальнення таких показників: частка витрат на медичну допомогу, яка надається при стаціонарному лікуванні у загальних витратах на охорону здоров'я (%); частка лікарів первинної ланки у загальній кількості лікарів (%); частка ліжко-днів, проведених у денних стаціонарах, у загальній кількості ліжко-днів стаціонарного лікування. Науковці вважають, що такий показник здатний відобразити, наскільки ефективно з погляду одержання кінцевих результатів (здоров'я населення) використовуються наявні ресурси в сфері охорони здоров'я. Детально проаналізувавши такий підхід, ми прийшли до висновку, що кількість показників взяті для оцінювання є недостатніми.

Арзянцева Д. [27] на відміну від методів інтегральної оцінки, пропонує використовувати кластерний аналіз, яким передбачено розподіл регіонів держави на групи з урахуванням усіх ознак одночасно. Андрусів У. [22, с. 27]

при обчисленні інтегрального показника враховує узагальнені значення рівня соціальної ефективності. З урахуванням існуючих методичних підходів спробуємо запропонувати власну методику оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України з позицій сталого розвитку (рис. 2.3).

Для забезпечення комплексності дослідження економічного забезпечення сфери охорони здоров'я нами здійснено формування системи вимірів (індексів та індикаторів), які допоможуть дослідити існуючі процеси з економічним забезпеченням в даних умовах та впродовж 2012-2017 рр. Стан розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я пропонуємо оцінювати з врахуванням часткових показників. Відібрані показники відповідають таким вимогам:

1) забезпечують інформаційну повноту дослідження (кількість показників обмежена, проте максимально точно і повно відображають процес та його результати);

2) є комплексними (забезпечують порівняльний аналіз різних аспектів розвитку кожної із складової економічного забезпечення досліджуваної сфери;

3) адекватно представлені;

4) не повторюються, враховуються тільки при оцінюванні певної їх складової;

5) співвимірні в часі та просторі;

6) адаптовані до умов вітчизняної економіки (відповідність існуючій системі статистики).

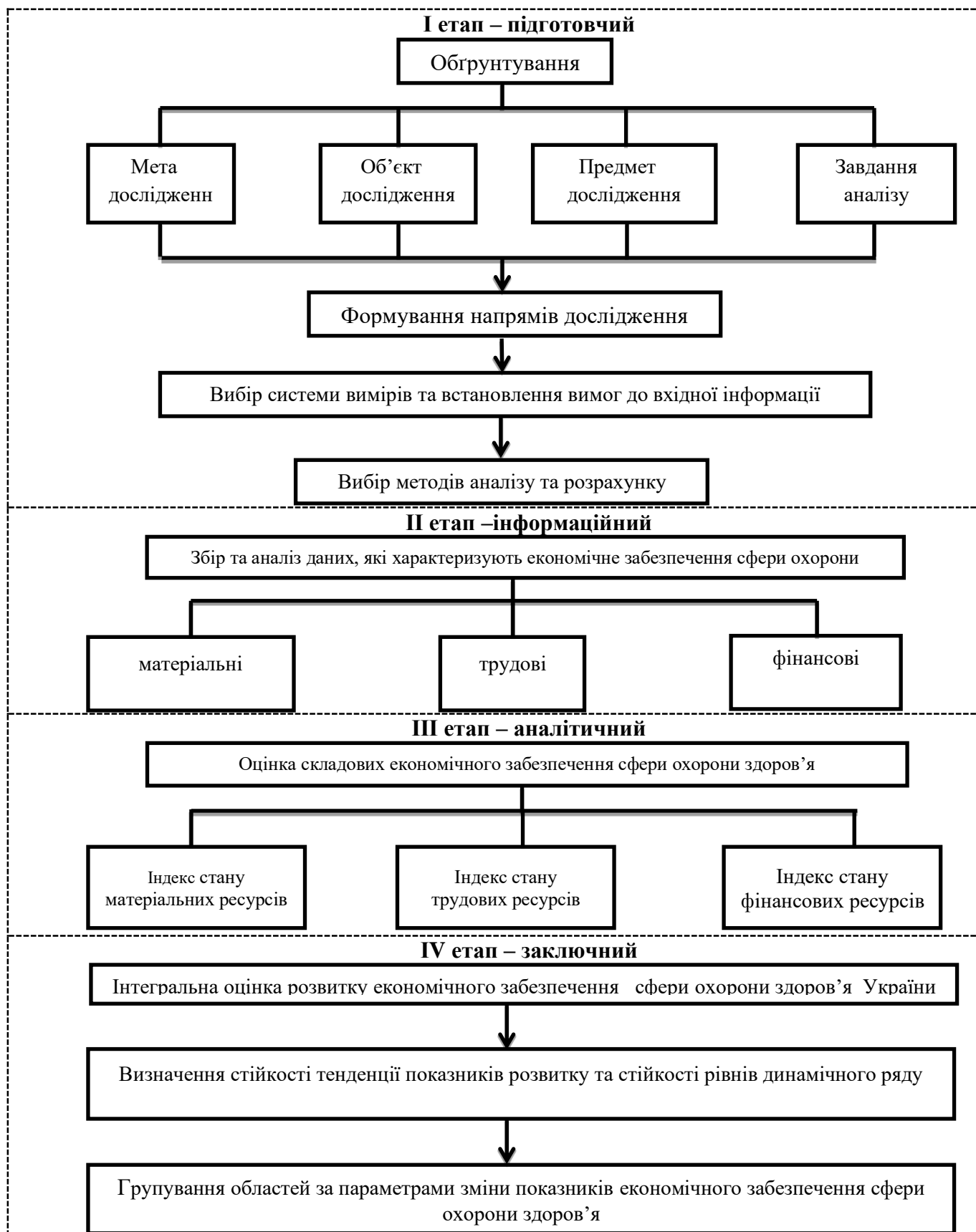


Рисунок 2.3 – Методика оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Примітка: адаптовано автором на основі [21].

Відповідно до поставлених вимог та сформованих напрямів аналізу визначимо систему показників оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Методичний інструментарій для аналізу показників економічного забезпечення сфери охорони здоров'я охоплює такі методи дослідження: зведення і групування, стандартизації показників, аналіз динамічних рядів, інтегральних індексів, порівняльного аналізу та ін.

Наступним етапом є збір аналітичного матеріалу, який вказує на тенденції розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я за кожною її складовою, що дасть уявлення про стан і визначить перший крок у виборі напрямів розвитку.

Так, для аналізу стану матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я пропонуємо дослідити такі показники: кількість закладів охорони здоров'я, кількість ліжок в цих закладах, кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, кількість УЗД апаратів; кількість УЗД досліджень; кількість МРТ апаратів; кількість МРТ досліджень; кількість ендоскопічних апаратів; кількість ендоскопічних досліджень; кількість гемодіалізних апаратів; кількість гемодіалізних досліджень; кількість рентгенодіагностичних апаратів та устаткування; кількість рентгенодіагностичних досліджень; кількість аптек (в т.ч. аптечних пунктів). Дані для обчислень представлено у додатку А.1-А1.5.

Для аналізу трудових ресурсів економічного забезпечення сфери охорони здоров'я пропонуємо дослідити такі показники: чисельність лікарів; чисельність середнього медичного персоналу; кількість середнього медичного персоналу на 1 лікаря; кількість посад зайнятих по сумісництву; кількість посад фармацевтів, провізорів; чисельність лікарів пенсійного віку; чисельність стоматологів та персоналу санітарної групи (додаток Б.1-Б.7).

Для аналізу фінансових ресурсів економічного забезпечення сфери охорони здоров'я пропонуємо досліджувати такі показники: медична субвенція з Державного бюджету, грошові витрати домогосподарств, грн. (в середньому за місяць в розрахунку на одне домогосподарство) на медичні товари, грошові

витрати домогосподарств, грн. (в середньому за місяць в розрахунку на одне домогосподарство) на медичні послуги (додаток В.1-В.3).

Третій, аналітичний, етап включає оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я загалом. Для оцінювання необхідно дослідити рівень розвитку кожної із складової економічного забезпечення: матеріальної, трудової та фінансової. Для цього ми використаємо метод визначення середніх величин. Для оцінювання розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я беремо до уваги показники забезпеченості ($z_{ik} = \frac{x_{ik}}{N_i}$), де

x_{ik} - значення k-го показника в i-ому регіоні; N_i - населення i-го регіону.

Інтегральний показник буде включати три блоки показників. Перший - включатиме показники, які демонструють рівень розвитку матеріальних ресурсів. У другому блоці пропонуємо проаналізувати трудові ресурси. У третьому блоці здійснюємо аналіз фінансових ресурсів. Показники, які будуть взяті для оцінювання представлено на рис. 2.8.

Визначення рівня розвитку кожної із складових економічного забезпечення сфери охорони здоров'я дозволить виявити проблеми функціонування, що в подальшому слугуватиме орієнтиром при визначенні перспектив розвитку.

На четвертому етапі пропонуємо здійснити інтегральну оцінку економічного забезпечення досліджуваної сфери, застосувавши метод таксономічного аналізу [28, 29]. Одержимо таксономічний показник (індекс розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я ($I_{резСОЗ}$)), який є синтетичною величиною, що дасть змогу упорядкувати всі показники взяті для оцінки.

Наш вибір методу таксономічного аналізу зумовлений наступними причинами:

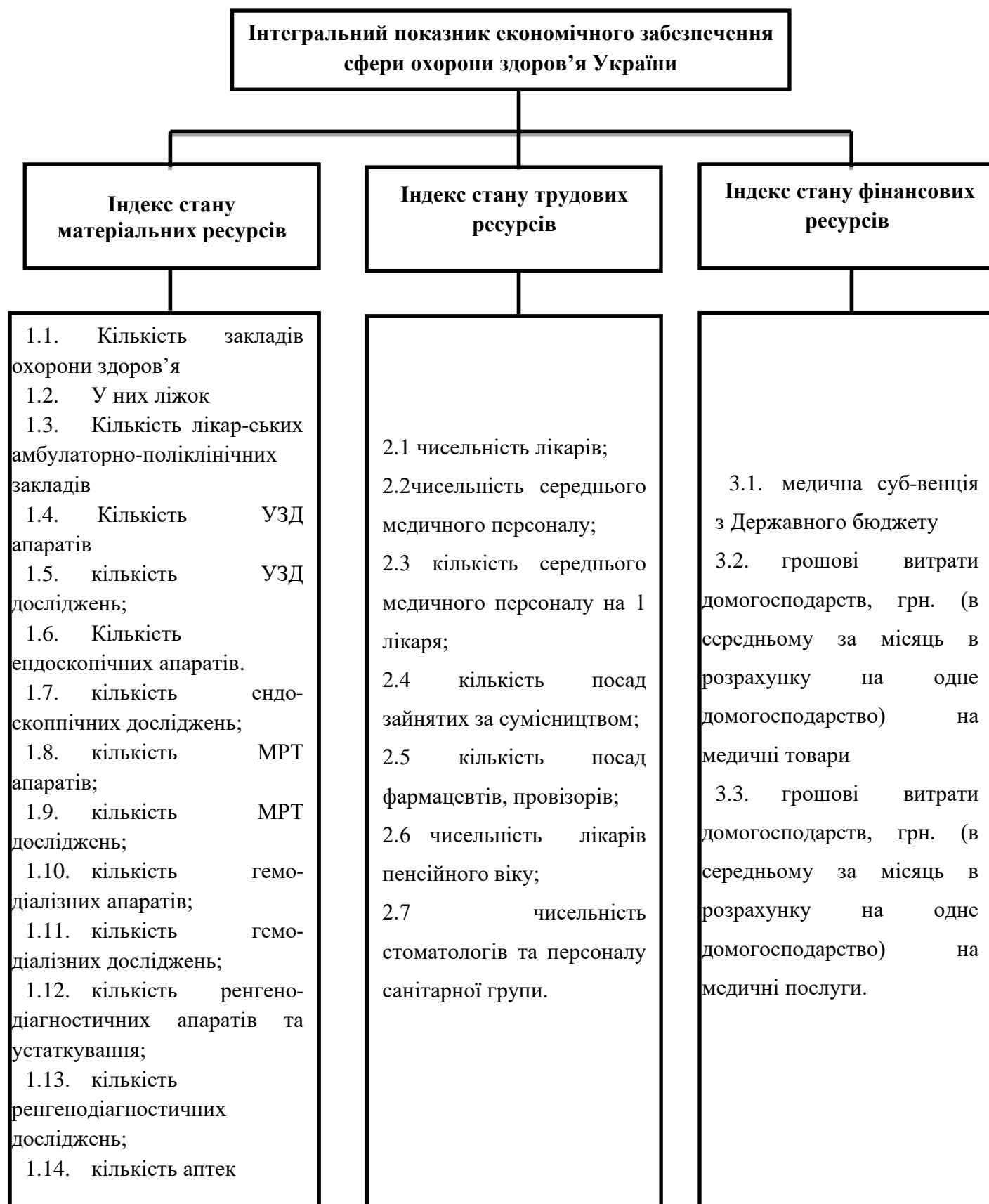


Рисунок 2.4 – Показники, взяті для оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

- дозволяє використовувати широкий набір показників та здійснювати їх поділ на стимулятори та дестимулятори;
- таксономічний показник рівня розвитку пристосований для проведення комплексних соціально-економічних досліджень;
- рівень економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України, обчислений на основі порівняння відповідних показників із середнім значенням по Україні дає, на нашу думку, об'єктивну інтегральну оцінку.

В основу алгоритму розрахунку таксономічного показника рівня розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України покладені значення таксономічних індексів матеріальних, трудових та фінансових ресурсів, які враховані в наступному порядку:

1. Формування показників, які відображають економічне забезпечення кожної із складових сфери охорони здоров'я держави у розрізі областей країни.

2. Визначення елементів матриці спостережень X . Вказана матриця буде мати вигляд:

$$X = \begin{bmatrix} X_{11} & X_{12} & \dots & X_{1k} & X_{1n} \\ X_{21} & X_{22} & \dots & X_{2k} & \dots X_{2n} \\ \dots & \dots & & & \\ X_{i1} & X_{i2} & & X_{ik} & \dots X_{in} \\ \dots & & & \dots & \dots \\ X_{w1} & X_{w2} & \dots & X_{wk} & \dots X_{wn} \end{bmatrix}, \quad (2.1)$$

де w - число регіонів; N - число показників, які характеризують рівень розвитку кожної із складових економічного забезпечення; X_{ik} - значення показника k для i -го регіону

Диференціація ознак матриці спостережень. На основі дослідження характеру впливу кожної з ознак, яка закладена в матрицю і впливає на економічне забезпечення досліджуваної сфери проводимо поділ їх на стимулятори та дестимулятори. До стимуляторів відносимо ознаку, яка справляє

позитивний вплив на економічне забезпечення. До дестимуляторів - ознаку, яка справляє негативний вплив. Зазначимо, що під час обчислень нами враховано такі дестимулятори розвитку економічного забезпечення: кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на онкопаталогію, туберкульоз, інсульт, цукровий діабет, інфаркт міокарда. Зазначимо, що нами врахована статистична інформація стосовно дорослого населення (18 років і старші). Окрім цих дестимуляторів, нами враховано також обсяг викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря (Додаток Г.1-Г. 6).

3. Стандартизація матриці спостережень. Доцільність такої процедури обумовлена тим, що показники економічного забезпечення сфери охорони здоров'я є неоднорідними та мають різні одиниці виміру. Стандартизація дасть змогу зіставити показники, які формуватимуть інтегральний показник. Застосуємо наступні формули:

$$Z_{ik} = \frac{\tilde{X}_{ik} - \bar{X}_k}{S_k}, \quad (2.2)$$

$$\bar{X}_{kk} = \frac{\sum_{i=1}^w \tilde{X}_{ik}}{w}, \quad (2.3)$$

$$S_k = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^w (\tilde{X}_{ik} - \bar{X}_k)^2}{w}}, \quad (2.4)$$

де: Z_{ik} – стандартизоване значення показника k для i -го регіону; \tilde{X}_{ik} - значення показника k для i -го регіону; \bar{X}_{kk} - середнє арифметичне значення показника k ; S_k – стандартизоване відхилення показника k ; w – кількість регіонів.

Отримуємо матрицю, що матиме вигляд:

$$Z = \begin{bmatrix} Z_{11} & Z_{12} & \dots & Z_{1k} & \dots & Z_{1n} \\ Z_{21} & Z_{22} & \dots & Z_{2k} & \dots & Z_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ Z_{i1} & Z_{i2} & \dots & Z_{ik} & \dots & Z_{in} \\ \dots & \dots & \dots & \dots & \dots & \dots \\ Z_{w1} & Z_{w2} & \dots & Z_{wk} & \dots & Z_{wn} \end{bmatrix}. \quad (2.5)$$

Проведена процедура стандартизації стирає відмінності у значущості окремих ознак та всі ознаки вважаються рівнозначними, що спотворює реальність. Пом'якшення цього небажаного явища можна досягти введенням коефіцієнтів ієрархії, що дасть можливість поділити ознаки за значущістю. Ці коефіцієнти характеризують положення кожної ознаки, її роль та значення у дослідженні. Розрахунок коефіцієнтів ієрархії пропонуємо проводити на основі так званих критичних відстаней - найбільшої відстані ρ між сусідніми ознаками (α_i, α_j) :

$$\rho(\alpha_i, \alpha_j) = \sqrt{\sum_{k=1}^{27} (\alpha_i^{(k)} - \alpha_j^{(k)})^2}, \quad (2.6)$$

де α_i - вектор-показник i по областях за певний рік;

α_j - показник j по областях за аналогічний рік;

I - номер області;

$K = \max - \min \rho(\alpha_i, \alpha_j)$ - критична відстань .

Наведемо послідовність розрахунку коефіцієнтів ієрархії:

- для кожної ознаки матриці спостережень знаходимо відстані, які не перевищують критичні відстані за формулою:

$$Q_i = \{(i, j) | \rho(\alpha_i, \alpha_j) \leq k; \quad j = 1, 2, \dots, n\}, \quad (2.7)$$

де n - число показників

- підсумовуємо одержані відстані для кожного з елементів:

$$\omega_i = \sum_{(i, j) \in Q_i} \rho(\alpha_i, \alpha_j), \quad (2.8)$$

- вибираємо ознаку, для якої обчислена сума відстаней найбільша:

$$\omega_m = \max_i \omega_i, \quad (2.9)$$

- розраховуємо коефіцієнт ієрархії:

$$\lambda_i = \frac{\omega_i}{\omega_m}, \quad (2.10)$$

Значення даного коефіцієнта ієрархії λ_k множимо на значення кожного із взятих показників у відповідному році z_i . Скориговані ознаки використовуємо для таксономічного аналізу.

4. Вибираємо еталонні точки за кожним із показників, які формують рівень економічного забезпечення за кожною складовою. Для кожної із ознак знаходимо еталонну точку, за відстанню до якої і буде розраховуватися інтегральний показник економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Найбільше значення стимуляторів та найменше значення дестимуляторів утворюють координати еталону розвитку Z_{0k} :

$$Z_{0k} = \max_t, \text{ якщо } k \in I; \quad (2.11)$$

$$Z_{0k} = \min_t Z_{tk}, \text{ якщо } k \notin I; (k = 1, \dots, n), \quad (2.12)$$

де I - множина стимуляторів;

Z_{0k} - стандартизоване значення ознаки k в періоді t .

Таким чином, отримуємо вектор еталонних значень ознак, який являє собою точку P_0 з координатами (кількість n): $Z_{01}, Z_{02}, \dots, Z_{0n}$.

Відстань між окремими точками-одиницями (областями за сукупністю досліджуваних ознак) та точкою P_0 (еталоном), розраховуємо за формулою:

$$C_{i0} = \sqrt{\sum_{s=i}^n (Z_{ik} - Z_{0k})^2} \quad (i = 1, \dots, w) \quad (s = 1, \dots, n). \quad (2.13)$$

5. Розраховуємо показник розвитку кожної із складових економічного забезпечення сфери охорони держави.

Здійснивши усі попередні перетворення та розрахунки обчислюємо інтегральний показник економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України згідно представленого алгоритму:

$$\bar{C}_0 = \frac{\sum_{i=1}^w C_{i0}}{w}, \quad (2.14)$$

$$S_0 = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^w (C_{i0} - \bar{C}_0)^2}{w}}, \quad (2.15)$$

$$C_0 = \bar{C}_0 + 2S_0, \quad (2.16)$$

$$D_i = 1 - \frac{C_{i0}}{C_0}, \quad (2.17)$$

де D_i - показник розвитку;

C_{i0} - відстань між окремими точками-одинацями та еталонним значенням.

$$D = \sqrt{\sum_{i=1}^n D_i^2 / 3} \quad (2.18)$$

Наступним етапом є групування областей за рівнем розвитку економічного забезпечення. Розвиток трактуємо як зміну визначених нами показників. Дане розуміння сталості, як статистичної характеристики динамічного ряду відповідає визначенню, наведеному в роботі [30, с.135].

Динамічний ряд повинен відповідати таким умовам: мінімізація коливань рівнів часового ряду; наочність визначеної, необхідної для держави тенденції змін.

Стійкість часового ряду - поняття багатопланове. Оцінка стійкості передбачає вирішення двох завдань: перше - оцінити зміни стійкості рівня часового ряду; друге- оцінити зміни стійкості тенденцій. Вирішити перше завдання можна розраховуючи індекси стійкості динамічних рядів i_y . Вони представляють собою відношення середнього показника рівня вищої стійкості тенденцій (середнього рівня показника за сприятливі періоди часу $\bar{V}_{сприят}$) і середнього показника рівнів нижчої стійкості тенденцій (середнього рівня за несприятливі періоди часу – $\bar{V}_{неспр}$). Таким чином:

$$i_y = \frac{\bar{V}_{сприят}}{\bar{V}_{неспр}}. \quad (2.18)$$

З урахуванням того, що як кількісну характеристику економічного забезпечення сфери охорони здоров'я використано темпи росту визначених показників економічного забезпечення (T_i , де $i = 1, \dots, t$) індикатор сталості набуде наступного вигляду:

$$i_{\bar{T}} = \frac{\bar{T}_{сприятл.}}{\bar{T}_{неспр.}}, \quad (2.19)$$

де $\bar{T}_{сприятл.}$ – середньорічний темп росту інтегрального показника економічного забезпечення досліджуваної сфери за «сприятливі» роки, в яких темп росту перевищує середнє значення даного темпу за весь період $T_{заг.}$;

$\bar{T}_{неспр.}$ – середньорічний темп росту інтегрального показника економічного забезпечення досліджуваної сфери за «несприятливі» роки, в яких темп росту нижчий від середньорічного темпу $T_{заг.}$ Чим ближче значення індексу сталого розвитку $i_{\bar{T}}$ до одиниці, тим менше коливань i , відповідно, вища стійкість. Так чином стійкість ми розуміємо як збільшення темпів приросту показника. З метою підвищення стійкості слід зменшувати коливання рівня ряду i в той же час забезпечувати бажаний розвиток.

Вирішити друге завдання - дослідження стійкості тенденцій часового ряду стане за можливе використовуючи непараметричний метод оцінювання тісноти зв'язку - рангові коефіцієнти Спірмена.

$$K_p = 1 - \frac{3 \sum d^2}{n^3 - n}, \quad (2.20)$$

де d — різниця рангів рівнів досліджуваного ряду P_y і рангів номерів періодів або моментів у ряді P_t ; n - число пар величин.

Коефіцієнт Спірмена набуває будь-якого значення в інтервалі $[-1; 1]$. Значення коефіцієнта кореляції рангів Спірмена перевіряємо на основі t -критерію Стьюдента, розрахункове значення якого розраховуємо за формулою:

$$t_p = PK/Y \sqrt{\frac{n-2}{1-P_{K/Y}^2}}. \quad (2.21)$$

Враховуючи те, що динамічні ряди, які відображають ріст економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, представлені відносними величинами-темпами росту, а не рівнями, слід скоригувати розрахунок коефіцієнта Спірмена. У цьому разі ранжування проводимо з урахуванням значення ланцюгових темпів росту визначених нами показників, тобто $i_{\bar{y}} = T_{i_{\bar{y}}}$, де $i_{\bar{y}}, \dots, i_{\bar{T}}$

Одержаний коефіцієнт Спірмена інтерпретуємо наступним чином: якщо кожен наступний темп росту вищий, ніж попередній, то ранги цих темпів і номери років співпадають, $K_p = +1$. Це означає не тільки повну стійкість самого рівня ряду, тобто неперервність росту, але і його прискорену стійкість. Межі, що визначатимуться стійкістю рівнів динамічного ряду представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Межі, за якими визначатиметься стійкість рівнів динамічного ряду

Стійкість рівнів динамічного ряду		
Висока	Середня	Слабка
$i_{\bar{T}} < 1,2$	$1,2 < i_{\bar{T}} < 1,4$	$i_{\bar{T}} > 1,4$

Зазначимо, що розрахунок коефіцієнта Спірмена буде проводитись для різних гіпотез про зміни темпів інтегрального показника. Здійснимо діагностику та оцінку сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з врахуванням визначених складових, а саме: матеріальних, трудових та фінансових ресурсів.

2.3 Аналіз та оцінка стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Проаналізуємо сучасний стан та тенденції економічного забезпечення сфери охорони здоров'я країни за кожним із її складових (у нашому дослідженні вони включають: матеріальні, трудові та фінансові ресурси) та представимо результати оцінювання згідно методики викладеної вище. Матеріальні ресурси сфери охорони здоров'я - це сукупність засобів і предметів праці, які є в наявності та використовуються галуззю. Вони є первинними для надання медичних послуг. Сюди відносять: будівлі, споруди, ліжковий фонд, лабораторне обладнання тощо. Динаміка основних показників представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Динаміка основних матеріальних ресурсів охорони здоров'я

Показники	Роки						Темп зміни, 2017/2012
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Кількість лікарняних закладів, тис.	2,4	2,2	1,8	1,8	1,7	1,7	70,8
Кількість лікарських ліжок тис.	404	398	336	333	315	309	76,5
На 10 тис. населення	89,1	88,0	78,5	78,1	74,3	73,1	82,0
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	8,3	10,8	9,8	10,0	10,2	10,4	125,3
у т.ч. закладів, що мають стоматологічне відділення	4,0	2,4	1,8	1,8	1,7	1,7	42,3
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних відділень, тис. відвідувань за зміну	1023	1037	912	912	915	923	90,2
На 10 тис. населення	225,4	229,2	213,4	214,2	215,6	218,6	97,0

Джерело: [31, с.134]

За період 2010-2017 р. спостерігаємо спадну тенденцію практично за усіма представленими показниками, окрім кількості лікарських амбулаторно-

поліклінічних закладів. Їх чисельність зросла на 25,3 %. Зазначимо, що в Україні широко впроваджуються в закладах охорони здоров'я денні стаціонари. Так, нині в понад 70% амбулаторно-поліклінічних закладів функціонують такі заклади. Кількість їх поступово зростає. Так, у 2017 р. в лікувально-профілактичних закладах функціонувало 62 832 денних стаціонари, що на 19,9 % більше у порівнянні з 2009 р. Також зросло число ліжок у денних стаціонарах. Найбільш забезпеченими ліжками денні стаціонари Вінницької, Дніпропетровської, Одеської та Харківської областей. Матеріали досліджень свідчать про те, що вартість основних засобів у сфері охорони здоров'я на початок 2017 р. складає 16445,2 млн грн. Рівень зносу є дуже високим, і складає 53,5 %. Кількість населення у розрахунку на 1 лікарняне ліжко має тенденцію до зростання. Так, якщо у 2000 р. цей показник складав 105,2, то вже у 2017 р. 136,7 осіб (рис 2.6) .

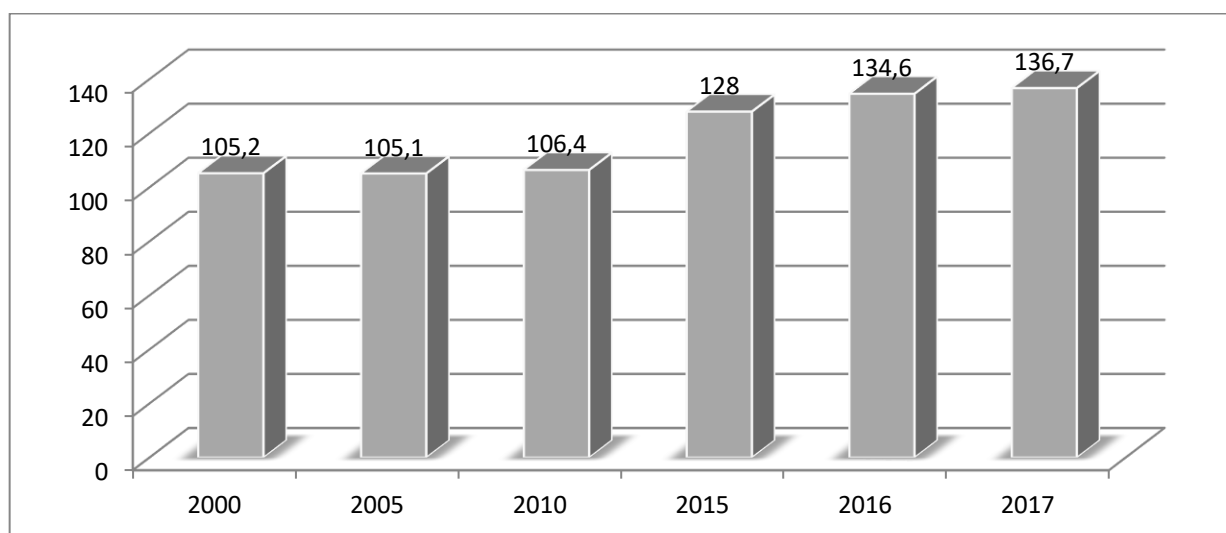


Рисунок 2.6 – Динаміка кількості населення у розрахунку на 1 лікарняне ліжко [21, с.16].

Динаміка мережі лікувально-профілактичних закладів, які розташовані у сільській місцевості представлено в табл. 2.4. Як видно з таблиці, у сільській місцевості практично на 80 % скоротилась мережа лікарняних закладів. Так, якщо у 2012 р. їх кількість складала 268 одиниць, то вже у 2017 р. тільки 52 одиниці. Скоротилась і мережа лікарських амбулаторій і поліклінік. У 2017 р. функціонувало тільки 474 таких закладів, проти 11553 у 2012 р.

Таблиця 2.4 – Динаміка мережі лікувально-профілактичних закладів,
розташованих у сільській місцевості

Показники	Роки					Відхилення 2017-2012 +,-
	2012	2013	2015	2016	2017	
Кількість лікарняних закладів	268	114	74	63	52	-216
У них ліжок	6486	3832	3128	2768	2734	-3752
Із загальної кількості лікарняних закладів:						
центральні районні лікарні	6	6	9	9	10	+4
районні лікарні	28	22	14	14	13	-15
дільничі лікарі	238	84	49	37	26	-212
диспансери	2	1	1	1	-	-2
спеціалізовані лікарні	1	-	-	-	-	-1
інші заклади	-	1	1	2	3	+3
Кількість самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік	2988	911	525	468	474	-2514
Кількість фельдшерсько-акушерських пунктів	11553	14154	13205	13133	13005	+1452

Джерело: сформовано автором на основі [21, с.20].

Проаналізуємо тенденції, які мають місце з матеріальними ресурсами охорони здоров'я для жінок і дітей. Динаміку закладів охорони здоров'я для жінок і дітей представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка кількості закладів охорони здоров'я для жінок і дітей

Роки	Жіночих консультацій і акушерсько-гінекологічних відділень	Дитячих поліклінік і закладів, у складі яких перебувають дитячі відділення	Дитячих лікарняних закладів (система МОЗ)	Пологових будинків (система МОЗ)	У них ліжок	Кількість лікарських ліжок для вагітних і породіль	
						усього	На 10 000 жінок віком 15-49 років
2012	1614	2037	127	86	12708	21969	19,5
2013	1440	1381	126	88	12756	21762	19,6
2014	1225	1082	92	74	10885	18515	17,8
2015	1259	1070	93	74	10827	18306	17,8
2016	1232	1054	93	76	10925	17393	17,2
2017	1229	1063	90	75	10771	17006	17,0
2017/ 2012 %	76,1	52,2	70,9	87,2	84,6	77,4	3,5

Джерело: сформовано автором на основі [21, с. 22].

За усіма представленими показниками впродовж досліджуваного періоду має місце спадна динаміка. Найсуттєвіше (практично на половину) скоротилась кількість дитячих поліклінік і закладів, у складі яких перебувають дитячі відділення. Зазначимо, що в Україні в період з 2012-2017 р. розширюється мережа фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів, що забезпечують надання долікарської медичної допомоги населенню. Такі пункти створюється для надання долікарської медичної допомоги на території одного або декількох населених пунктів, де немає інших надавачів безоплатної первинної медичної допомоги [32]. Таблиця 2.6 демонструє динаміку таких пунктів.

Таблиця 2.6 – Динаміка мережі фельдшерськоакушерських/фельдшерських пунктів

Роки	Фельдшерсько-акушерські пункти, од.	Фельдшерські пункти, од.
2012	11627	1180
2013	14215	1065
2014	13347	853
2015	13209	748
2016	13133	733
2017	13006	711
2017/2012, %	111,9	60,3

Джерело: сформовано автором на основі [21, с. 22].

Зазначимо, що впродовж досліджуваного періоду кількість фельдшерсько-акушерських пунктів зросла на 11,9 %. У той же час на 39,7 % скоротилась мережа фельдшерських пунктів. До матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я належать аптеки, у яких виготовляються і відпускаються ліки. Впродовж досліджуваного періоду спостерігаємо різномірні тенденції (рис. 2.7).

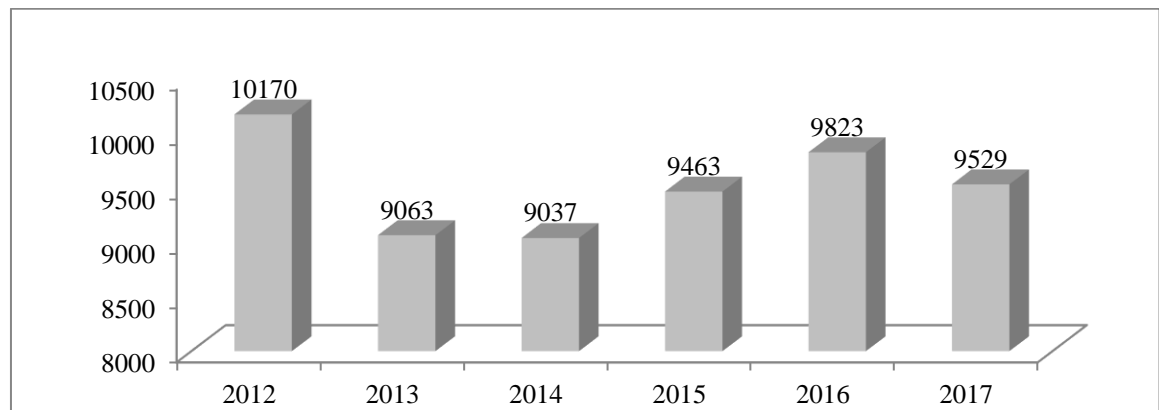


Рисунок 2.7 – Динаміка кількості аптек в Україні
Джерело: [31].

Проаналізуємо оснащення лікарняних закладів. Динаміка обладнання закладів охорони здоров'я України представлено у табл. 2.7 .

Таблиця 2.7 – Динаміка наявності обладнання у закладах охорони здоров'я України

Показники	Роки					Темп зміни 2017/2012
	2013	2012	2014	2015	2017	
Кількість УЗД апаратів	4620	4556	4054	4186	4289	94,1
Кількість УЗД досліджень тис.осіб	27613	27590	24127	24716	24954	90,4
Кількість МРТ апаратів	57	53	49	50	52	98,1
Кількість МРТ досліджень	189446	177048	151350	170390	176172	99,5
Кількість ендоскопічних апаратів	4170	4047	3419	3465	3446	85,1
Кількість ендоскопічних досліджень	1899,1	1826,2	1577,4	1631,2	1625,8	89,0
Кількість гемодіалізних апаратів	1023	941	981	1032	1161	123,4
Кількість гемодіалізних досліджень	665,4	607,7	660,2	713,7	738,6	121,5

Джерело: [33].

Не дивлячись на значну кількість обладнання для обстеження стану здоров'я громадян має місце той факт, що значна його кількість знаходиться не в робочому стані, або ж взагалі не придатна до експлуатації (50 % обладнання є застарілим). Такий стан матеріально-технічного забезпечення установ охорони здоров'я є гострою проблемою. Це є і причиною зниження життєвого рівня населення, що зумовлює зростання захворюваності [34]. Так, у 2017 р. діючими в Україні були тільки 85,8 % УЗД апаратів, 84,6 % МРТ апаратів, 75,1 % ендоскопічних апаратів. Тривожним є той факт, що навіть у столиці в робочому стані нині знаходяться тільки 69,2 % МРТ апаратів. Вважаємо, що раціональне використання обладнання сприятиме доступності населення до якісних медичних послуг.

Виникає занепокоєння і той факт, що в Україні у 2017 р. частка осіб, у яких уперше виявлено захворювання крові та кровотворних органів складає 6,7%, у той же час коли у 2012 р. - 6,2%. Проте, впродовж досліджуваного періоду на 23,4 % збільшилась кількість гемодіалізних апаратів, що дала змогу у 2017 році пройти обстеження 738,6 тис. осіб.

За досліджуваний період має місце зростання частки високотехнологічного медичного обладнання для обстеження жінок. Відомо, що ультразвукове дослідження вагітних жінок значно знижує народжуваність дітей зі вродженими недоліками розвитку і спадковими патологіями. Так, у 2016 р. ультразвукове дослідження пройшли 95,7 % вагітних жінок. Вимогою часу стала тенденція наявності в кожному районі переносного ультразвукового сканера. Зазначимо, що клінічна база високоспеціалізованої медичної допомоги передбачає використання пріоритетних наукових досліджень, а також потребує висококваліфікованого обслуговування, яке має надаватися в спеціально обладнаних центрах і спеціалізованих лікарнях [35].

Використавши методику оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, ми розрахували показник розвитку матеріальних ресурсів (додаток Ж.1). За нашими підрахунками в середньому по Україні він зріс від 0,25 у 2012 р. до 0,35 у 2017 р. (рис. 2.8). Найвищим він є у Черкаській (0,52), Івано-Франківській, Рівненській, Сумській, Чернігівській (0,46), Житомирській (0,41) областях. Найнижчим він є у Кіровоградській області (0,28) та Закарпатській областях (0,32). Слід зазначити, що у Донецькій та Луганській областях цей показник є із знаком «-», що вказує на тотальне скорочення матеріальних ресурсів.

Отримані дані засвідчують, що в Україні в середньому спостерігається середня стійкість тенденцій до спадання темпів росту інтегрального показника розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Однак дана тенденція із слабкою стійкістю рівнів динамічного ряду.

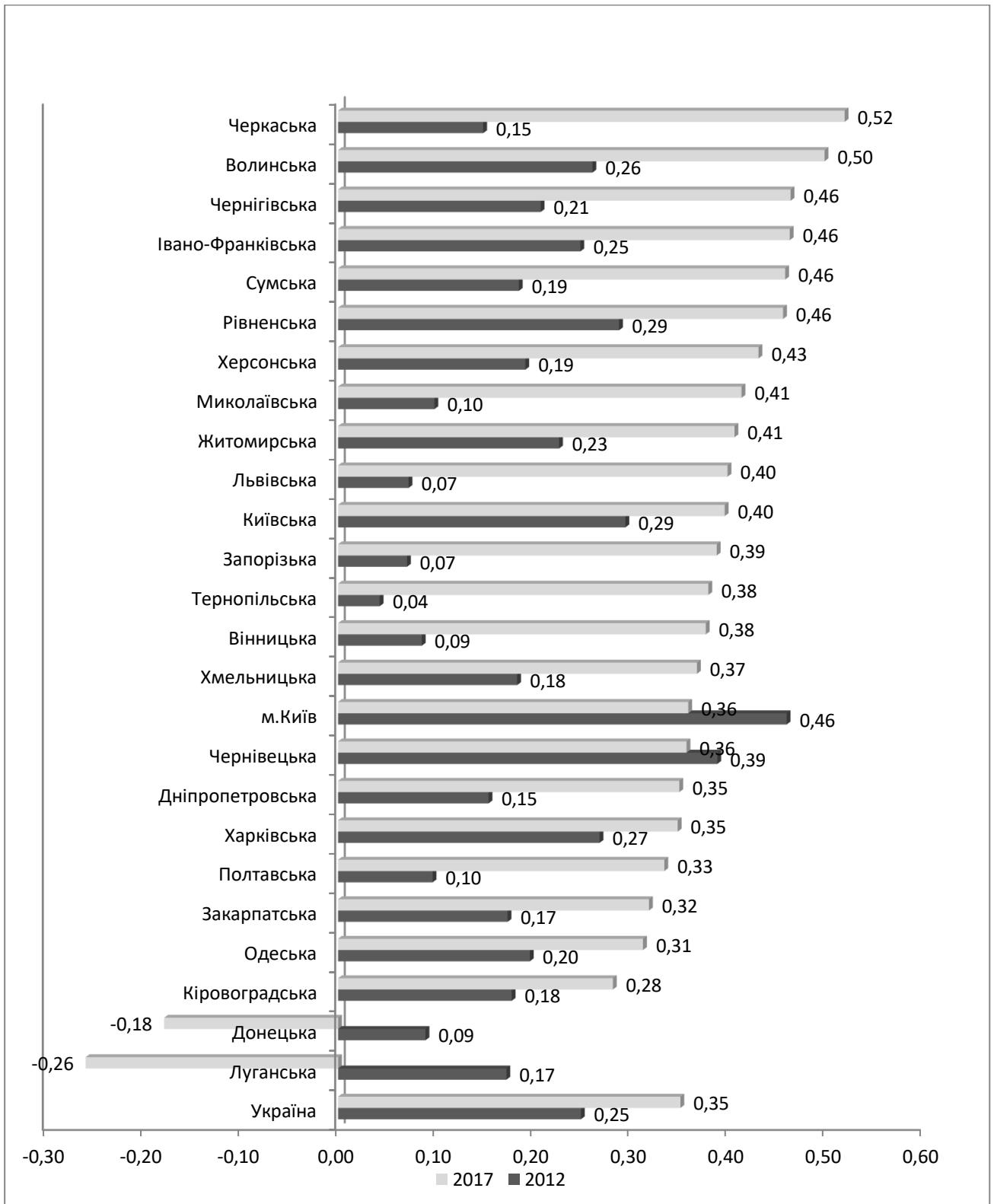


Рисунок 2.8 – Результати оцінювання показника розвитку матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я України.

Проведемо групування регіонів України за складовими показника стійкості росту матеріальної складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Групування регіонів України за складовими показника стійкості росту матеріальної складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Складові стійкості росту		Області
Стійкість тенденцій зміни показника розвитку	Стійкість рівнів динамічного ряду	
Слабка стійкість спадання $-0,3 \leq K_p < -0,3$	Слабка	Одеська, Сумська, м. Київ
Слабка стійкість зростання $0,1 \leq K_p < 0,3$	Висока	Донецька
	Слабка	Запорізька, Київська, Рівненська, Тернопільська
Нестійка тенденція зростання $-0,1 \leq K_p < 0$	Слабка	Херсонська, Закарпатська
Середня стійкість спадання $-0,5 \leq K_p < -0,3$	Слабка	Житомирська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, полтавська, Харківська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська
Середня стійкість зростання $0,3 \leq K_p < 0,5$	Слабка	Дніпропетровська
Висока стійкість спадання $K_p < -0,5$	Слабка	Вінницька, Волинська, Кіровоградська
Висока стійкість зростання $0,5 \leq K_p$	Висока	Луганська

Примітка: складено автором згідно проведених розрахунків

Розрахунки свідчать про те, що у більшості областей України спостерігаємо середню стійкість до спадання показника розвитку із слабкою стійкістю рядів динамічного ряду (додаток Ж.2-Ж.3). Слабка стійкість зростання тенденцій показника розвитку демонструють Донецька, Запорізька, Київська, Рівненська, Тернопільська області. Нестійка тенденція до зростання має місце у Херсонській області. Середня стійкість зростання тенденцій має місце у Дніпропетровській області. І тільки одна Луганська область демонструє високу

стійкість зростання тенденцій показника матеріального забезпечення сфери охорони здоров'я.

Розглянемо наступну складову економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України - трудові ресурси, від наявності яких та їх професіоналізму залежать якість та своєчасність надання медичних послуг. Кадри значною мірою відповідальні за проведення ефективних реформ у галузі охорони здоров'я. А зміцнення кадрового забезпечення, на думку Гуцейлюка О., дедалі частіше визнають ключовим фактором стійкої роботи сфери охорони здоров'я [36, с.110].

Динаміку основних показників представлено у табл. 2.9. Матеріали досліджень вказують на те, що в Україні впродовж досліджуваного періоду зменшується чисельність медичних працівників. Так, якщо у 2012 р. чисельність лікарів складала 217,2 тис. осіб, то вже у 2017 р. тільки 186,2 тис. осіб, що на 14,3 % менше. Аналогічну тенденцію спостерігаємо і щодо чисельності середнього медичного персоналу. Їх кількість зменшилась на 18,4%.

Таблиця 2.9 – Динаміка основних показників трудових ресурсів охорони здоров'я України

Показники	Роки						Темп зміни 2017/2012
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Кількість лікарів, тис. осіб	217,2	217,3	186,0	186,2	186,8	186,2	85,7
на 10 тис. населення	47,9	48,01	43,51	43,7	44,0	44,1	92,1
Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	441	441	379	372	367	360	81,6
на 10 000 населення	97,2	97,4	88,6	87,3	86,5	85,4	87,9
Особи пенсійного віку, %	21,47	21,21	24,34	24,01	24,11	24,47	1,14
Кількість посад зайнятих за сумісництвом, тис. осіб	19,6	19,3	14,3	13,4	12,9	13,1	66,8

Джерело: сформовано автором на основі [21].

За даними автоматизованої бази даних МОЗ України укомплектованість лікарями нині становить тільки 78,25 %. Зокрема, медичних закладів місцевого підпорядкування 79 %, лабораторних центрів МОЗ України – 59 %, закладів, безпосередньо підпорядкованих МОЗ України 70 %. Рівень забезпеченості лікарями на 10 тис. населення в середньому по Україні на початок 2018 року склав 44,1, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає і організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів та вчених. Тож рівень забезпеченості лікарями на 10 тис. населення з врахуванням тільки осіб, які надають медичну допомогу в Україні 32,62, що дещо нижчий, ніж середньоєвропейський показник. Слід зазначити, що рівень забезпеченості лікарями в різних областях держави дуже диференціюється. Так, найкраще забезпечені лікарями Івано-Франківська (61,3), Тернопільська (52,7), Харківська (57, 9), Чернівецька (60,1) області та столиця (85,3). Недостатня укомплектованість спостерігається у Чернігівській (37), Кіровоградській (35,4) та Миколаївській (33,9) областях.

Загалом на початок 2019 року в Україні не вистачало 42,3 тис. лікарів (з них майже 5 тисяч сімейних). Великим є і навантаження на одного середнього медичного працівника, яке за досліджуваний період збільшується. Так, середній показник в Україні у 2010 році склав 98 осіб, а вже у 2017 році аж 117. Найвищим є навантаження на таких працівників у Миколаївській (132), Закарпатській (121) та Одеській (120) областях. Найнижчим він є у столиці і складає 90 осіб. За аналізований період спостерігаємо значну кількість посад зайнятих за сумісництвом. Так, у 2017 році цей показник склав 13,1 тис. осіб. Коефіцієнт сумісництва 1,28.

Результати досліджень вказують на те, що впродовж досліджуваного періоду зростала чисельність медичних працівників пенсійного віку. У системі охорони здоров'я України у 2017 році їх частка склала 24,47 % (48,2 тис. осіб лікарі та майже 68 тис. медичний молодший персонал), у той же час коли у 2012

р. їх частка була тільки 21,47 %. Найбільше частка лікарів пенсійного віку у Донецькій (33), Херсонській, Черкаській (32), Миколаївській (31) областях. За таких показників є загроза появи кадрового дефіциту, особливо в районних та міських лікарнях, віддалених від обласних центрів.

Дуже гострою цю проблему виявлено на первинній ланці. Найбільшою є частка кадрів передпенсійного віку в Київській (29,44), Херсонській (28,67), Чернігівській (28,44), Луганській (28,36), Миколаївській (28,26), Дніпропетровській (27,78), Кіровоградській (28,49), Черкаській (31,5), Чернігівській (28,44) областях. Особливе занепокоєння кадрове забезпечення викликає у Миколаївській, Херсонській та Кіровоградській областях, де спостерігаємо значну частку лікарів пенсійного віку поряд з найнижчою забезпеченістю лікарями.

Слід зазначити, що для України властиве таке явище як трудова міграція працівників охорони здоров'я. Офіційна статистика такі дані не представляє. Проте за даними профспілки медпрацівників України, щорічно країну полишають 6 тисяч лікарів. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, лікарі, що покидають країну, проходять у графі «інші». Таких - 4,2% усіх трудових мігрантів, ...а це близько 50,5 тисяч «інших» фахівців [37]. Така європейська держава як Польща готова заповнити кадрову нішу в медичній галузі за рахунок медиків з України [38].

За даними МОЗ України, лише для покриття природної плінності щороку необхідно близько 7,7 тис. лікарів. Недостатнє кадрове забезпечення у сфері охорони здоров'я відбивається на її внутрішньогалузевій структурі, яка характеризується зростанням кількості спеціалістів популярних спеціалізацій (табл. 2.10). Співвідношення чисельності лікарів сімейної медицини до чисельності хірургів всередньому по Україні становить 0,43. За регіональною ознакою це співвідношення коливається від від 0,18 до 0,62. На початок 2018 року у сфері охорони здоров'я працювало 15020 лікарів сімейної медицини. Додаткова потреба в лікарях цієї спеціальності становила 5016 осіб.

Таблиця 2.10 – Динаміка розподілу лікарів за окремими спеціальностями на 10 тис. нас.

Показники	Роки						Відхилення 2017-2012 +, -
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Терапевти	9,9	9,7	8,5	8,4	8,4	8,3	-1,6
Хірурги	7,1	7,2	6,5	6,5	6,5	6,5	-0,6
Акушери-гінекологи	3,0	3,0	2,7	2,7	2,7	2,7	-0,3
Педіатри	3,2	3,1	2,7	2,7	2,6	2,6	-0,6
Стоматологи	6,7	6,8	6,3	6,3	6,3	6,3	-0,4
Сімейні лікарі	2,3	2,7	2,9	3,2	3,5	3,6	+1,3

Джерело: сформовано автором на основі [21].

Від нестачі кадрів, поряд з потребами служби первинної ланки, потерпають невідкладна допомога, педіатрична та фтизіатрична служба, рентгенслужба, патологоанатомічна та лабораторна служби [39, 40].

Вітчизняні експерти Г. Слабкий [38], Т. Понченко [41], Ю. Вороненко, Н. Гойда, Б. Криштопа та ін. [42] вказують на ще одну сучасну проблему кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я України - недостатній рівень практичної підготовки молодих спеціалістів галузі, а також недостатність фахових менеджерів охорони здоров'я.

Короленко В., Юрочко Т. вважають, що значна частина управлінського персоналу в сфері охорони здоров'я не готова до роботи в сучасних умовах, адже нездатні аналізувати, розробляти, відстоювати, реалізовувати, вчасно коригувати рішення, не завжди є відповідальними за доручені справи [43, с. 40, с. 96.].

Для надання медичної допомоги важливим є безперебійна робота аптек та аптечних пунктів. Динаміку забезпеченості фармацевтами та провізорами в бюджетних та госпрозрахункових закладах демонструє рис. 2.9. Результати досліджень вказують на те, що тут має місце недостатня укомплектованість кадрами. Так, у 2012 році вона склала 83 %, а у 2017 році тільки 79 %.

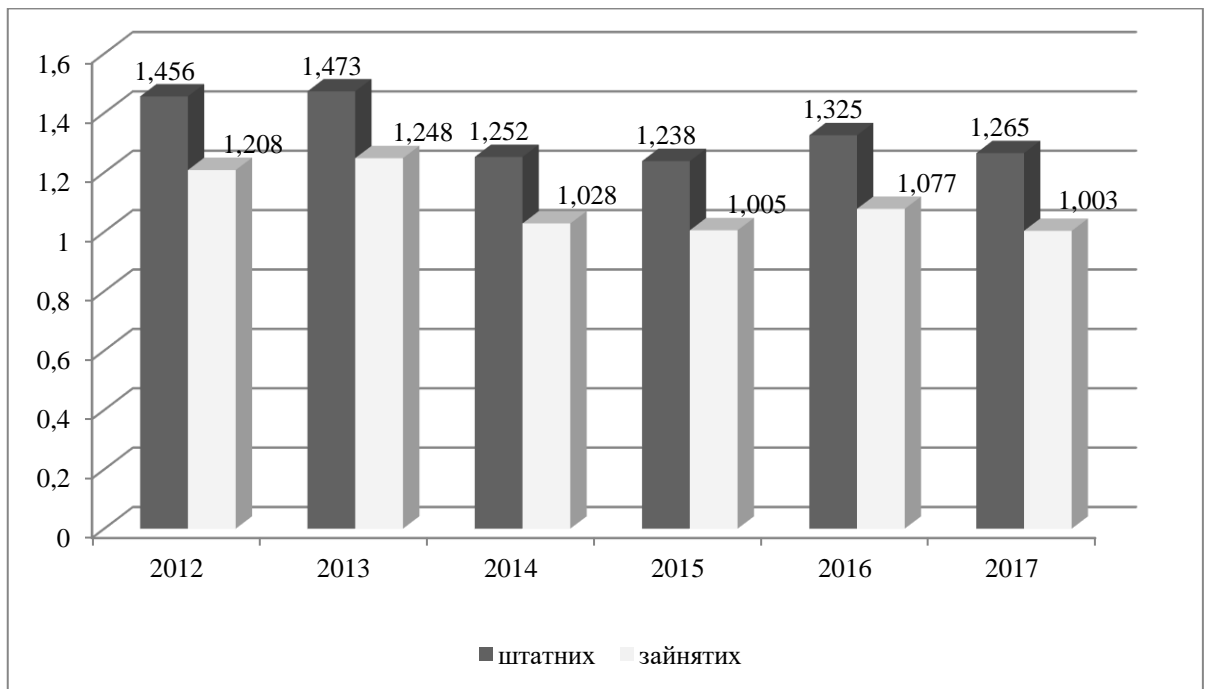


Рисунок 2.9 – Динаміка забезпеченості фармацевтами та провізорами, тис. осіб.

Джерело: сформовано автором на основі [21].

Використавши методику оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, ми розрахували показник розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я (додаток 3.1). За нашими підрахунками в середньому по Україні він зріс з 0,33 у 2012 р. до 0,42 у 2017 р. (рис. 2.10).

Найвищим він є у Запорізькій (0,56), Житомирській (0,53), Вінницькій (0,52) областях та в м. Києві (0,52). Найнижчим він є у Київській (0,29) та Миколаївській (0,21) областях. Слід зазначити, що у Донецькій та Луганській областях цей показник є із знаком «-», що вказує на тотальне скорочення трудових ресурсів. Отримані дані засвідчують, що в Україні в середньому спостерігається нестійка тенденція до зростання показника розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я із високою стійкістю динамічного ряду (Додатки 3.2-3.3).

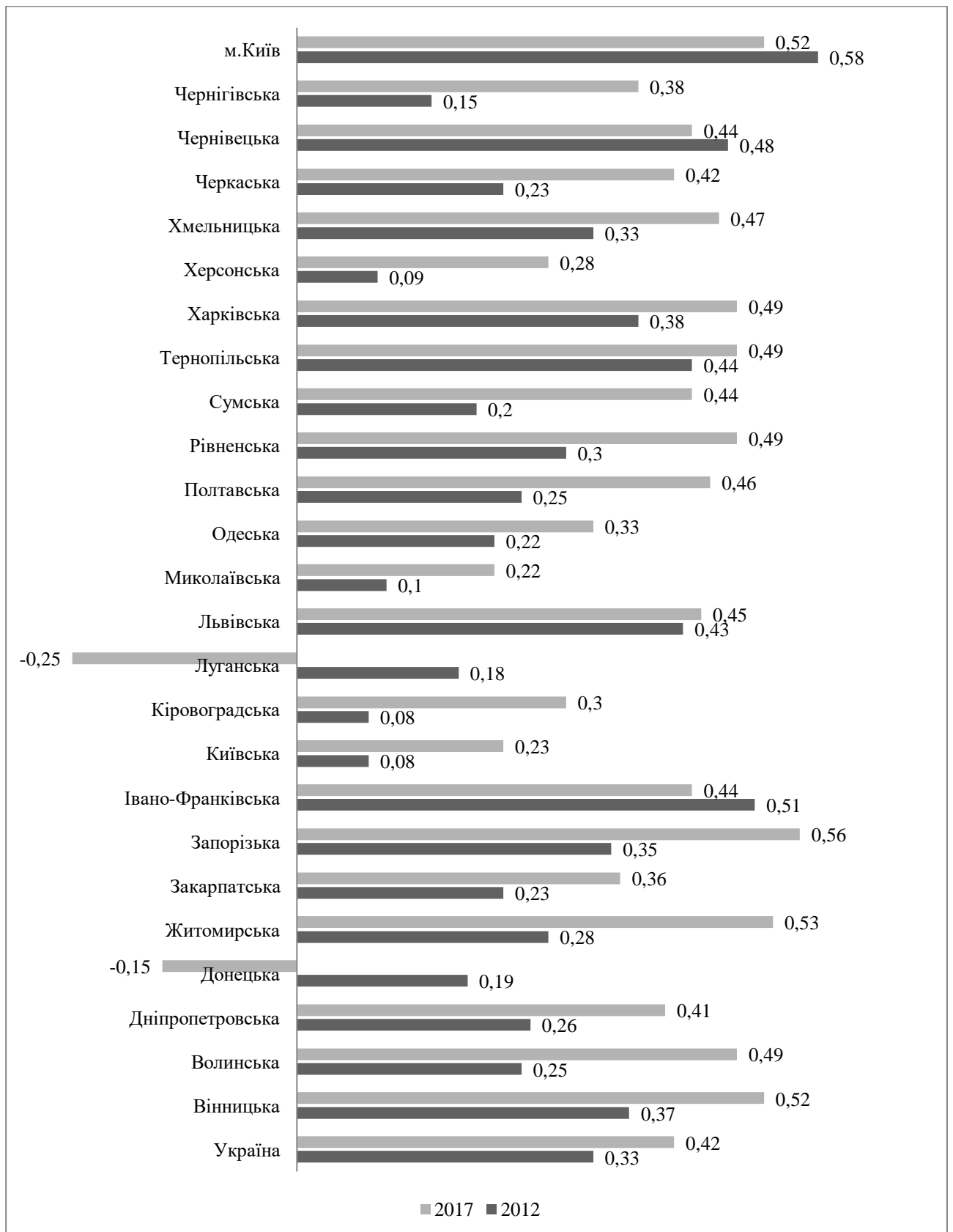


Рисунок 2.10 – Показник розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я України

Проведемо групування регіонів України за складовими показника стійкості росту складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України- трудові ресурси (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 – Групування регіонів України за складовими показника стійкості росту трудових ресурсів сфери охорони здоров'я України

Складові стійкості росту		Області
Стійкість тенденцій зміни показника розвитку	Стійкість рівнів динамічного ряду	
Слабка стійкість зростання $0,1 \leq K_p < 0,3$	Висока	Тернопільська
	Середня	Закарпатська, Рівненська
	Слабка	Одеська, Черкаська
Нестійка тенденція зростання $-0,1 \leq K_p < 0$	Висока	Вінницька, Запорізька, Хмельницька
	Середня	Житомирська, Полтавська, Сумська, м. Київ
	Слабка	Волинська, Київська, Кіровоградська, Харківська, Херсонська, Черкаська
Середня стійкість зростання $0,3 \leq K_p < 0,5$	Висока	Львівська
	Слабка	Донецька
Висока стійкість зростання $0,5 \leq K_p$	Висока	Івано-Франківська, Луганська, Миколаївська, Чернівецька

Примітка: складено автором згідно проведених розрахунків

Розрахунки свідчать про те, що у більшості областей України спостерігаємо нестійку тенденцію до зростання показника розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я. Слабку стійкість зростання показника демонструє Тернопільська, Закарпатська, Рівненська, Одеська та Черкаська області. Висока стійкість зростання показника розвитку трудових ресурсів має місце в Івано-Франківській, Луганській, Миколаївській та Чернівецькій областях.

Проаналізуємо та представимо результати оцінювання фінансової складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Основні показники фінансування охорони здоров'я демонструють зростаючу динаміку (табл. 2.12).

Таблиця 2.12 – Загальні тенденції державного фінансування сфери охорони здоров'я України

Показники	Роки					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я, млрд. грн	61,12	61,57	57,15	71,0	75,50	102,39
Витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн.	2391,7	2548,2	2 743	3 630	4264,3	4119,0
Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	4,12	4,22	3,60	3,57	3,17	3,43
Загальні видатки зведеного Державного бюджету, %	13,1	12,17	10,92	10,44	9,03	9,69
Видатки місцевих бюджетів, млрд грн. %	46,01	48,69	46,57	59,55	63,04	85,66

Джерело: складено на основі [44].

За досліджуваний період видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшилися на 59 %. Це скоріш носить номінальний характер, а не реальне зростанням видатків, оскільки загальні витрати на охорону здоров'я від ВВП демонструють спадну тенденцію (з 4,12% у 2012 році до 3,43% у 2017 році). Спостерігаємо і скорочення обсягів загальних видатків зведеного бюджету з 13,1% у 2012 році до 9,69% у 2017 році.

Міжнародний досвід визначає, що оптимальний рівень витрат на охорону здоров'я становить 8-10 % ВВП і дані по країнах-членах ЄС це підтверджують (п. 1.3. розділу 1). Низьке фінансування часто вважають причиною проблем у сфері охорони здоров'я. Так, у 2016 році в Україні зареєстровано у п'ять разів більше випадків захворювання на туберкульоз, ніж у Туреччині чи Польщі, й у 14 разів більше, ніж у Словаччині – хоча це й менша цифра, ніж десять років тому [45]. Упродовж 2012–2017 роках частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я зростала. Найвищою вона була у 2017 році - 85,66 %. Динаміку видатків на охорону здоров'я в розрізі ланок бюджетної системи України представлено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13 – Динаміка видатків на охорону здоров'я в розрізі ланок бюджетної системи України, млрд грн.

Структура бюджету	Роки					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Державний бюджет	12,91	12,88	10,58	11,45	12,46	16,73
Обласні, міські бюджети та м. Києва	23,61	23,74	23,53	29,11	29,88	39,41
Бюджети міст обласного підпорядкування	13,69	13,16	11,77	15,76	17,1	23,32
Районні бюджети	11,80	11,73	11,25	14,67	15,73	22,07
Селищні бюджети	0,04	0,04	0,01	0,01	0,01	0,01
Сільські бюджети	0,01	0,02	0,01	0	0	0,01
Бюджети об'єднаних територіальних громад	0	0	0	0	0,32	0,84

Джерело: складено на основі [46].

Згідно проведених досліджень, впродовж досліджуваного періоду спостерігаємо збільшення видатків районних бюджетів (на 87 %) та бюджетів міст обласного підпорядкування (на 70,3 %). Структура видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я представлено в табл. 2.14.

Таблиця 2.14 – Динаміка структури видатків зведеного Державного бюджету на охорону здоров'я

За функціональним призначенням	Роки					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога	20,3	20,7	21,5	20,0	21,7	22,2
Лікарні та санаторно-курортні заклади	64,9	65,4	65,4	64,8	61,5	61,1
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,4
Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	11,3	11,6	11,5	13,0	14,7	14,9

Джерело: складено на основі [47].

Видатки загального фонду зведеного бюджету найбільше витрачалися на лікарні та санаторно-курортні заклади (в середньому 63,4 %). Видатки на поліклініки та амбулаторії, швидку та невідкладну допомогу у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я коливалися від 20,3 % у 2012 році до 22,2 % у 2017. Незважаючи на значні видатки державного та місцевих бюджетів на сферу охорони здоров'я, бюджетне фінансування не задовольняє реальні потреби населення. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги стає платною (табл. 2.15).

Таблиця 2.15 – Розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, %:

Показники	Роки							
	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Державні (включаючи державні фірми)	59,1	56,3	55,3	57,2	56,2	51,7	48,7	44,8
Приватні фірми і корпорації	2,8	2,6	2,5	2,4	2,5	2,1	1,6	1,7
Домогосподарства	37,8	40,8	41,9	40,2	41,1	46,0	49,3	52,8
Донори	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7

Джерело складено на основі [42].

Окрім цього, ми спостерігаємо тенденції, що вказують на стрімке зростання витрат домогосподарств на охорону здоров'я. Так, якщо у 2005 р. домогосподарства витратили на збереження здоров'я 37,8 % своїх доходів, то вже у 2012 році 52,8 %. В середньому за місяць одне домогосподарство в Україні у 2017 році витратило від 171,91 грн. (Одеська область) до 373,08 грн. (Тернопільська).

Недостатність коштів, виділених державою на медичну сферу призвело до зростання обсягів прямих платежів населення за медичні послуги і значно ускладнює доступ населення з низькими доходами до отримання якісних послуг. Крім того, дефіцит коштів, виділених на сферу охорони здоров'я не дозволяє захистити населення від поширення небезпечних захворювань, замінити застаріле медичне обладнання, знизити обсяг платних медичних послуг і

незаконних платежів пацієнтів, встановити належний рівень оплати медичним працівникам тощо [48, с.77; 49, с.83].

Вивчення міжнародного досвіду свідчить про те, що вирішити певне коло проблем пов'язаних із здоров'ям населення можна запроваджуючи медичне страхування. Так, у Німеччині кожен найманий працівник, який заробляє не більше 48,6 тис. євро на рік, автоматично страхується в державній лікарняній касі. Щомісячний внесок нині складає 15,5% від заробітної плати, з яких 7,3% вносить роботодавець, а 8,2 % – працівник. Дія страховки поширюється на неповнолітніх дітей працівника і його/її дружину/чоловіка, якщо та/той не працює. На пільговий умовах у державних касах страхують студентів вищих навчальних закладів та професійно-технічних навчальних закладів. Право на державне медстрахування мають безробітні та пенсіонери [50, с.22].

В сучасних умовах розвитку держави добровільне медичне страхування поступово набирає популярності, а обов'язкове (незважаючи на численні законопроекти) – до нині відсутнє. Матеріали досліджень свідчать про те, що частка укладених договорів добровільного медичного страхування у загальній кількості укладених договорів у 2017 році склала 17,9 %, у той же час коли у 2015 р. тільки 4,55 % [51]. Таку тенденцію можна пояснити усвідомленням громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування в умовах недостатнього бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я. Вважаємо, що на зміцнення здоров'я має бути спрямована діяльність не тільки сфери охорони здоров'я, а галузі промислової фармації, сервісні послуги в медичній сфері [52].

Використавши методику оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я, ми розрахували показник забезпеченості фінансовими ресурсами (додаток 3.1). За нашими підрахунками у 2012 та 2017 рр. він практично не змінився, адже складав у 2012 р. 0,4, а у 2017 - 0,39. Проте, у 2013 року він був найвищим (0,51). Якщо досліджувати регіональний розріз, то за досліджуваний період значно покращилось фінансування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Чернігівській та Полтавській областях (рис. 2.11).

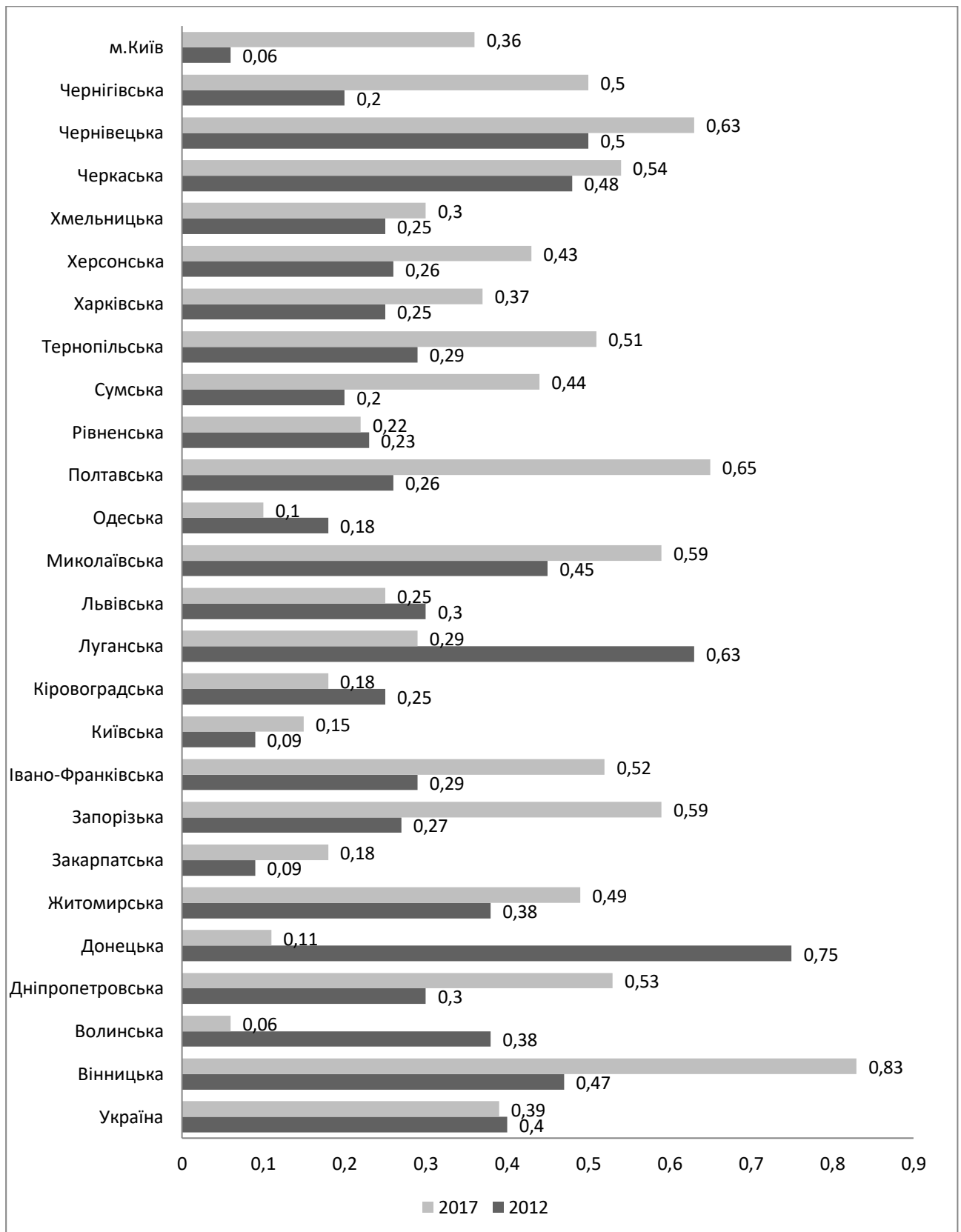


Рисунок 2.11 – Результати оцінювання показника розвитку фінансових ресурсів

Найвищим показник розвитку фінансових ресурсів у 2017 р. був у Вінницькій (0,84), Полтавській (0,65) та Запорізькій (0,59) областях. Найнижчим у Волинській області (0,06). Отримані дані засвідчують, що в Україні в середньому спостерігається висока стійкість тенденцій до спадання темпів росту показника розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я із середньою стійкістю рівнів динамічного ряду (додатки 3.2-3.3).

Проведемо групування регіонів України за складовими показника стійкості росту фінансової складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України (табл. 2.16).

Таблиця 2.16 – Групування регіонів України за складовими показника стійкості росту фінансової складової економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Складові стійкості росту		Область
Стійкість тенденцій зміни показника розвитку	Стійкість рівнів динамічного ряду	
Слабка стійкість спадання $-0,3 \leq K_p < -0,3$	Слабка	Дніпропетровська, Житомирська, Кіровоградська, Миколаївська, Полтавська, Чернігівська
Слабка стійкість зростання $0,1 \leq K_p < 0,3$	Слабка	Луганська, Сумська,
Нестійка тенденція спадання $0 \leq K_p < 0,1$	Слабка	Вінницька, Херсонська
Нестійка тенденція зростання $-0,1 \leq K_p < 0$	Слабка	Донецька
Середня стійкість спадання $-0,5 \leq K_p < -0,3$	Слабка	Одеська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька
Середня стійкість зростання $0,3 \leq K_p < 0,5$	Слабка	Київська, Рівненська
Висока стійкість спадання $K_p < -0,5$	Слабка	Волинська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Харківська
Висока стійкість зростання $0,5 \leq K_p$	Слабка	м. Київ

Примітка: складено автором згідно проведених розрахунків

Результати розрахунків свідчать про те, що в більшості областей України має місце слабка чи висока стійкість спадання показника розвитку фінансового забезпечення. Високу стійкість зростання демонструє тільки столиця. Зазначимо, що в усіх областях держави стійкість рівнів динамічного ряду є слабкою.

Результати розрахунку інтегрального показника економічного забезпечення сфери охорони здоров'я вказують на те, що в середньому в Україні у 2017 році він склав 0,28 проти 0,21 у 2012 році (додаток И.1). В регіональному розрізі він є різномірним. Слід відзначити Вінницьку, Запорізьку, Івано-Франківську, Полтавську, Черкаську та Чернігівську області, де інтегральний показник є значно вищим, а ніж середній по Україні (рис.2.12).

У таких областях, як Донецька, Кіровоградська та Луганська за досліджуваний період інтегральний показник економічного забезпечення є найнижчим.

Проведемо групування регіонів України за складовими показника стійкості росту інтегрального показника економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України (табл. 2.17).

Отримані дані засвідчують, що в Україні в середньому спостерігається висока стійкість тенденцій до спадання темпів росту інтегрального показника економічного забезпечення сфери охорони здоров'я (додатки И.2-И.3).

Причому, дана тенденція із високою стійкістю рівнів динамічного ряду. А у таких областях як, Запорізька, Кіровоградська, Львівська, Одеська, Тернопільська, Чернівецька області спостерігаємо високу стійкість спадання темпів приросту показника економічного забезпечення сфери охорони здоров'я із середньою стійкістю рівнів динамічного ряду.

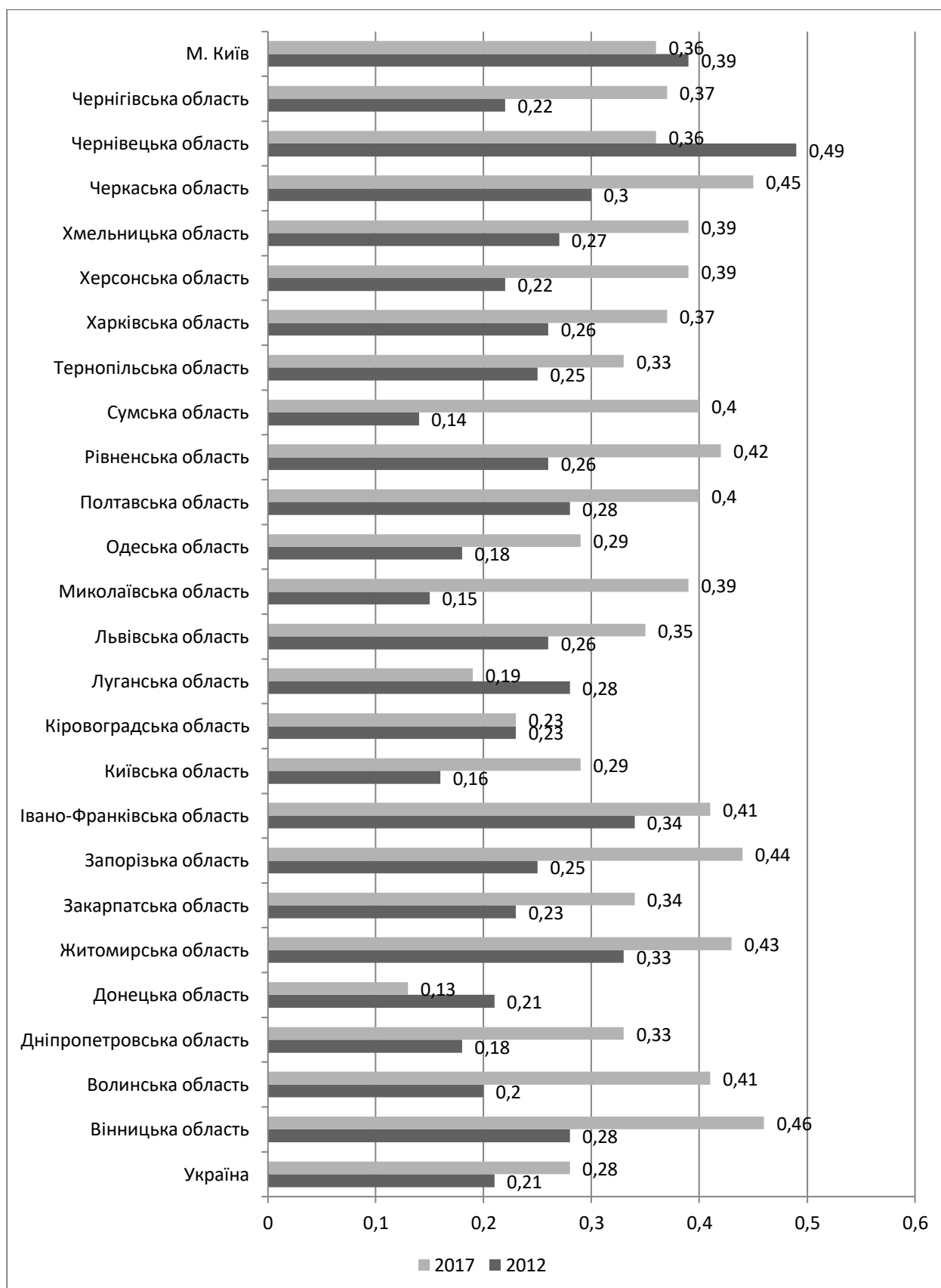


Рисунок 2.12 – Інтегральний показник економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Таблиця 2.17 – Групування регіонів України за складовими стійкості тенденцій економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України

Складові стійкості		Області
Стійкість тенденцій зміни показника розвитку	Стійкість рівнів динамічного ряду	
Слабка стійкість спадання $-0,3 \leq K_p < -0,3$	Висока	Вінницька
	Середня	м. Київ
	Слабка	Дніпропетровська, Миколаївська
Слабка стійкість зростання $0,1 \leq K_p < 0,3$	Середня	Луганська
	Слабка	Київська
Нестійка тенденція спадання $0 \leq K_p < 0,1$	Висока	Волинська
Нестійка тенденція зростання $-0,1 \leq K_p < 0$	Слабка	Сумська
Середня стійкість спадання $-0,5 \leq K_p < -0,3$	Середня	Хмельницька
	Слабка	Закарпатська, Полтавська, Херсонська, Чернівецька
Середня стійкість зростання $0,3 \leq K_p < 0,5$	Слабка	Рівненська
Висока стійкість спадання $K_p < -0,5$	Середня	Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька
	Слабка	Одеська, Харківська, Чернігівська
Висока стійкість зростання $0,5 \leq K_p$	Слабка	Донецька

Примітка: складено автором згідно проведених розрахунків

Тільки одна Донецька область демонструє високу стійкість до зростання показника економічного забезпечення. Проте стійкість рівнів динамічного ряду є слабкою.

Висновок до розділу 2

На основі визначення передумов формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави, обґрунтування методики оцінювання та представлення результатів діагностики й оцінки сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я зроблено такі висновки.

1. Шлях України визначається спрямованістю до сталого розвитку, чого прагне кожна галузь економіки, зокрема і сфера охорони здоров'я. Оскільки основою сталого розвитку є невід'ємні права людини на життя та повноцінне благополуччя, то вважаємо, що тільки здорова людина може забезпечити такий розвиток. Зроблено висновок про те, що здоров'я є як надбанням людини, так і показником добробуту суспільства. Зазначено, що такий показник, як середня очікувана тривалість життя під час народження входить до Індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни світу.

2. Визначено передумови формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави. Встановлено, що здоров'я людини є своєрідним індикатором її роботи. Виявлено фактори, які впливають на стан здоров'я громадян (демографічна ситуація, матеріальний стан населення, науково-технічний прогрес, освіта, культура, житлові умови, ступінь забруднення повітря, води, ґрунту тощо) та проаналізовано їх. Підтверджено, що економічні, соціальні та екологічні фактори впливають на здоров'я людини та певною мірою позначаються на формуванні економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави і його використанні. У реальних умовах ці фактори об'єднані різноманітними взаємозв'язками.

3. Обґрунтовано методику оцінювання сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Результати розрахунку вказують на те, що в середньому в Україні у 2017 році інтегральний показник розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я є дуже низьким і становить 0,28. В регіональному розрізі він є різноманітним: найвищим у Чернівецькій (0,49) та Вінницькій (0,46) областях і найнижчим у таких областях, як Донецька,

Кіровоградська та Луганська. Проведено групування областей України за складовими стійкості, а саме за стійкістю тенденцій до зміни показника розвитку та стійкістю рівнів динамічного ряду. Отримані результати засвідчують, що в Україні в середньому спостерігається висока стійкість тенденцій до спадання темпів росту інтегрального показника розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Крім того, ця тенденція з високою стійкістю рівнів динамічного ряду.

4. Здійснено аналіз та оцінено матеріальні ресурси сфери охорони здоров'я. Виявлено такі тенденції: зменшення кількості лікарняних закладів і ліжкомісць у них (особливо у сільській місцевості); збільшення кількості лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів; розширення мережі фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів; скорочення кількості закладів охорони здоров'я для жінок і дітей; скорочення кількості медичного обладнання для діагностики стану здоров'я населення; нераціональне їх використання. Обчислений інтегральний індекс розвитку матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я держави підтверджує зростання від 0,24 у 2012 р. до 0,35 у 2017 р. Найвищим він є у Черкаській, Івано-Франківській, Рівненській, Сумській, Чернігівській, Житомирській областях. Найнижчим – у Кіровоградській та Закарпатській областях. Розвиток має середню стійкість до спадання зі слабкою стійкістю рядів динамічного ряду.

5. Проведено діагностику сучасного стану трудових ресурсів сфери охорони здоров'я України. Виявлено такі закономірності розвитку: зменшення чисельності медичних працівників (і лікарів, і середнього медичного персоналу); недоукомплектованість медичних закладів кадрами; зростання чисельності медичних працівників пенсійного віку; трудова міграція; зростання популярності такої спеціалізації фахівців як сімейний лікар; недостатня укомплектованість аптек фармацевтами та провізорами; недостатній рівень практичної підготовки молодих спеціалістів галузі, а також недостатність фахових менеджерів охорони здоров'я. Обчислений інтегральний індекс розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я України вказує на те, що

кращого стану досягли столиця, Запорізька та Вінницька області. Загалом в Україні спостерігається нестійка тенденція до зростання показника розвитку трудових ресурсів із високою стійкістю динамічного ряду.

6. Визначено трансформаційну динаміку та оцінено фінансове забезпечення сфери охорони здоров'я України. Виявлено недостатнє бюджетне фінансування; нераціональне його використання, зростання витрат домогосподарств на охорону здоров'я (як на медичні товари, так і на медичні послуги); незначне збільшення кількості укладених договорів добровільного медичного страхування. Обчислений інтегральний індекс фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я свідчить про те, що найкращого його стану досягли Вінницька, Донецька, Полтавська, Чернівецька області. Найслабшою є фінансова складова в Одеській та Закарпатській областях. Встановлено високу стійкість тенденцій спадання показника із середньою стійкістю динамічного ряду. Тільки столиця засвідчує високу стійкість зростання показника розвитку.

Результати досліджень, представлені у даному розділі, опубліковані у працях автора [7, 8, 9, 34, 49, 52] переліку використаних джерел.

Список використаних джерел до розділу 2

1. Указ Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>
2. Програма розвитку ООН: Доповідь про людський розвиток 2019. URL: <file:///C:/Users/Home/Downloads/UKR-HDR2019-overview-ukrainian.pdf>.
3. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2018 рік. Статистичний збірник URL: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/08/zb_tabl_nar_2018.pdf.
4. Booske B. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. B. Booske, J. Athens, D. Kindig, H. Park, P. Remington. Retrieved from URL:<https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>.
5. Петленко В.П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота: у 5 т./ Т. 5: Гармония чувств и образ жизн. Минск: Петроградский и КО: ООО Оракул. 1997. 359 с.
6. McGinnis J.M., Williams-Russo P., Knickman J.R. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. Health Affairs. Millwood va then Bethesda MA. 2002. Vol. 21. Part 2. P. 78–93.
7. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Фактори впливу на розвиток сфери охорони здоров'я України. *Причорноморські економічні студії*. 2018. № 25. С. 43-47.
8. Kinash I.P., Savchuk L.M. Methodological aspects of economic sustainable development of health care. International journal of recent scientific research 2017 URL: http://internationalscientificjournalnews.eu/wp-content/uploads/2018/03/ISSUE-1pp.1-19_20183.pdf
9. Савчук Л. М. Здоров'я населення як детермінанта сталого розвитку держави. Стратегічно-інноваційний розвиток суб'єктів економічної системи в умовах глобалізації: матеріали I Міжнародної наук.-практ. інтернет-конференції, (Кременчук, 16-18 листопада 2016 року). Кременчук: КрНУ. 2016. С. 91-93.
10. Dykha M. Key problems and challenges in Ukraine, solutions and approaches: the social aspect // Globalization: economic and social aspects: [collective

monograph]. – Kyiv – London: HEI «National Academy of Management», 2017. – P. 101–112.

11. Статистичний щорічник України за 2019 рік. Стат. бюлетень. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

12. Інформаційне агентство УНІАН. Україна у світових рейтингах. URL: <https://www.unian.ua/society/813105-ukrajina-136-ta-v-sviti-za-rivnem-dohodu-na-dushu-naselennya.html>

13. ВООЗ оприлюднила 10 найчастіших причин смерті населення в світі. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index1.html>.

14. В Україні за чотири з половиною роки сталося майже 693 тисячі ДТП URL: <https://www.slovoidilo.ua/2019/09/14/infografika/suspilstvo/ukrayini-chotyry-polovynou-roky-stalosya-majzhe-693-tysyachi-dtp>.

15. Статистика ДТП в Україні гірша, аніж рік тому: шокуючі дані. URL: https://24tv.ua/ukrayina_tag1119

16. Як vplyvaie kompiuter na nashe zdorovia [How does the computer on our health]. available at URL: <http://www.epochtimes.com.ua/articles/view/8/13908.html>

17. Юрьєва Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. Днепропетровск: Пороги. 2006. 196 с.

18. Чем опасен мобильный телефон. URL: www.tofeelwell.ru/chem-opasen-mobiInii-telefon.

19. Центр медичної статистики: Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html>

20. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2018 рік / за ред. Шафранського В.В. МОЗ України ДУ «УІСД МОЗ України». Київ. 2019. 452с.

21. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2018 році. Держ. ком. стат. України. 2018. 89с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

22. Андрусів У. Я. Соціальна інфраструктура України: сучасні тенденції та перспективи розвитку. *Інфраструктура ринку*, 2020. Випуск 40, с.25-29.
23. Кінаш І. П., Бандура А. І. Методичні та методологічні засади оцінки розвитку соціальної інфраструктури України. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2012. № 6 (105). С.76 - 82
24. Ковжарова Е.В. Економічна оцінка медико-демографічної ситуації в Україні. *Стратегія економічного розвитку України*. 2002. Вип. 2(9). С. 163–167.
25. Лехан В.М., Крячкова Л.В. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2(14). 2010 С. 53-65.
26. Мартусенко І.В. Рівень соціально-економічного розвитку та його вплив на функціонування медичного комплексу Вінницької області. *Університетські наукові записки*. 2007. № 4. С. 509-515.
27. Арзянцева Д. А. Наукові підходи до комплексної оцінки медико-демографічної ситуації в регіоні. *Університетські наукові записки*. 2008. № 3. С. 452-456. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2008_3_87
28. Andrusiv, U., Simkiv, L., Dovgal, O., Demchuk, N., Potryvaieva, N., Cherchata, A., Popadynets, I., Tkachenko, G., Serhieieva, O & Sydor, H. (2020). Analysis of economic development of Ukraine regions based on taxonomy method. *Management Science Letters* , 10(3), 515-522. doi: [10.5267/j.msl.2019.9.029](https://doi.org/10.5267/j.msl.2019.9.029)
29. Плюта В. Сравнительный многомерный анализ в экономических исследованиях: Методы таксономии и фактического анализа. Москва: Статистика, 1980. 151 с.
30. Афанасьев В. М., Юзбашев М. М. Анализ временных рядов и прогнозирование. М. Финансы и статистика, 2001. с. 298.
31. Статистичний щорічник України за 2018 рік. Держ. ком. стат. України, 2018. С.134. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

32. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.2016 №801. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16> (дата звернення 28.10.2018).
33. Центр медичної статистики МОЗ України. URL:medstat.gov.ua.
34. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Інфраструктурне забезпечення сфери охорони здоров'я України. Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (м. Клайпеда, 29 січня 2016 р.) Литва: вид. Балтія, 2016. С. 83-86
35. Савчук Л. М. Ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я як детермінанта реалізації цілей сталого розвитку суспільства. Економіко-управлінські аспекти трансформації та інноваційного розвитку галузевих і регіональних суспільних систем в сучасних умовах: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конференції. (Івано-Франківськ: ІФНТУНГ. 11-12 квітня 2019 р.). Івано-Франківськ: ІФНТУНГ. 2019. С.314-316.
36. Гуцалюк О. М. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України у період реформування. *Вісник економічної науки України*. 2019. № 2 (37). С. 110–114.
37. Справа лікарів. Українських медиків переманюють працювати за кордон. URL: <http://medytsyna.com/sprava-likarivukrayinskih-medikiv-peremanyuyut-pratsyuvati-za-kordon/> (дата звернення 28.10.2018).
38. Лехан В.М. Відміна наказу №33: проблеми позаду чи попереду?. Ваше здоров'я. URL: <http://www.vz.kiev.ua/vidmina-nakazu-33-problemy-pozadu-chy-poperedu/> (дата звернення 28.10.2018).
39. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту. Ваше здоров'я. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283> (дата звернення 28.10.2018).
40. Слабкий Г.О. Кадрова політика. Дані Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. URL: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2> (дата звернення 28.10.2018).

41. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/808> (дата звернення 28.10.2018).
42. Вороненко Ю., Гойда Н., Криштопа Б. та ін. Нові підходи до підготовки керівників органів управління і закладів охорони здоров'я України: Вип. 21. Книга 1 / Зб. наук. праць. НМАПО ім. П. Шупика. К. 2012. с. 518–528.
43. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. Київ. 2018. 96 с.
44. Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2018 році. Статистичний збірник. Київ: ТОВ «Август Трейд». 2017. 240 с.
45. Неєфективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/> (дата звернення 28.10.2018).
46. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <http://minfin.gov.ua> (дата звернення 28.10.2018).
47. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index> (дата звернення 28.10.2018).
48. Сімків Л.Є. Стан фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України *Держава та регіони*. 2020, №1 (112). С.73-78
49. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Якість медичних послуг як важливий параметр позиціонування України в світовому глобалізованому просторі. Економіко-культурологічне позиціонування України в світовому глобалізованому просторі: матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції (м. Кошице, 14-15 лютого 2016 р.). Ч. 1. Кошице. 2016. С. 82-85.
50. Андрусів, У. Я., Юрченко, Н. Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*, (150), 2019, с. 20-24.
51. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua> (дата звернення 28.10.2018).

52. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Актуальні проблеми сфери охорони здоров'я України . *Інтелект XXI*. 2015. № 6. С. 46-51.

РОЗДІЛ 3 ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1 Стратегічні пріоритети та індикатори досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави

Нагальною потребою XXI століття є забезпечення гармонійного розвитку людства. Нова філософія сповідує систему цінностей, у яких захист і збереження природи, турбота про людину, її життя є такими ж важливими, як і саме життя. Незважаючи на певні успіхи в реалізації Цілей розвитку тисячоліття в світі, багато глобальних і національних проблеми збереглися і навіть загострилися. На Саміті ООН у вересні 2015 р. були підведені підсумки реалізації людством Цілей розвитку тисячоліття та прийняті Цілі сталого розвитку (ЦСР) на 2016–2030 рр. [1]. Ці Цілі і передбачена ними програма дій на наступні 15 років характеризується ООН як свого роду хартія людей і планети в XXI столітті. Цілі сталого розвитку ООН носять загальнолюдський характер і призначені для всіх країн. Вони важливі і цікаві для нашої країни, яка робить кроки до більш розвиненого суспільства. Серед 17 ЦСР, ми у своєму дослідженні акцентуємо увагу на третій цілі - міцне здоров'я та благополуччя, реалізація якої у великій мірі залежатиме від злагодженої та ефективної роботи сфери охорони здоров'я. Перш ніж сформулювати стратегічні пріоритети та індикатори досягнення цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави, зупинимося на етапах її трансформацій. Узагальнені дані представлено в табл. 3.1.

Як відомо, для України, як і для усіх інших колишніх республік радянського союзу була властивою модель охорони здоров'я Семашка. Суть її полягала в наступному: фінансування охорони здоров'я здійснювалося виключно з державного бюджету; держава здійснювала контроль через систему централізованого планування; приватного сектору не було. Зазначимо, що система охорони здоров'я СРСР була однією з небагатьох сфер діяльності, яка одержувала позитивні оцінки експертів різних зарубіжних країн. Багато держав вивчали досвід радянської моделі, а ВООЗ неодноразово рекомендувала широко використовувати окремі її елементи.

Таблиця 3.1 – Етапи трансформації сфери охорони здоров'я України

Період трансформації	Результати трансформації
До 1991 р. Охорона здоров'я державна (базувалась на моделі М.О.Семашка)	- не орієнтована на задоволення реальних потреб населення; - відсутність профілактичних заходів; - спрямована на утримання лікарень; - медичні послуги зосереджені на лікуванні нетяжких гострих станів громадян; - ігнорувала міжнародні тенденції модернізації та зміцнення охорони здоров'я.
1991-2010 рр. Стрімкий розвиток приватної медицини	- екстенсивний характер розвитку; - високі неофіційні платежі; - заробітна плата медичних працівників залежала від спеціалізації та кваліфікації; - низькій рівень профілактики захворювань; - поступовий занепад первинної ланки.
2011 р.-2014 рр. Часткова медична реформа – реалізовувались пілотні проекти, реформувалась первинна ланка медичної допомоги (модель базувалась на наданні допомозі сімейними лікарями)	- відновлення первинної ланки; - створення пулів фінансових ресурсів; - формування мережі державних та комунальних закладів; - перехід до оплати праці з урахуванням обсягів та якості робіт; - надання безоплатної медичної допомоги на договірних засадах; - вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги; - перехід до оплати праці з урахуванням обсягів та якості роботи.
2017 р. Визначено орієнтири досягнення Україною Цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я	- поставлені завдання та визначено цільові значення індикаторів, направлених на зміцнення здоров'я населення на період до 2030 р.
2018 р. Розпочато реформу	- держава гарантує фінансування медичних послуг

Джерело: сформовано автором.

З 1991 р. суспільні трансформації, реформи в соціально-економічній сфері, становлення ринкових відносин зумовили виникнення низки проблем у цій сфері, а саме: нестача коштів на утримання інфраструктурного забезпечення;

лікарні (особливо районні та сільські) не мали необхідного обладнання та медикаментів; спостерігався дефіцит бюджету; розпочалася боротьба за «ліжко-місце» замість інвестицій в методи діагностики та лікування; екстенсивне будівництво лікарень привело до нераціонального витрачання коштів, що вплинуло на якість медичної допомоги; все частіше лікарі брали плату від пацієнтів, часто за звичайне лікування, а не за поліпшення його.

На початку 21 століття сфера охорони здоров'я України фактично розділилась на дві частини. Одна, приватна - для заможних громадян, а інша, державна (безкоштовна) - для малозабезпечених. Спостерігалися зміни в сфері охорони здоров'я, які характеризувалися скороченням ліжкового фонду. У цей період відбулося суттєве скорочення мережі лікувальних закладів. Охорона здоров'я продовжувала практично повністю залежати від бюджетного фінансування. Залучення інших джерел фінансування стримувалося як недостатньою зацікавленістю приватного сектора, так і негативним ставленням державних органів управління. Спостерігалось зростання частки місцевих бюджетів, з яких фінансувалися стаціонарні і амбулаторно-поліклінічні місцеві заклади. За структурою витрати місцевих бюджетів нагадували витрати державного бюджету. Все вищезазначене вказувало на необхідність пошуку ресурсного забезпечення з інших джерел. Вже в цей період велася дискусія щодо використання добровільного медичного страхування і прямої оплати медичних послуг.

У 2011 р. було розпочато медичну реформу. Цьому сприяло прийняття Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [2]. Згідно цього Закону мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я повинна була формуватись з урахуванням потреб населення у медичній допомозі, послуги повинні надаватись якісні, своєчасно. А також у ньому наголошувалося про те, що викорисюувати матеріальні, трудові й фінансові ресурси потрібно раціонально. Наступним кроком було прийняття Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій,

Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [3], який передбачав відпрацювання на базі пілотних регіонів засад реформування сфери охорони здоров'я, моніторинг та оцінку її функціонування з метою подальшого поширення на всю територію держави. Нова модель охорони здоров'я ґрунтувалася на наданні допомоги сімейними лікарями, які повинні були стати основою оновленої системи охорони здоров'я. В ході проведеної реформи було виявлено ряд проблем, а саме [32]:

- недостатню кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів);
- необхідність перекваліфікації лікарів окремих спеціальностей на лікарів загальної практики;
- загострення конфлікту між первинною і вторинною ланками медичної допомоги;
- виникли труднощі у реорганізації медичних закладів у сільській місцевості.

На думку експертів, впродовж 2011-2014 рр. пілотна ініціатива у визначених областях та в столиці не дала змоги використати усі можливі фінансові механізми, зокрема: не запроваджено укладання договорів з постачальниками медичних послуг, система компенсації та стимулювання праці медичних працівників була недосконалою, не вдалося реалізувати механізми доступу до вторинної і третинної допомоги [4]. Пілотні заходи не були належно оцінені, через відсутність заходів з моніторингу та оцінки, метою яких було б визначення того, чи покращилася загалом система надання медичної допомоги після реалізації пілотних проектів чи ні. Реалізація пілотних проектів продемонструвала не готовність до змін як медичних закладів, так і населення. У всіх інших областях України сфера охорони здоров'я функціонувала за «старими» правилами. Спостерігалися протиріччя стосовно того, що держава обіцяє та надає. Формально вона забезпечує безоплатну медичну допомогу (в державних та комунальних медичних установах), проте фактично - громадяни з року в рік збільшували витрати на охорону здоров'я. Витрати з державного бюджету складала тільки 40 – 50 % від необхідної суми. У той же час витрати

лікувальних закладів переважно скеровуються на заробітну плату та капітальні видатки. Практично не залишається коштів на закупівлю медикаментів та витратних матеріалів, оновлення матеріально-технічної бази. Так, щорічні витрати на ліки в державних установах становили 5-6 % від загальної суми. Це вказує на те, що практично 95 % ліків продовж 2005-2017 рр. закуповувалися домогосподарствами.

Реформа засвідчила, що не всі фахівці можуть працювати сімейними лікарями. Саме тому, слід було зосередити увагу на зміцненні кадрових ресурсів - підготовку сімейних лікарів у вищих медичних навчальних закладах. Динаміку кількості сімейних лікарів в Україні демонструє рис. 3.1.

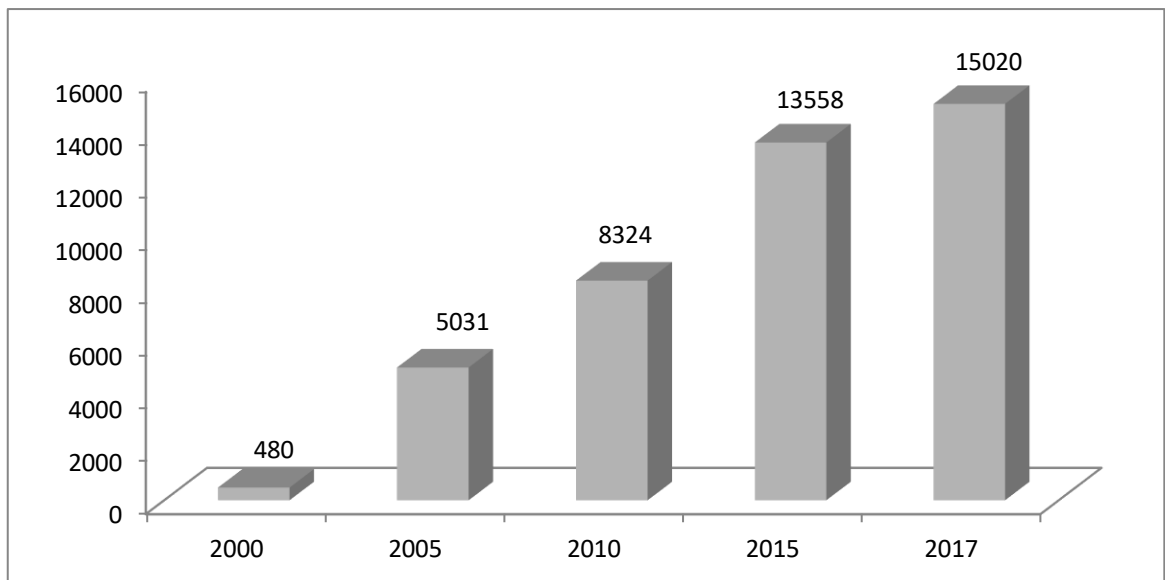


Рисунок 3.1 – Кількість сімейних лікарів, осіб

Джерело: сформовано автором на основі [5].

Результати досліджень вказують на те, що продовж досліджуваного періоду кількість сімейних лікарів в Україні зросла від 480 осіб у 2000 р. до 15020 осіб у 2017 р.

Наступним етапом трансформації національної охорони здоров'я стало прийняття Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки. Стратегічним орієнтиром було визначено -

підвищити якість та доступність медичної допомоги та зменшити фінансові ризики для людей. Реформуванню системи охорони здоров'я сприяло схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [6] та прийняття Законів «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [7] та «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [8]. У прийнятих законодавчих актах передбачається фінансування сфери охорони здоров'я в Україні за рахунок державного солідарного медичного страхування громадян. Важливим є і можливість використання коштів Державного бюджету.

На основі вищезазначеного, а також зважаючи на запропоновану концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я з позицій сталого розвитку, де нами сформовано стратегічними завданнями приходимо до висновку - стратегічним пріоритетом досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави є успішна реалізація реформи охорони здоров'я, яка повинна базуватися на таких фундаментальних принципах (рис. 3.2).

Саміт ООН зі сталого розвитку 2015 р. затвердив з 17 Цілей Сталого Розвитку, серед яких третя ціль - міцне здоров'я та благополуччя. Для її реалізації визначено дев'ять таких показників, яких слід досягнути до 2030 р. (додаток К). Виходячи з таких орієнтирів кожна країна встановлює власні показники розвитку.



Рисунок 3.2 – Принципи реформування сфери охорони здоров'я

Джерело: складено на основі [4].

Україна для забезпечення реалізації цілі – міцне здоров'я та благополуччя - визначила такі стратегічні орієнтири досягнення Цілей сталого розвитку (табл. 3.2). Проаналізувавши досягнуті значення показників у 2018 р. та цільові орієнтири 2030 р., робимо висновок про те, що важливою умовою їх досягнення є належне ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я.

Таблиця 3.2 – Завдання та індикатори досягнення цілей сталого розвитку

Завдання	Показники	Значення показника	
		2018 (фактичне)	2030 (прогнозоване)
1	2	3	4
Знизити материнську смертність	Кількість випадків материнської смерті, на 100000 живонароджених	12,5	11,2
Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років	Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених	8,3	6,7
Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування	Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення	42,8	20,6
	Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100 000 населення	50,5	32,9
Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань	Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку	62,1	45,0
	Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	25,5	22,0
	Кількість смертей від злякисного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	24,1	18,3
	Кількість смертей від злякисного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	11,5	9,5

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4
Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок упровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань	Ймовірність померти у віці 20–64 роки, чоловіки, %	0,37535	-
	Ймовірність померти у віці 20–64 роки, жінки, %	0,14696	-
Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих унаслідок ДТП	Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків, на 100 тис. населення	10,5	9-10
	Кількість отриманих тяжких травм внаслідок транспортних нещасних випадків/ДТП, на 100 тис. населення, % (від рівня 2015 року)	70	50
Забезпечити загальну якісну імунізацію населення з використанням інноваційних препаратів	Рівень охоплення імунізацією згідно з Національним календарем щеплень (відповідно до медичних показань), %	57	95-98
Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння	Частка осіб, які курять, серед жінок віком 16–29 років, %	4,8	4,0
	Частка осіб, які курять, серед чоловіків віком 16–29 років, %	27,9	20,0
Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я	Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %	47,45	30,0

Джерело: складено автором на основі [9].

Національною стратегією передбачено налагодження тіснішого зв'язку між здоров'ям українців, розвитком національної економіки та покращенням добробуту громадян [4, с.16]. Досягненню цільових показників сталого розвитку сфери охорони здоров'я, на нашу думку, буде сприяти запропонований економічний механізм розвитку.

3.2. Формування та реалізація економічного механізму забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України

У сучасних умовах для розвитку сфери охорони здоров'я важливим є оптимальне забезпечення її необхідними ресурсами. Адже «забезпечення сталого соціально-економічного розвитку країни вимагає визначення його цільових орієнтирів і механізмів реалізації» [10]. А «...механізм сприяє тому, що природний хід соціально-економічних процесів заміняється або доповнюється їхнім управлінням або регулюванням» [11].

Метою формування економічного механізму управління сферою охорони здоров'я з позицій сталого розвитку є забезпечення сприятливих економічних умов для здійснення такої діяльності. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки передбачає дії, необхідні для досягнення цілей сталого розвитку (рис. 3.3.). Її метою є - виявлення вагомих проблем у сфері охорони здоров'я, пошук шляхів їх вирішення та визначення напрямів формування оновленої державної політики в цій сфері. Основними з них є: перехід до нової моделі охорони здоров'я; орієнтація на нові принципи; соціальні цінності оновленої охорони здоров'я. Коротко охарактеризуємо їх.

Система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи:

1) *Гарантовані окремі медичні послуги, які доступні кожному українцю.*

Базується на повазі до прав людини. Він повинен бути застосований до всіх і кожного (незалежно від статі, віку, релігійних чи політичних переконань тощо). У той же час держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам.

2) *Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму.*

Реалізація даного принципу спрямована на медичну допомогу належної якості. Ця медична допомога повинна бути безпечною, ефективною і задовольняти потреби пацієнта. Окрім цього, важливим є освіта та розвиток медичного персоналу, а також удосконалення управління сферою охорони здоров'я.

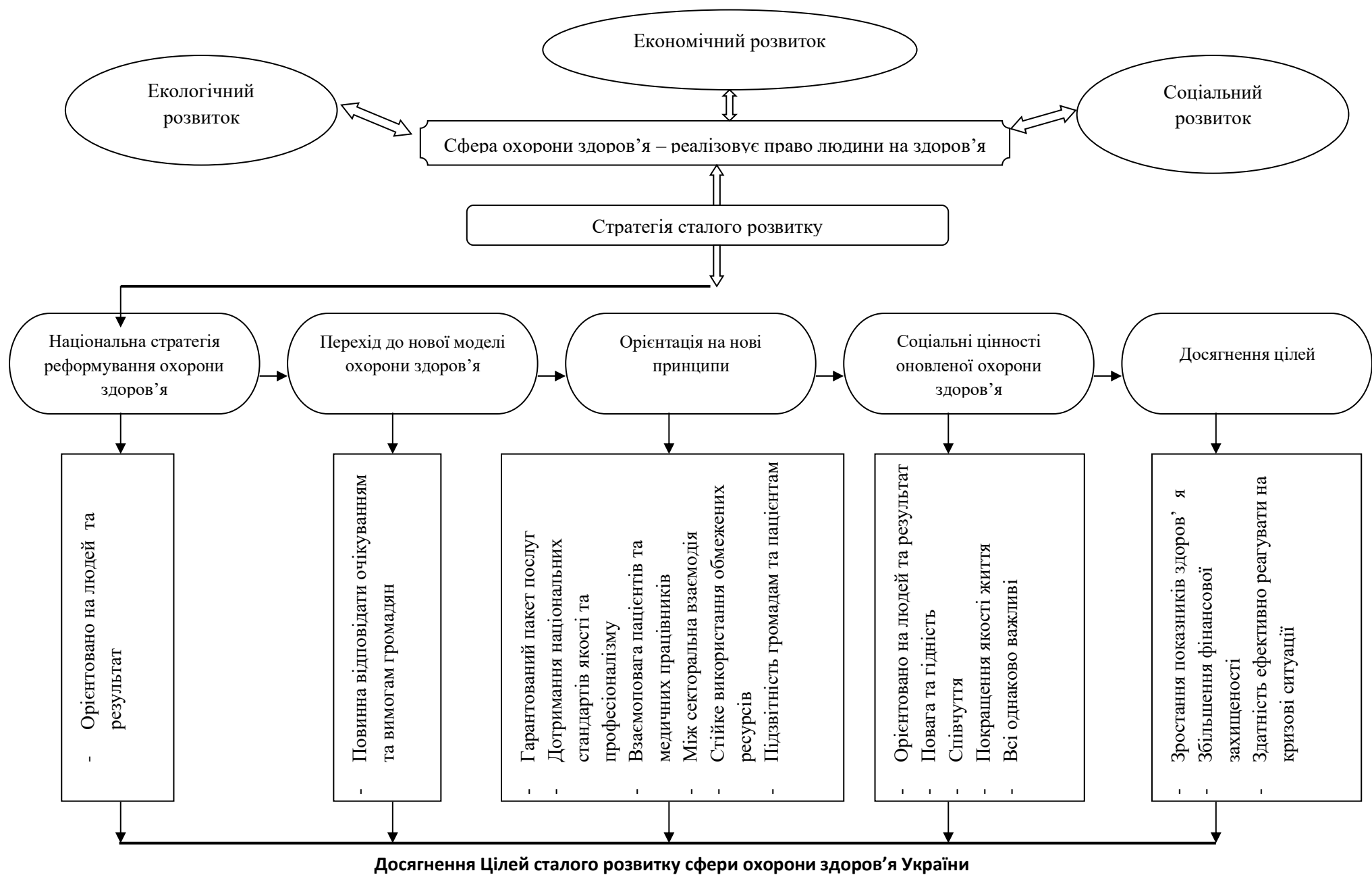


Рисунок 3.3 – Основні елементи механізму реформування охорони здоров'я України
 Джерело: адаптовано автором на основі [4].

3) *Пацієнт та медичний працівник повинні поважати один одного.* Під час роботи із пацієнтами повинні проявлятися повага, гідність, співчуття й турбота.

4) *Міжсекторальна взаємодія.* З метою підвищення рівня здоров'я сфера охорони здоров'я має налагодити співпрацю з органами державної влади, громадськими та благодійними організаціями.

5) *Використання ресурсів повинне бути ефективне, справедливе та стійке, а співвідношення ціна та якість – співвимірне.* Кожна витрачена платником податків гривня повинна приносити кращий результат для здоров'я громадян.

6) *Підзвітність громадам і пацієнтам.* Звітність повинна бути прозорою та зрозумілою для усіх, а саме для: громадськості, персоналу та пацієнтів.

Зазначені принципи формують основні соціальні цінності оновленої системи охорони здоров'я, а саме: спільна робота на благо пацієнтів; повага та гідність; співчуття; покращення якості життя.

Для реалізації цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я виділимо економічні інструменти реалізації економічного механізму. Економічні інструменти можна визначити як систему заходів, форм, методів, спрямованих на вдосконалення системи управління сферою охорони здоров'я, з метою оптимального використання фінансових, матеріальних та трудових ресурсів, збалансованості інтересів суб'єктів господарювання, суспільства і держави. Ці інструменти повинні відповідати таким вимогам: функціонувати в межах існуючого нормативно-правового поля; забезпечувати захист населення у наданні гарантій медичних послуг; надавати можливість прогнозувати та своєчасно запобігати несприятливим процесам розвитку; давати змогу ефективно функціонувати; мати чітку структуру розмежування органів влади.

Ефективність економічних інструментів досягається за умови тісної взаємодії та взаємовпливу з організаційними інструментами через інституалізацію складових системи та механізмів їх організаційної взаємодії: підпорядкованість, повноваження, права, обов'язки та форми організаційних зв'язків [12]. Структуру економічного механізму забезпечення сталого розвитку

сфери охорони здоров'я держави визначаємо з урахуванням специфіки об'єкта досліджень, його ролі, місця, завдань у досягненні цілей сталого розвитку. Економічний механізм забезпечення сталого розвитку охорони здоров'я України представлено на рис. 3.4.

Акцентуємо увагу на методах управління, які є найактуальніші в умовах реформування галузі. Це є як прямі, так і непрямі методи. Прямі адміністративні та організаційні методи зводяться до: ліцензування діяльності в сфері надання послуг з охорони здоров'я; акредитації та реєстрації установ з охорони здоров'я; стандартизації якості послуг з охорони здоров'я.

Економічні стимулюючі методи зводяться до наступного: застосування бюджетного фінансування установ, що надають послуги охорони здоров'я; здійснення державних нарахувань на фінансування наукових досліджень в сфері охорони здоров'я; здійснення державних нарахувань на закупівлю медичного обладнання; виключення з переліку платників збору за ведення підприємницької діяльності аптек, провадження діяльності щодо постачання лікарських засобів з придбанням пільгового торгового патенту. Економічні обмежувальні методи це: вікові обмеження на придбання алкоголю та тютюнових виробів; заборона на куріння та вживання алкоголю у громадських місцях; соціальна реклама.

Непрямі методи спираються на податкове законодавство в частині: звільнення від сплати податків на прибуток окремих державних підприємств; звільнення від сплати земельного податку для закладів охорони здоров'я; звільнення від сплати ПДВ для операцій з надання послуг охорони здоров'я; включення до складу витрат платника податку на прибуток відповідних витрат, які пов'язані з охороною здоров'я; виключення з розрахунку загального місячного оподаткованого доходу платника ПДВ вартості товарів і послуг, які пов'язані з охороною здоров'я; звільнення від оподаткування акцизних податків при здійсненні операцій з реалізації легкових автомобілів для інвалідів; використання зниженої ставки ПДВ в розмірі 7%

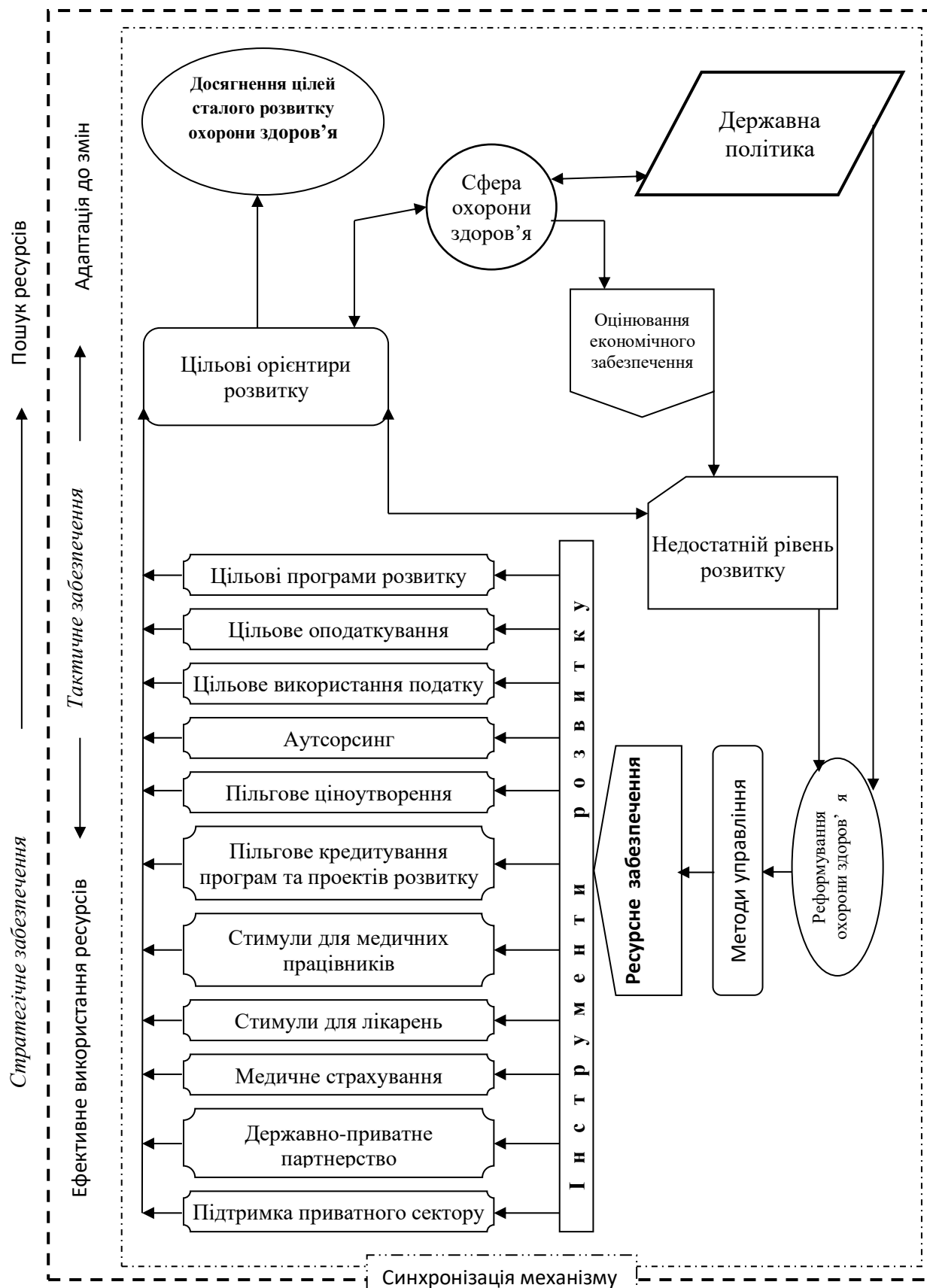


Рисунок 3.4 – Економічний механізм забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України.

Джерело: запропоновано автором

при здійсненні поставок і імпорту медичних виробів і обладнання для клінічних випробувань; використання зниженого рівня ставки ПДВ в при здійсненні операцій з постачання та імпорту виробів медичного призначення; використання зниженої ставки ПДВ розмірі 7% при постачанні і імпорті лікарських засобів; звільнення від оподаткування, мита, фармацевтичної продукції; застосування зниженого рівня ставки ПДВ в розмірі 7% до операціям, спрямованим на поставку і імпорт лікарських засобів для клінічних випробувань.

Розглянемо більш детально кожен із запропонованих інструментів економічного механізму. Важливим інструментом реалізації економічного механізму є *Цільові програми розвитку*. Цільові програми розвитку визначають хід подій у часі та послідовність, якої слід дотримуватись для реалізації запланованого. Всі вони побудовані за логічною схемою: цілі – шляхи – способи – засоби - оцінка результатів. Так, зокрема, впродовж 2014-2018 рр. діяла Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Обсяг фінансування, передбачений програмою тільки за 2018 рік склав 1 284, 1 млн грн., в т.ч. з Державного бюджету 1 134,0 млн грн.

З 2017 р. розпочато програму «Доступні ліки». Суть цієї програми полягає у тому, що пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу можуть отримати ліки безоплатно або з незначною доплатою. Понад вісім мільйонів людей вже скористалися програмою. Для багатьох пацієнтів програма - єдина можливість отримати необхідне лікування.

За матеріалами досліджень тільки в 2019 р. за цією програмою можна було придбати 254 препарата, з яких 78 надано на безкоштовній основі, інші – з незначною доплатою. 12 із 64 повністю безоплатних препаратів – іноземного виробництва [13] ВООЗ провела оцінку цієї програми. За матеріалами звіту [14] програма «Доступні ліки» поліпшила доступ українців до лікування, а також дозволила знизити ціни на препарати.

Пошук ресурсів для фінансування програм, на нашу думку, можна розширити шляхом активнішого використання *фандрайзингу*, як діяльності

із залучення ресурсів для реалізації некомерційних проектів (особливо соціально значущих та наукових). Зазначимо, що у таких державах, як США, Німеччина, Великобританія у лікарнях існують відділи із фандрайзингу, які професійно і постійно займаються пошуком ресурсів необхідних для медичного закладу. Ці кампанії оперують стратегіями розвитку цих закладів і мають короткострокові програми залучення коштів на вирішення нагальних проблем, а також довгострокові – направлені на системні зміни. Вітчизняні благодійники у сфері охорони здоров'я зазначають несистемний підхід до вирішення стратегічно важливих питань. На їх думку, у більшості медичних закладів відсутнє стратегічне планування розвитку. Це пов'язують із тим, що головні лікарі є професіоналами своєї справи, проте не мають навичок професійного менеджменту[15].

Незначні зрушення в Україні в цьому напрямі вже відбулися. Вітчизняні медичні заклади створюють при лікарнях опікунські ради з числа представників місцевої влади, журналістів, громадськості. Так, Міжнародний благодійний фонд «Україна -3000», ставить умову, що він фінансуватиме заклад, проте у ньому повинна функціонувати опікунська рада.

Цільове використання податків. Податки, зокрема, акциз на шкідливі для здоров'я людини товари (тютюнові вироби, спирт, горілку тощо) нами розглядається як додаткове джерело фінансових ресурсів для реалізації цілей сталого розвитку в сфері охорони здоров'я. Матеріали досліджень свідчать про те, що динаміка надходжень акцизного податку з вітчизняних товарів до загального фонду держбюджету має тенденцію до збільшення (рис. 3.5).

Тільки у 2018 р. сума акцизного податку із тютюнових та лікеро-горілочаних виробів склала в сукупності 52,1 млн грн., що на 13,6 % більше, ніж у 2017 р. Ці кошти слід спрямовувати саме на розвиток охорони здоров'я держави.

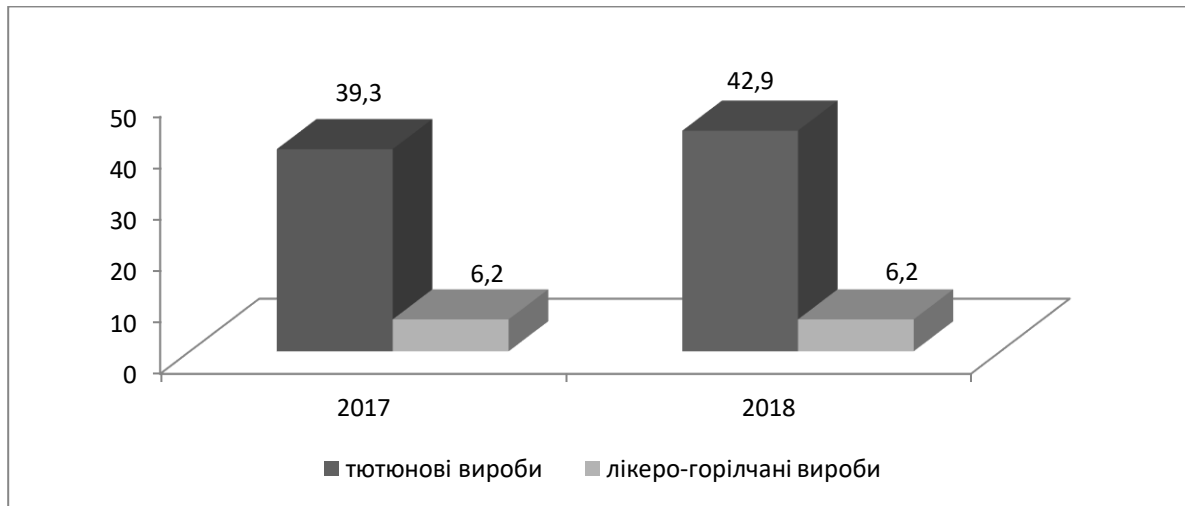


Рисунок 3.5 - Динаміка надходжень акцизного податку з вітчизняних товарів до загального фонду держбюджету у розрізі основних видів підакцизних товарів

Джерело: [16, с.13].

Цільове оподаткування У Верховній Раді України (1.11.2019 р.) зареєстрований «Проект Закону про внесення змін до Податкового кодексу України щодо збільшення ставок екологічного податку з метою проведення додаткових заходів, що сприятимуть зміцненню здоров'я та покращенню медико-санітарного забезпечення громадян України» [17].

Пропонується збільшити ставки екологічного податку у 4 рази. На думку розробників, ці можуть бути використані на фінансування заходів, які сприятимуть зміцненню здоров'я. Адже досвід європейських країн показує, що активне застосування екологічних податків призводить до зниження рівня забруднення навколишнього середовища, стає поштовхом до налагодження виробництва екологічно чистої продукції. А це, в свою чергу, впливатиме на стан здоров'я населення.

Здоров'я населення великою мірою залежить від продуктів харчування. Не секрет, що нині виробники пропонують товари із високим вмістом солі, трансжирів, напої з високим вмістом цукру та барвників. Ми підтримуємо ініціативи Національного інституту стратегічних досліджень стосовно введення податку на відновлення здоров'я нації [18]. Отримані від сплати цих податків

кошти слід спрямовувати на розробку та впровадження інновацій в охороні здоров'я.

Реімбурсація (компенсації) — це можливість забезпечити доступність лікарських препаратів та медичних послуг для населення. Зарубіжний досвід свідчить, що реімбурсація залежить від особливостей систем охорони здоров'я у тій чи іншій державі. Так, у Франції, застраховані особи представляють квитанцію за сплату ліків страховій компанії. У Німеччині діє домовленість між страховою компанією, аптекою та медичним закладом. Хоча в Україні з квітня 2017 року вже можна закуповувати ліки за бюджетні кошти, проте за рахунок збільшення таких компенсацій їх перелік можна розширювати, чи збільшити охопленість пацієнтів.

Аутсорсинг. Доцільність його використання обумовлена тим, що медичні заклади, маючи обмежені ресурси, можуть максимально зосередити свої зусилля на основному виді діяльності – наданні медичних послуг, а неосновні функції передати професійним партнерам. Це можуть бути такі послуги: лабораторні дослідження; експлуатація та технічна підтримка високотехнологічного обладнання; будівництво інфраструктурних об'єктів охорони здоров'я; їх ремонт; організація харчування в закладах; транспортні послуги невідкладної медичної допомоги; транспортні послуги з доставки обладнання; збір, знешкодження, транспортування медичних відходів; послуги охорони; ведення бухгалтерського обліку; прибирання територій медичних закладів; озеленення; прання та дезінфекція білизни, тощо.

За матеріалами досліджень у світі левову частку аутсорсингових послуг в сфері охорони здоров'я займає ІТ-послуги. І ця частка щороку зростає на 7% [19]. В основному це послуги ведення бухгалтерського обліку та безперервний моніторинг фізіологічних показників пацієнтів. В розвинутих країнах має місце така послуга як патронаж - догляд за хворими, які знаходяться на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні або ж використання аутсорсингу високотехнологічних видів медичної допомоги. Так, зокрема, країна Сингапур спеціалізується на кардіологічних послугах. Тайланд - на імплантації. Ці

держави здійснили проривні досягнення використанням сучасного обладнання та технологій [20]. Аутсорсинг високотехнологічних видів медичної допомоги став поштовхом до появи медичного туризму. Такі держави як Індія, Малайзія, Мексика, Польща, Угорщина розвивають такий вид туризму. Його метою є - скористатися якісною медичною послугою за нижчими цінами. У цих країнах щороку близько 7 млн пацієнтам надають послуги на суму 20-35 млн дол. (не враховуючи витрати на трансфер) [19].

На нашу думку, медичний туризм має потенціал для розвитку і в Україні. За даними Української асоціації медичного туризму кількість іноземних медичних туристів з року в рік зростає. Якщо у 2016 р. лікуватися до вітчизняних клінік приїхала 51 тис. іноземців, то у 2018 році понад 60 тис. осіб. Найчастіше громадяни інших країн їдуть до українських клінік лікувати зуби, боротися з безпліддям і робити пластичні операції. Один такий пацієнт, за підрахунками експертів, залишає в Україні близько 2–2,5 тис. дол. [21]. Таким чином, розвиток медичного туризму може стати джерелом одержання доходів не тільки медичним закладам, але і джерелом зростання національної економіки.

Аутсорсинг є доречним не тільки з використання вітчизняних організацій, але і міжнародних. Відомо, що в Україні тільки 50 % дітей вакциновані [22]. А це означає, що діти наражаються на життєво небезпечні хвороби, які можуть бути попереджені. Дитячий фонд ООН ЮНІСЕФ є найбільшим покупцем вакцин. Він підтримує уряд України у роботі з відновлення довіри громадськості до імунізації. Саме він може сприяти встановленню пільгових цін на окремі препарати. Крім ЮНІСЕФ, ще дві організації - ПРООН та британське королівське агентство Crown Agents закупають ліки за бюджетні кошти (ліки для ВІЛ/СНІД, туберкульозу, рідкісних захворювань, вакцини, тест-системи, тощо). Важливим, на нашу думку є і те, що міжнародні організації під час тендерів при закупівлі ліків сприяють боротьбі з корупцією в Україні. Так, економія за всіма програмами, якими займалися міжнародні організації, становила 20-60 %. Найуспішнішими виявилися закупівлі ліків проти туберкульозу. Тут 70 % препаратів закупили у виробників, а економія склала

60 %. Це ті кошти, які щороку Міністерство охорони здоров'я переплачувало за ліки [23].

Пільгове кредитування проектів та програм розвитку охорони здоров'я. На думку експертів Національного інституту стратегічних ресурсів, кошти міжнародних фінансових інституцій є найдешевшим джерелом кредитів. Нині в Україні реалізуються вісім інвестиційних проектів Міжнародного банку реконструкції та розвитку, у тому числі один - у сфері охорони здоров'я. Проект має назву «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Він передбачає підвищення якості медичних послуг у восьми регіонах України. Позику в сумі 214,7 млн дол. надано на вигідних умовах (одноразова комісія 0,25%, термін кредитування 6 років, пільговий період 10 років). Проект розрахований до вересня 2020. За нашими дослідженнями, ця позика не використовується в повному обсязі. Так, станом на лютий 2019 р. освоєно тільки третину коштів. В той час як нашій країні потрібні інвестиції у розвиток, держава не забезпечує ефективне використання зовнішніх фінансових ресурсів, до яких має доступ [24]. Відомо, що Міжнародний валютний фонд готує нові вигідні проекти. Він готовий налагоджувати співпрацю з Україною в контексті нових стратегій, але за умови коли будуть представлені докази, стосовно того, що така співпраця є необхідною нашій державі. Найкращим таким доказом буде прискорена успішна реалізація тих проектів, що нині започатковані і тих, що знаходяться на підготовчому етапі.

Стимули для медичних працівників та лікарень. Починаючи з 2018 року в Україні відбувається перехід від однієї моделі фінансування до іншої. Фінансування медичних закладів (*первинної допомоги*) відбувається одночасно за двома принципами. Перший (з липня 2018 р.) - *«гроші йдуть за пацієнтом»*, згідно якого медичні заклади, які підписали договори з Нацслужбою здоров'я отримують фінансування за пацієнтів, яких дійсно обслуговують. Так, наприклад, річний тариф на послуги був таким: 0-5 років — 1480 грн; 6-17 — 814 грн; 18-39 — 370 грн; 40-64 — 444 грн; 65+ — 740 грн. Крім цього, заклади додатково отримували по 240 грн. на рік за

пацієнтів, які ще не підписали декларацію про вибір лікаря, проте проживають на території обслуговування закладу.

Другий принцип-згідно «старої» моделі фінансування, який полягав у тому, що ті медичні заклади, які не підписали договори з Нацслужбою здоров'я, проводили фінансуватися за субвенцією.

Ті заклади, які обиратимуть нову модель фінансування можуть самостійно планувати свої витрати, у тому числі заробітну плату медичних працівників. Заробітна плата медиків формується на основі таких складових: тарифна сітка, категорія, вислуга років, вид діяльності тощо. Кожен медичний працівник гарантовано отримує оклад, який був до реформи, а починаючи з 1 жовтня 2018 р. - додаткові кошти за своїх пацієнтів. Це свідчить про те, що збільшене фінансування дозволить, суттєво підвищити заробітну плату медикам. Підтвердженням цього є той факт, що у Львові до реформи заробітна плата медиків коливалася у межах 4200-6500 грн., а після реформи від 8000- 15000 грн. у місяць [25].

Таким чином, потрібно щоб усі бюджетні медичні заклади підписали договори з Нацслужбою здоров'я і отримували належне фінансування. Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачено поступова зміна фінансування, суть якої полягає у тому, що фінансуватимуть за надані медичні послуги. Першим кроком у реформі системи фінансування є запровадження глобального бюджету для лікарень, який з часом буде залежати від системи оплати за пролікований випадок. Перевагою введення глобального бюджету є те, що лікарням буде надано право самостійно використовувати свої кошти [4]. Саме це, на нашу думку, забезпечить мотивацію праці персоналу, а також дозволить ліквідувати непотрібні процедури для пацієнтів, що стане причиною зменшення кількості ліжок та/або кількості відділень. Додатковим стимулом для медичних працівників може стати сертифікація персоналу [26].

Державно-приватне партнерство (ДПП). За експертними оцінками показник державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України

менше 1% [27]. Це дуже низький показник. У Казахстані, наприклад, впродовж 2015-2019 рр. реалізуються 175 проектів у сфері охорони здоров'я [28]. Частина з них впроваджені, частина ще тривають. Країни Європейського союзу широко використовують таке джерело фінансування охорони здоров'я. Згідно дослідження [29], їх частка складає 17 %. Досвід розвинених країн свідчить, що загальна економія суспільних ресурсів за рахунок державно-приватного партнерства в охороні здоров'я складає близько 10 %. Так, в Австралії при будівництві лікарень економія фінансових ресурсів в проектах ДПП склала 9-11 % [30, с. 196].

Позитивне значення державно-приватного партнерства проявляється у таких аспектах, як [29]:

- сприяння підвищенню якості й доступності медичних послуг;
- можливості отримати медичну допомогу на сучасному обладнанні;
- запровадження прозорих механізмів ціноутворення;
- зниження тіньового ринку медичних послуг;
- підвищення рівня людського потенціалу;
- забезпечення мультиплікативного ефекту від фінансових впливань.

Саме тому, вважаємо актуальним розвивати партнерські відносини з приватним сектором через передачу окремих функцій галузі. Це може бути: надання високотехнологічних послуг, проведення наукових досліджень надання медичної освіти тощо. Надавачі приватної медичної допомоги є більш адаптивними, вони вболівають за якість наданих послуг, і тим самим, здатні краще задовольняти потреби пацієнтів.

Різноманітність форм державно-приватного партнерства підвищує його придатність для вирішення завдання розвитку медичного страхування в Україні.

Медичне страхування є важливим інструментом в економічному механізмі забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я держави. Стратегією передбачено впровадження медичного страхування. Запропоновано два пакети послуг, які можуть фінансуватися за рахунок

державних коштів, а саме: «універсальний нестраховий пакет» та «державний страховий пакет».

«Універсальний нестраховий пакет» повинен включати профілактичні програми та медичну допомогу. Його фінансує держава незважаючи на місце проживання чи фінансову спроможність громадянина. Покриття пакету включатиме: громадське здоров'я (щеплення, туберкульоз, ВІЛ); психічне здоров'я; рідкісні захворювання; ургентне лікування незастрахованої частини населення; покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що перевищують певний поріг;

«Державний страховий пакет». У межах цього пакету держава забезпечує ширше медичне страхування для вразливих верств населення у межах наявних ресурсів [4].

Зазначимо, що вже з другої половини 2019 р. почала реалізовуватись програма «Безкоштовна діагностика», згідно якої громадянам можуть надаватися такі медичні послуги, як: ультразвукове дослідження; рентген, мамографію, ехокардіографію серця, інші аналізи та діагностичні процедури в будь-якому медичному закладі, який бере участь у програмі. Оплачуватиме послуги Національна служба здоров'я.

Медичною реформою не передбачається обов'язкове медичне страхування. Сьогодні в Україні понад 90 % людей не мають медичного страхування [31]. Саме це вказує на те, що тут є значний потенціал для розвитку. Медичне страхування має багато переваг, а саме: служить елементом соціального захисту громадян; краще, а ніж «прямі» договори з медичними закладами; дає змогу отримати низькі тарифи та значні знижки від страхових компаній у разі страхування колективів; збільшує зацікавленість у «робочому місці» на підприємстві; дає можливість оптимізувати податки; сприяє комплексному лікуванню та забезпечення медикаментами; надає можливість здійснювати контроль за якістю надання медичних послуг [32].

Зміни, на які очікує суспільство, будуть стосуватися різного виду діяльності, зокрема: лікувальних закладів, органів управління сферою охорони

здоров'я, органів влади. Ці зміни можуть бути здійснені за допомогою контролінгу як засобу підвищення ефективності стратегічного управління. Одна з основних функцій контролінгу в цій сфері – координація діяльності з організації та надання медичних послуг населенню [33].

Підсумовуючи зазначене вище, вважаємо, що тільки зважене комплексне поєднання методів та запропонованих інструментів в економічному механізмі дадуть змогу забезпечити синергетичний ефект у напрямі досягнення Цілей сталого розвитку. Основним очікуваним результатом є рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання.

3.3. Перспективи забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я

Перш ніж перейти до формування перспектив забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я визначимо вплив показників економічного забезпечення на середню тривалість життя українців. Візьмемо за основу запропоновану концептуальну модель сталого розвитку сфери охорони здоров'я України та статистичні дані за період 2003-2017 рр. (додаток Л). Розрахунки здійснювалися з використанням пакету Data Analysis з Excel. Спершу проводився кореляційно-регресійний аналіз за сукупністю таких параметрів: кількість лікарів, кількість середнього медичного персоналу, кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, державні витрати на охорону здоров'я, витрати домогосподарств на охорону здоров'я, викиди в атмосферне повітря. Для них отримані такі основні показники для випадку лінійної множинної регресії (табл. 3. 6).

Значення коефіцієнта кореляції більше 0,927. Це вказує на те, що протягом періоду спостереження була висока ступінь прямого лінійного взаємозв'язку між середньорічною тривалістю життя та усіма взятими показниками.

Таблиця 3.6 – Результати регресійного аналізу

Статистичні показники множинної регресії	Їх значення
Multiple R	0,92743
R Square	0,860126
Adjusted R Square	0,75522
Standard Error	0,787234
Observations	15

Коефіцієнт множинної детермінації становить 0,86. Це означає, що на 86 % тривалість життя залежить від цих 6 параметрів. Дисперсійний аналіз ANOVA, дав змогу перевірити вплив усіх 6 параметрів на середньорічну тривалість життя (табл. 3. 7) .

Таблиця 3.7 – Результати дисперсійного аналізу

Показник	<i>Df</i> число параметрів	<i>SS</i> сума квадратів	<i>MS</i> середній квадрат	<i>F</i> значення критерії Фішера	Значущість критерію <i>F</i>
Regression	6	30,4874747	5,08124579	8,1990314	0,004531636
Residual	8	4,95789862	0,61973733		
Total	14	35,4453733			

У таблиці 3.8 представлено результати перевірки істотності зв'язку між досліджуваними параметрами за критерієм Фішера.

Таблиця 3.8 – Числові значення перевірки істотності зв'язку між досліджуваними параметрами за критерієм Фішера

	<i>Коефіцієнти</i>	<i>Стандатна похибка</i>	<i>t статистичне</i>	<i>P-значення</i>	<i>Нижні 95%</i>	<i>Верхні 95%</i>
Перетин	70,52191328	8,472374447	8,323748404	3,27844E-05	50,98458277	90,05924379
Лікарі	-4,26287E-06	2,05354E-05	-0,207586194	0,840738989	-5,16177E-05	4,30919E-05
Середній медичний персонал	-3,94884E-06	1,48023E-05	-0,266772966	0,796391598	-3,80829E-05	3,01852E-05
Лікарські амбулаторно поліклінічні заклади	9,65103E-05	0,000402764	0,239619684	0,816650371	-0,000832266	0,001025287
Державні витрати	7,22502E-05	3,8995E-05	1,852809163	0,101040058	-1,76723E-05	0,000162173
Витрати домогосподарства	-3,40976E-05	4,27943E-05	0,796780326	0,448576894	0,000132781	6,45862E-05
Викиди	-0,000203989	0,000700585	0,291168958	0,778328558	0,001819542	0,001411564

У нашому випадку маємо $35,44 > 8,19$ при значущості 0,45%. Також знайдено коефіцієнти лінійної множинної регресії. Вказано інтервальні оцінки цих параметрів з ймовірністю 0,95.

Розрахункові дані дали змогу сформулювати таку формулу множинної лінійної регресії :

$$y = 70,52191328 - 4,26287 \cdot 10^{-6} x_1 - 3,94884 \cdot 10^{-6} x_2 + 9,65103 \cdot 10^{-3} x_3 + 7,22502 \cdot 10^{-5} x_4 - 3,40976 \cdot 10^{-5} x_5 + 0,000203989 \cdot x_6 \quad (3.1.)$$

де,

y – тривалість життя;

x_1 – кількість лікарів;

x_2 – кількість середнього медичного персоналу;

x_3 – кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів;

x_4 – державні витрати на сферу охорони здоров'я;

x_5 – витрати домогосподарств на охорону здоров'я;

x_6 – викиди в атмосферне повітря.

У таблиці наведено стандартну похибку обчислення кожного з коефіцієнтів, а також інтервальні оцінки, в яких можуть міститися відповідні коефіцієнти з ймовірністю 0,95. Ширина інтервалу зміни вийшла порівняно невеликою завдяки достатньому обсягу вибірки (15 спостережень) у порівнянні з числом параметрів (6). Зокрема, коефіцієнт перетину міститься на проміжку [50,98458277; 90,05924379],

лікарі містяться на проміжку $[-5,16177 \cdot 10^{-5}; 4,30919 \cdot 10^{-5}]$,

середній медичний персонал міститься на проміжку $[-3,80829 \cdot 10^{-5}; 3,01852 \cdot 10^{-5}]$,

лікарні містяться на проміжку $[-0,000832266; 0,001025287]$

державні витрати містяться на проміжку $[-1,76723 \cdot 10^{-6}; 0,000162173]$,

витрати домогосподарств містяться на проміжку $[-0,000132781, 6,45862 \cdot 10^{-5}]$,

викиди в атмосферне повітря містяться на проміжку $[-0,001819542, 0,001411564]$

Крім того, нами додатково обчислено залишки, які виникають при застосуванні формули (3.1). Результати демонструє табл 3.9:

Таблиця 3.9 – Залишки, які виникають при застосуванні формули множинної лінійної регресії :

<i>Спостереження</i>	<i>Очікувана тривалість життя</i>	<i>Залишки</i>
1	67,92298543	0,317014568
2	68,06184604	0,158153965
3	68,27227775	-0,312277749
4	68,4566698	-0,356669797
5	68,88532547	-0,635325472
6	69,36901093	-1,099010932
7	69,38328362	-0,093283621
8	69,95325084	0,486749162
9	70,05345932	0,966540682
10	70,72805803	0,421941966
11	71,02926292	0,340737085
12	70,97742934	0,392570657
13	71,42950534	-0,049505344
14	71,1674275	0,512572504
15	73,03020767	-1,050207673

Найбільший залишок (різниця між фактичною та прогнозованою середньорічною тривалістю життя на основі нашої регресійної моделі з формули (3.1) становить 1,099010932 роки.

На рисунку 3.6. – 3.11 представлено дослідження впливу кожного показника окремо на очікувану тривалість життя українців.

Таблиця 3.10 демонструє розрахункові значення для випадку лінійної регресії для кожного взятого показника.

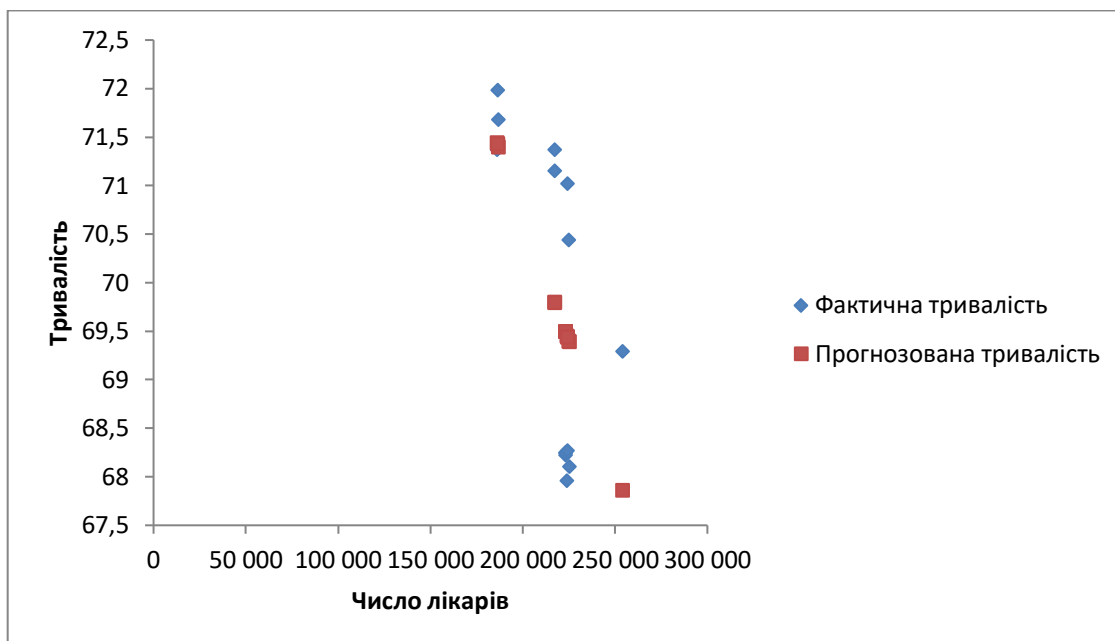


Рисунок 3.6 Вплив кількості лікарів на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

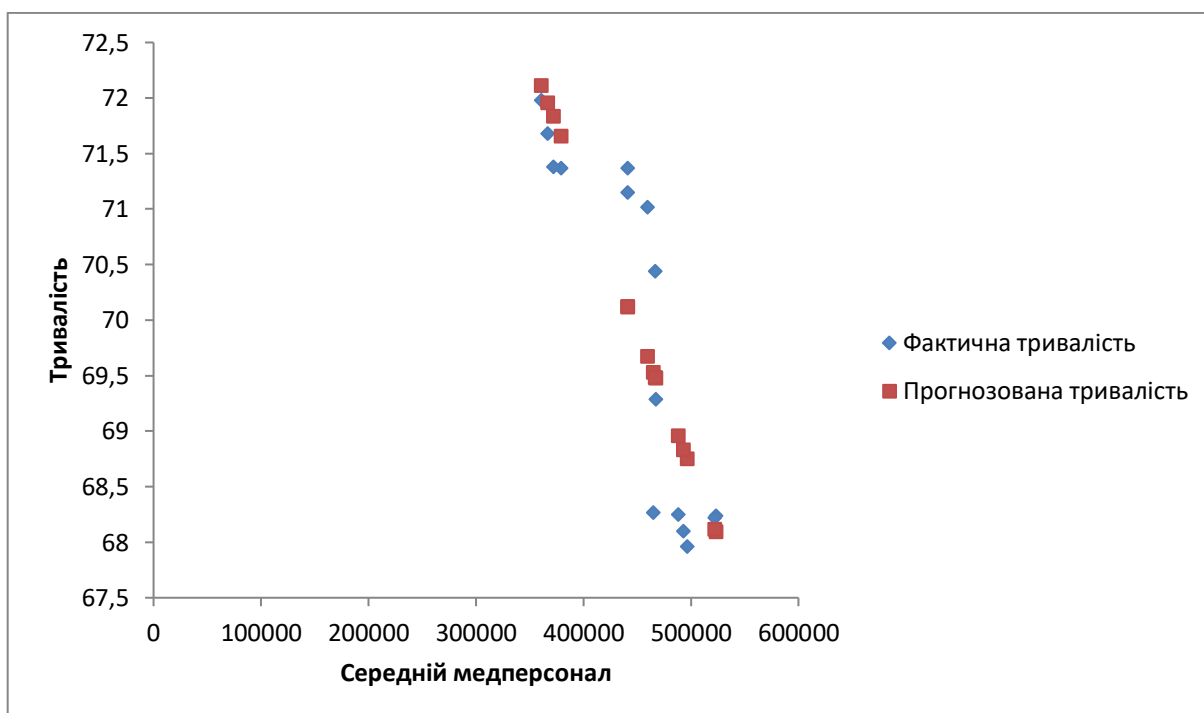


Рисунок 3.7 Вплив кількості середнього медичного персоналу на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

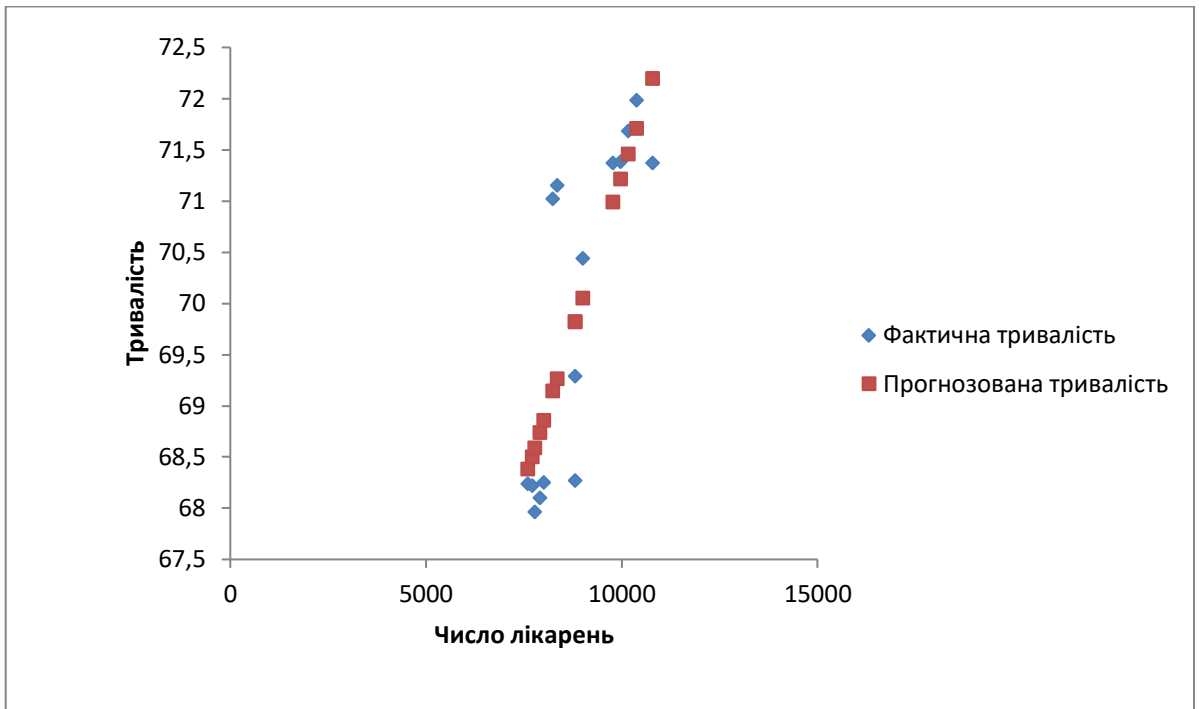


Рисунок 3.8 Вплив кількості лікарень на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

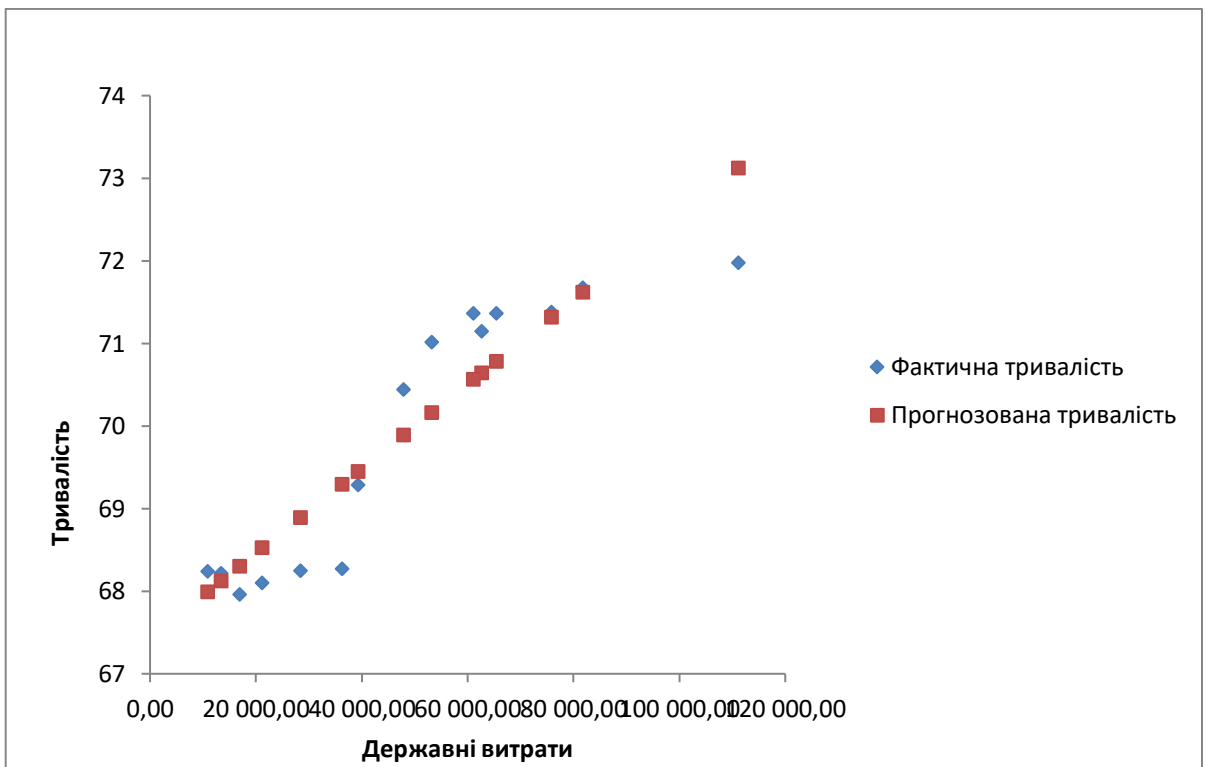


Рисунок 3.9 Вплив державних витрат на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

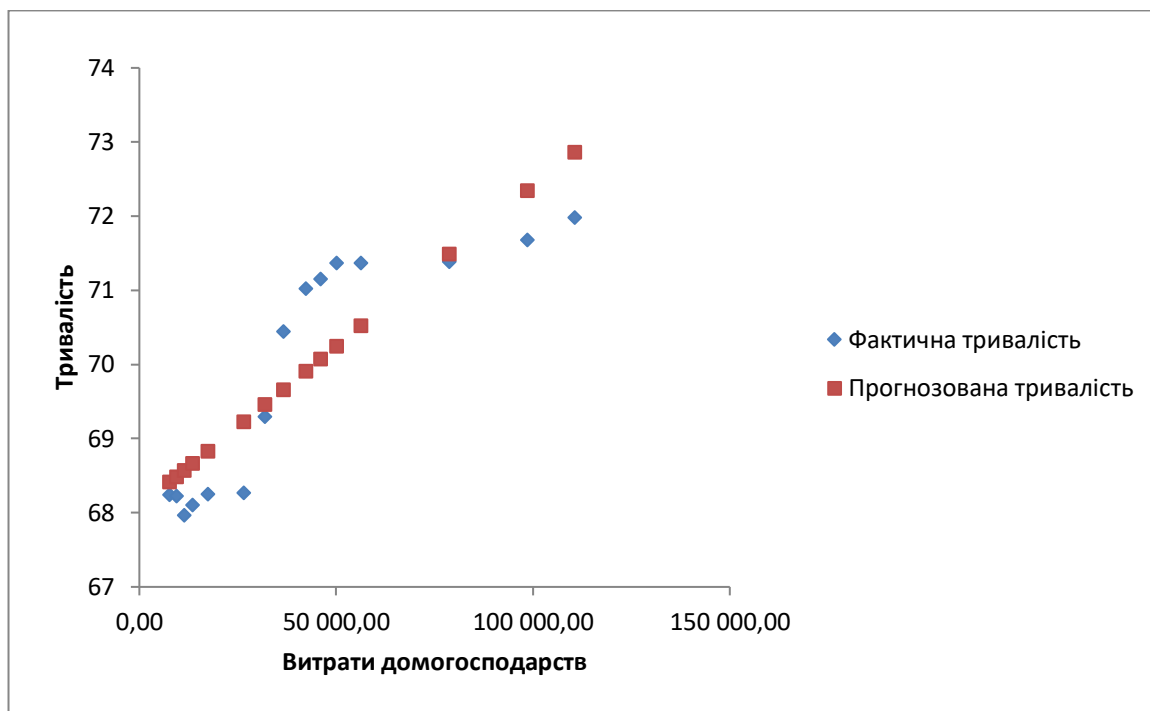


Рисунок 3.10 Вплив витрат домогосподарств на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

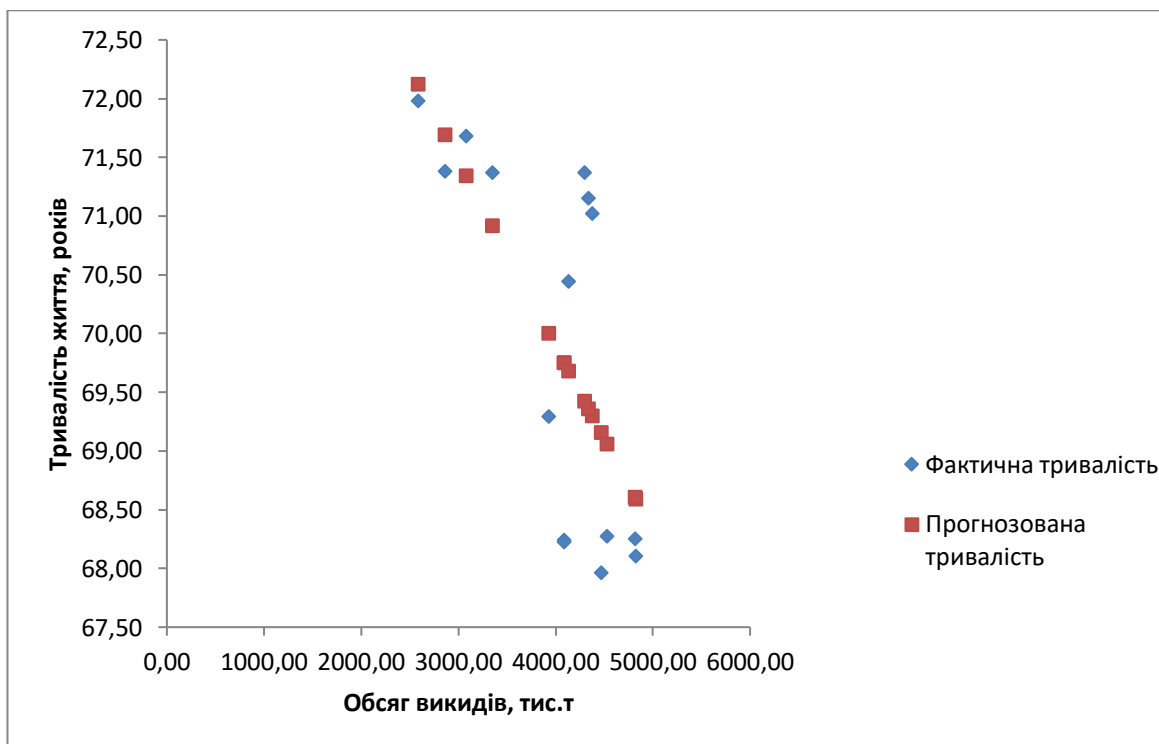


Рисунок 3.11 Вплив викидів в атмосферне повітря на очікувану тривалість життя

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

Таблиця 3.10 – Розрахункові значення для випадку лінійної регресії для кожного обраного показника економічного забезпечення

<i>Regression Statistics</i>	<i>Державне фінансування</i>	<i>Витрати домогосподарств</i>	<i>Кількість лікувальних закладів</i>	<i>Кількість середнього медичного персоналу</i>	<i>Кількість лікарів</i>	<i>Кількість викидів</i>
Multiple R	0,919764	0,874881	0,810603	0,862977	0,653116	0,6908126
R Square	0,845965	0,765417	0,657078	0,74473	0,426561	0,4772221
Adjusted R Square	0,834117	0,747372	0,630699	0,725094	0,38245	0,4370084
Standard Error	0,648063	0,799754	0,966954	0,834273	1,250408	1,1938966
Observation	15	15	15	15	15	15

Джерело: сформовано автором на основі розрахунків

Розрахунково-прогнозні дані свідчать про те, що фінансові ресурси найбільше впливають на тривалість життя населення.

За даними ВООЗ [34] державне фінансування має важливе значення для країн, які прагнуть досягти стійкого прогресу на шляху до загального охоплення здоров'ям. Кошти потрібно використовувати ефективно та спрямовувати на пріоритетні групи населення та послуги для забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг та фінансового захисту для всіх. Визнаючи це, ВООЗ впроваджує узгоджений Порядок денний спільної роботи з питань фіскального простору, управління державними фінансами та фінансування охорони здоров'я з кінця 2014 року. Стале фінансування охорони здоров'я можна забезпечити за рахунок: наявності достатніх фінансових ресурсів, ефективного їх використання та належним управлінням (рис 3. 12).

Виходячи з тематики нашого дослідження та керуючись рекомендаціями ВООЗ, визначимо перспективи досягнення сталості сфери охорони здоров'я України. Основою забезпечення сталого розвитку досліджуваної сфери є фінансова складова. Це означає, що наша держава на правильному шляху реформування галузі, оскільки розбудовує фінансову модель засновану на результатах.

Результати будуть значно кращими, якщо ресурси будуть спрямовані в цифрові технології (e-health). Адже вони можуть покращити взаємодію між лікарем та пацієнтом, підтримувати стосунки тривалий час, забезпечити зручний

догляд за хворим. Прогресивною є така технологія, як *e-TV Manager*, яка дає змогу лікувати на відстані. Вона є ефективною, адже:



Рисунок 3.12 – Стале фінансування охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

- в режимі on-line надає інформацію про лікування, здійснює моніторинг, відстежує схеми лікування, контролює перебування хворого в лікувальних закладах та їх виписку;

- забезпечує реєстрацію результатів клінічних та лабораторних обстежень, надає інформації про дотримання схеми лікування та виявлення контактів хворого;

- відстежує рух лікарських засобів, починаючи з дати їх надходження до лікувальної установи і закінчуючи датою, коли вони були видані хворим;

- здійснює моніторинг безпечності лікарських препаратів шляхом відстеження побічних ефектів, що реєструються у пацієнтів в процесі медикаментозного лікування, та з урахуванням даних про кінцеві результати лікування;

- спрощує процедури замовлення та постачання медикаментів;

- дає змогу здійснювати моніторинг та оцінювати запаси медикаментів у будь-якому медичному закладі;

- дає змогу сформувати базу даних, яка знадобиться під час підготовки звітів, що впливатиме на політику, стратегію та прийняття рішень керівництвом у майбутньому.

В Україні вже є перші спроби створення таких інженерних прототипів. Зокрема, *мобільний Data Science-додаток*. Він придатний для перевірки родимки за фотографією. Особа, яка бажає обстежитись, завантажує зображення родимки (може використати фотокамеру свого телефону). Мобільний додаток видасть результат аналізу – ймовірність розвитку меланому. До його сервісу можуть підключатися лікарі, які можуть віддалено консультувати пацієнта. В даному випадку вони можуть додатково перевірити точність роботи автоматичного алгоритму. Така профедура дасть змогу заощадити час пацієнта на візит до клініки [35].

Технологія, яка допомагає швидко передавати дані про пацієнта з автомобіля швидкої медичної допомоги в лікарню. Така програма встановлюється в цих автомобілях. Вона дозволяє вести та зберігати журнал подій, протоколи лікування, здійснює запис того, що відбувається в автомобілі, який стан пацієнта. Знаходячись у дорозі, ці дані відразу можна передати лікарю, до якого везуть пацієнта. Також лікар може спостерігати за тим, що відбувається, і консультувати медиків швидкої допомоги щодо надання першої невідкладної допомоги [35].

Впровадження відео-контрольованого лікування хворих. Це альтернативний метод спостереження за лікуванням пацієнтів. Центром громадського здоров'я України у 2017 році розпочато впровадження відео ДОТ. У 2018 році набрано на лікування близько 150 пацієнтів.

Використання автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду (АІСФ). Сьогодні - це діючий веб-сайт для підтримки процесу нагляду за побічними реакціями або відсутністю ефективності лікарських засобів в Україні [36]. Він дає можливість отримати інформацію щодо побічних реакцій на лікарські засоби, за якими здійснюється моніторинг; допомагає

визначити фактори ризику та дає змогу управляти ними, а також надає достовірну інформацію настороженого ставлення до лікарського засобу.

Звісно, такі технології потребуватимуть значних фінансових ресурсів, а їх пошук залежатиме від державної політики у сфері охорони здоров'я. Цифрові технології підтримуватимуть зусилля охорони здоров'я щодо переходу до нових моделей догляду, орієнтованих на пацієнтів, і допомагатимуть їм розробити підходи до «розумного здоров'я» для підвищення доступності та якості, а також до зниження витрат. В Україні громадяни вже використовують ряд пристроїв, які дозволяють реалізовувати підхід до «розумного здоров'я», зокрема:

- сенсорні фітнес-браслети (багатофункціональні гаджети, які вимірюють кількість кроків і відстань, розраховують витрачені калорії, рахують серцеве скорочення, відслідковують режим сну);

- антибактеріальні персональні очищувачі повітря (розумний прилад, який очищує повітря, зменшує ризик людини щодо алергії, пилу, неприємного запаху);

- бездротові навушники з нейростимулятором мозку, які покращують пам'ять м'язів під час тренувань;

- розумні кардіографи, які дозволяють відстежувати стан серця в будь-який час і в будь-якому місці;

- старт ваги, вітамінометри, інтелектуальні скакалка тощо.

Нині у закладах охорони здоров'я України йде активне доукомплектування комп'ютерною технікою, проводиться навчання персоналу новітнім інформаційним технологіям, впроваджуються такі електронні системи та програмне забезпечення, як: «Електронна історія хвороби», «Електронна амбулаторна карта», «Телеконсультант», «Попередній прийом через Інтернет», «Поліклініка», «Стаціонар», «Листки непрацездатності» тощо [37].

Оскільки за даними ВООЗ роль державного фінансування в країнах з низьким і середнім рівнем доходів буде зменшуватися [38], то в українських реаліях (за умови успішного реформування галузі) медичні заклади зможуть самостійно розпоряджатися ресурсами і шукати різні альтернативні способи їх

поповнення. На нашу думку, ті медичні заклади, які будуть використовувати цифрові системи охорони здоров'я, телебачення, пристрої для моніторингу, фітнесу та інші прогресивні технології зможуть розробляти та реалізовувати стратегії залучення пацієнтів. І цим самим збільшувати свої доходи за рахунок альтернативних джерел одержання доходу.

Забезпечення сталого фінансування стане можливим і тоді, коли медичні заклади реалізовуватимуть стратегії вертикальної інтеграції. Суть її полягає у тому, що медичні заклади можуть розширювати види медичних послуг, займатися просуванням цих послуг на ринок та реалізовувати їх кінцевому споживачу. Перевагами вертикальної інтеграції є можливості економії ресурсів за рахунок: кращої координації та управління, раціональнішого використання інфраструктурних об'єктів та медичного обладнання, доступнішого збору інформації про потенційних споживачів, скорочення кількості переговорів з постачальниками; вигод від стабільних зв'язків. Вертикальна інтеграція може надати медичним установам більший простір для участі в стратегії диференціації, оскільки вони контролюватимуть більшу частину ланцюжка створення цінності медичної послуги. Таку стратегія буде успішною для таких медичних установ, які:

- зможуть надавати унікальні медичні послуги;
- забезпечать швидке ухвалення рішення стосовно медичної послуги (це досить складний процес і вимагатиме участі багатьох підрозділів);
- зуміють добре координувати свої дії з усіма учасниками процесу;
- надаватимуть медичні послуги, що знаходяться на початкових стадіях життєвого циклу.

Перспективним напрямом забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я є розвиток *персоналізованої медицини*. Її основною метою є профілактика, діагностика, лікування, уникнення небажаних побічних ефектів з урахуванням індивідуальних особливостей людини. Раціональним, вважаємо, буде вкладення коштів у попередження та профілактику захворювань. І тут ми

акцентуємо увагу на ті галузі, які не входять до охорони здоров'я (наприклад, сфера освіти).

Забезпечення сталості охорони здоров'я значною мірою буде залежати від кадрового забезпечення. Нагального вирішення потребують такі проблеми, як: старіння робочої сили; велике навантаження на медичних працівників; незбалансований ритм їх роботи; занепад моралі; турбота про добробут [36]. Актуальним є налагодження економічної взаємодії ринку праці та кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я [39].

Вважаємо, ключовим напрямом розвитку стане використання інноваційних підходів до планування робочої сили, відбору персоналу, розвиток навичок та застосування новітніх технологій під час виконання своїх функціональних обов'язків, формування екологічних компетенцій у медичних працівників. Розвиток автоматизації вплине на певні адміністративні процеси, а цифрова медицина дозволить використати нову модель «догляду в будь-якому місці». На нашу думку, медичні заклади повинні бути готовими до впровадження нових моделей управління персоналом (наприклад, дозволяти молодшому медичному персоналу працювати віддалено). І цьому медикам допоможуть компетенції, яких слід набувати впродовж роботи [40, 41].

Акцентуємо увагу на ролі адміністративного корпусу, особливо керівників медичних закладів. Їм необхідно підтримувати континуум талантів своїх співробітників. Персонал, який зуміє взаємодіяти з пацієнтами стане інтелектуальним асистентом, який зможе надавати медичний коучинг. Ключовими завданнями медичного коучингу є комплексні рішення, а саме: активне планування здоров'я; спрямованість на оптимізацію здорового способу життя; високий рівень індивідуального та цілісного бачення здоров'я кожної людини. Здатність до ефективних перетворень забезпечуватиме й культура в медичних закладах [42].

Підсумовуючи вищезазначене, вважаємо, що забезпечення сталості сфери охорони здоров'я України буде можливе з урахуванням таких складових (рис.3.13).



Рисунок 3.13 – Складові сталості сфери охорони здоров'я України

Поєднання достатнього економічного забезпечення, його справедливого та ефективного використання, належного управління, а також розвиток Інституту громадського здоров'я будуть сприяти сталості сфери охорони здоров'я. Виділення окремим сегментом *Інституту громадського здоров'я* обумовлена тим, що нині виникає нагальна потреба спрямовувати громадян до більшої відповідальності за своє здоров'я. Адже не можна цілком у всьому покладатися на державу або на лікаря й бути впевненим, що прийом ліків допоможе вилікувати хворобу. Потрібно, щоб самі громадяни були зацікавлені в підтримці, зміцненні й збереженні свого здоров'я.

Вважаємо, що назріла необхідність цілеспрямованого формування культури здоров'я людини, яка передбачає нові підходи до своїх потреб, прав і обов'язків, освіти, переконань, формування стійких мотивацій до здорового способу життя, позитивної соціальної поведінки [43, 44]. Набуває особливої актуальності новий статус екологічної освіти, суть якого зводиться до формування екологічної етики та моралі [45].

Таким чином, стійкість економічного забезпечення, надання медичної допомоги, орієнтація на пацієнтів та результат, цифрова трансформація,

співпраця медиків та громадян формуватиме майбутнє сфери охорони здоров'я та сприятиме досягненню сталого розвитку.

Висновки до розділу 3

На основі обґрунтування стратегічних пріоритетів та індикаторів сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, формування та реалізації механізму його досягнення та перспектив забезпечення стійкості охорони здоров'я держави підсумовуємо.

1. Україна пройшла чотири етапи трансформацій сфери охорони здоров'я. Перший етап, де сфера охорони здоров'я була державною і функціонувала на моделі Семашка. Другий етап характеризувався екстенсивним розвитком, проте стрімким розвитком приватної медицини. На третьому етапі реалізовувались пілотні проекти реформування медичної допомоги. Починаючи з 2014 року Україна взяла курс на досягнення Цілей сталого розвитку.

2. Визначено стратегічні пріоритети досягнення Цілей сталого розвитку. В основу цих пріоритетів покладено підсумковий документ Саміту ООН «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року», у якому затверджено 17 Цілей Сталого Розвитку та поставлено 169 завдань. Серед 17 ЦСР ми у своєму дослідженні зосередили увагу на реалізації третьої цілі міцному здоров'ї та благополуччі населення.

3. Важливим етапом трансформації національної охорони здоров'я стало прийняття Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки, яка є складовою Національного плану дій з реформування галузі. Стратегічним орієнтиром було визначено – підвищити якість та доступність медичної допомоги та зменшити фінансові ризики для людей. Це дало новий поштовх до чергової реформи галузі, яка повинна була базуватися на таких фундаментальних принципах, як: орієнтованість на людей, результат та втілення.

4. З метою реалізації Цілі - міцне здоров'я та благополуччя - було визначено дев'ять таких показників, яких варто досягнути до 2030 р., а саме: знизити материнську смертність; мінімізувати смертність, якій можна запобігти; зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу; знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань; знизити смертність завдяки упровадженню інноваційних підходів до діагностики захворювань; знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП; забезпечити загальну якісну імунізацію населення; знизити поширеність тютюнокуріння та провести реформу фінансування охорони здоров'я. Визначено цільові значення цих індикаторів у 2030 р. та досліджено їх проміжні показники.

5. Зроблено висновок про те, що поставлені завдання можуть бути реалізовані за умови належного ресурсного забезпечення. Запропоновано економічний механізм такого забезпечення та виділено інструменти розвитку, зокрема: цільові програми розвитку; цільове оподаткування; цільове використання податку; аутсорсинг; пільгове ціноутворення та кредитування програм і проєктів розвитку; стимули для медичних працівників та лікарень; медичне страхування; реімбурсація; підтримка приватного сектору та розвиток державно-приватного партнерства.

6. Встановлено ступінь впливу основних показників економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України на очікувану тривалість життя українців. В основу побудови можливих сценаріїв закладено концептуальну модель розвитку сфери охорони здоров'я держави. Розрахунково-прогнозні дані свідчать про те, що фінансові ресурси найбільше впливають на очікувану тривалість життя населення.

7. Визначено перспективи досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я. Керуючись рекомендаціями ВООЗ, перспективами досягнення сталості сфери охорони здоров'я України можуть стати: побудова фінансової моделі, заснованої на результатах; розвиток електронної медицини; реалізація підходів до широкого застосування «розумного здоров'я». Важливим є забезпечення

розвитку персоналізованої медицини, а також вкладення коштів з метою запобігти хворобам чи задля проведення профілактичних заходів.

8. Забезпечення сталості охорони здоров'я значною мірою буде залежати від кадрового ресурсів. Ключовим напрямом розвитку визначено використання інноваційних підходів до планування робочої сили, відбору персоналу, розвиток навичок та застосування новітніх технологій для роботи. Зосереджено увагу на важливості ролі адміністративного персоналу, яким необхідно підтримувати континуум талантів своїх співробітників.

9. Поєднання достатнього економічного забезпечення, його справедливого та ефективного використання, належного управління, а також розвиток Інституту громадського здоров'я будуть сприяти сталому розвитку сфери охорони здоров'я.

Результати досліджень, представлені у даному розділі, опубліковані у працях автора [33, 37, 41, 43] переліку використаних джерел.

Список використаних джерел до розділу 3

1. Цілі сталого розвитку України 2016-2030 р. URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholitia/tsili-staloho-rozvytku> (дата звернення 28.08.2019).
2. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 30.01.2018р. №3611-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> (дата звернення 28.08.2019).
3. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 20.04.2014р. № 3612-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звернення 28.08.2017).
4. Національна стратегія реформування охорони здоров'я 2015-2020 роки URL: <https://moz.gov.ua> › strategija.
5. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2018 році. Держ. ком. стат. України. 2018. 89с. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
6. Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>. (дата звернення 28.08.2019).
7. Закон України Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>(дата звернення 28.08.2019)
8. Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>. (дата звернення 28.08.2019).
9. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. URL: http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf
10. Dykha M.V. Economic mechanism toolkit for state regulation of socioeconomic processes . *Actual Problems of Economics*. 2016. № 5 (179). P. 20–29.

11. Герцик В. А. Ієрархічна структура організаційно-економічного механізму управління розподілом підприємства. *Культура народів Причорномор'я. Економічні науки*. 2009. № 172. С.22-24.
12. Дорогунцов С. Державне регулювання техногенно-екологічної безпеки в регіонах України. *Економіка України*. 2002. № 4. С. 70 – 76.
13. Міністерство охорони здоров'я Як це працює? URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki>.
14. Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf
15. Як системно працювати в умовах безсистемності. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/mizhnarodni-investori-zacikavleni-investuvati-v-modernizaciju-ukrainskih-medichnih-zakladiv>
16. Звіт фіскальної служби України. URL: <http://sfs.gov.ua/data/files/240396.pdf>.
17. Проект Закону про внесення змін до Податкового кодексу України щодо збільшення ставок екологічного податку з метою проведення додаткових заходів, що сприятимуть зміцненню здоров'я та покращенню медико-санітарного забезпечення громадян України від 01.11.2019р.№ 2367. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67260.
18. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>.
19. Hodges J. Outsourcing health care: The global growth of medical tourism. URL: <http://www.humanosphere.org>.
20. Goyal A. Outsourcing in Healthcare. URL: <http://www.expresshealthcare.in>.
21. Стоматологія, лікування безпліддя, пластика. В Україні зростає кількість закордонних медичних туристів. URL:

<https://nv.ua/ukr/biz/markets/medichniy-turizm-shcho-privablyuye-inozemciv-prohoditi-likuvannya-v-ukrajini-50035574.html>.

22. Україна є найменш вакцинованою в Європі – ЮНІСЕФ. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/28670018.html>.

23. Біль держави. Чи відвоює фармацевтична мафія ринок закупівлі ліків. URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2016/05/20/593298/>

24. [Аналіз реалізації інвестиційних проєктів міжнародних фінансових інституцій в Україні виявив проблеми їх впровадження: думка експертки НІСД. Національний Інститут стратегічних досліджень. URL:https://niss.gov.ua > news > statti > analiz-realizaci.](https://www.niss.gov.ua/news/statti/analiz-realizaci)

25. Скільки стали заробляти лікарі Львова. Львівський портал. URL:<https://portal.lviv.ua/news/2019/01/17/skilki-stali-zaroblyati-likari-u-poliklinikah-lvova>.

26. Kis S., Mosora L.,Mosora Y.,Yatsiuk O.,Malynovska G., Pobihun S. Personnel Certification As a Necessary Condition for Enterprise' Staff Development, *Management Systems in Production Engineering*, Volume 28, Issue 2, pp. 121-126.

27. Переосмислення системи охорони здоров'я: роль державно-приватного партнерства в Україні. URL: <http://www.likarnya.org.ua/news/11606.html>.

28. Міжнародні інвестори зацікавлені інвестувати в модернізацію українських медичних закладів. URL:<https://moz.gov.ua/article/news/mizhнародni-investori-zacikavleni-investuvati-v-modernizaciju-ukrainskih-medichnih-zakladiv>.

29. Безбах Н. В. Використання зарубіжного досвіду в розвитку державно-приватного партнерства в Україні. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Bezbach.pdf>.

30. Кузнецов И.В. Зарубежный опыт государственно-частного партнерства (США, Европа, Канада). *Экономические науки*. 2012р. No 8 (93). С. 196.

31. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. Адміністративне право та процес.

2019. № 2. С. 110-114. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2019/2/22.pdf> (дата звернення: 29.11.2019).

32. Хмельницький С.И. Медицинская реформа в Украине. URL: <http://hospital> (дата звернення: 27.11.2019).

33. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Практичні аспекти суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я. *Маркетинг і контролінг: сучасні виклики підприємництва*: матеріали міждисциплінарної наук.-практ. конференції. (Київ, Івано-Франківськ 30 листопада 2017 р.). Київ: Юдіна Л. І. 2017. URL: <http://futureslog.com.ua/publish/7/Zbirnyk.pdf#page=73>. – ISBN 978-966-97581-7-0.

34. Health financing. URL: https://www.who.int/health_financing/topics/sustainable-financing-for-uhc/en/.

35. Globallogic: «цифрові технології в медицині схожі з розробками для ВПК, авіації та космонавтики» URL: <https://mind.ua/publications/20195142-globallogic-cifrovi-tehnologiyi-v-medicini-shozhi-z-rozrobkami-dlya-vpk-aviaciyi-ta-kosmonavtiki>.

36. АИСФ. URL: <https://aisf.dec.gov.ua/Account/LogOn>.

37. Kinash I.P., Savchuk L.M. Features of use of the newest technologies of management in the sphere of healthcare of Ukraine. Information and technologies in the development of socio-economic systems. Monograph 6. Wydawnictwo Wyższej Szkoły, Technicznej w Katowice, 2016. p. 232-239.

38. World Health Organization. (2017). Meeting report: WHO symposium on health financing for UHC: public financing for UHC: towards implementation: 31 October - 02 November 2017, Montreux, Switzerland. World Health Organization. 32 p.

39. Hutsaliuk O. M., Navolokina A. S. Research on the economic interaction between the labor market and human resources in the healthcare sector in Ukraine. *Economic innovations*. 2020. Vol. 22. Iss. 1 (74). P. 37–51.

40. Кісь С, Запухляк І, Яцюк О, Малиновська Г. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я України: новий підхід до розвитку управлінського персоналу. *Економічний аналіз*. Тернопіль. 2019. Том 29. № 4. С. 17-27.

41. Запухляк І. Б., Ромашко О. М. Розвиток управлінських компетенцій керівників медичних закладів як чинник зміцнення безпеки здоров'я населення. *Науковий вісник Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу (серія: Економіка та управління в нафтогазовій галузі)*, 2020 (1 (21)). с. 35-48.

42. Polyanska, A., Zapukhliak, I., & Diuk, O. Culture of organization in conditions of changes as an ability of efficient transformations: the case of gas transportation companies in Ukraine . *Oeconomia Copernicana*. Volume 10. Issue 3, September 2019. pp. 561–580.

43. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Соціалізація здоров'я населення як інструмент зміцнення людського капіталу. *Україна-2030: Консолідація мислення – консолідація дій*. Київ: видавництво «СПД В. Павленко». 2018. 160с. (С.122-124.)

44. Диха М.В. Здоров'я людини як базова складова людського потенціалу в системі досягнення цілей сталого розвитку України. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 1. С. 20–25.

45. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Екологізація освіти як первинний чинник трансформації суспільства до сталого розвитку. *Теорія і практика стратегічного управління розвитком галузевих і регіональних суспільних систем*: матеріали VI Міжнародної наук.-практ. конференції (м. Яремче 11-13 жовтня 2017 р. ІФНТУНГ). Івано-Франківськ.2017.

ВИСНОВКИ

Проведені у дисертаційній роботі дослідження дали змогу зробити висновки та сформувані пропозиції теоретичного та науково-практичного спрямування щодо розв'язання наукового завдання, яке полягає у розвитку теоретико-методичних засад та практичних рекомендацій щодо формування економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України в умовах реалізації стратегії сталого розвитку. За результатами проведеного дослідження зроблено такі висновки:

1. Обґрунтовано теоретичні засади понятійно-категоріального апарату дослідження, що зумовило запропонувати поняття: «сталій розвиток сфери охорони здоров'я» як керований процес, який за умови синергії факторів збалансованого розвитку підтримує позитивну динаміку в системі та сприяє транзитній детермінації, що забезпечує результат – зміцнення здоров'я населення; «економічне забезпечення сфери охорони здоров'я» як комплекс складових, який об'єднує фінансові, матеріальні, кадрові ресурси, що створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я громадян з метою досягнення цілей сталого розвитку держави.

2. Встановлено, що керуючись закордонним досвідом з формування та використання економічного забезпечення доцільним є його адаптація до вітчизняних умов через його очевидну раціоналізацію, яка передбачає отримання гарантованого пакету медичних послуг на основі: чіткого визначення прав на отримання медичних послуг, державного фінансування, урахування пріоритетності різних видів медичних послуг, що слугуватиме орієнтиром забезпечення сталості охорони здоров'я держави. Надалі важливою є активізація як добровільного, так і обов'язкового медичного страхування громадян.

3. Визначено, що першорядну роль у формуванні та використанні економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави відіграють принципи розвитку. Виділено наступні: пріоритетність розвитку; державні гарантії; гуманістична спрямованість; загальнодоступність медичної допомоги; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги;

багатоканальність фінансування; розвиток самоврядування медичних установ. З'ясовано, що економічне забезпечення залежить від впливу суспільно-економічної реальності, тенденцій, закономірностей, взаємозв'язку економічних, соціальних та екологічних факторів, урахування яких сприятиме підвищенню ефективності управління в контексті досягнення цілей сталого розвитку держави.

4. На основі існуючих наукових розробок удосконалено методіку оцінювання економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави. Сформульовано систему показників, що характеризують забезпеченість матеріальними, фінансовими та кадровими ресурсами. Використано таксономічний метод оцінювання, який дав змогу обчислити інтегральний показник розвитку економічного забезпечення досліджуваної сфери. Запропонована методика передбачає оцінювання стійкості тенденцій показників розвитку і стійкості рівнів динамічного ряду. Все це дало змогу згрупувати регіони держави з подібними рівнями розвитку економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України. Зокрема, виділено групи з високою, середньою та слабкою стійкістю тенденцій. Розрахункові дані засвідчили, що в Україні спостерігається висока стійкість тенденцій до спадання темпів росту інтегрального показника із високою стійкістю рівнів динамічного ряду.

5. Запропоновано концептуальну модель економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України, яка враховує реальну ситуацію розвитку, орієнтується на реалізацію стратегії сталого розвитку України, передбачає трансформації сфери охорони здоров'я та зростання ролі інституту громадського здоров'я, спрямована на досягнення триєдиної мети – соціальної, економічної, екологічної та реалізацію стратегічних завдань, що дає змогу розробити економічний механізм забезпечення їх реалізації, у якому виділено сукупність інструментів, що сприятимуть створенню умов для зміцнення здоров'я населення. Фундаментальними принципами визначено: орієнтованість на людей, результат та втілення.

6. Запропоновано економічний механізм забезпечення досягнення цілей сталого розвитку сфери охорони здоров'я, у якому виділено такі інструменти розвитку: цільові програми розвитку; цільове оподаткування; цільове використання податку; аутсорсинг; пільгове ціноутворення та кредитування програм та проєктів розвитку; стимули для медичних працівників та лікарень; медичне страхування; реімбурсація; підтримка приватного сектору та розвиток державно-приватного партнерства.

7. Побудова можливих сценаріїв очікуваної тривалості життя українців здійснювалась з урахуванням впливу показників економічного забезпечення сфери охорони здоров'я та з огляду на виявлені тенденції попередніх періодів і перебігу трансформаційних процесів у державі. Виходячи з результатів, окреслено перспективи досягнення сталості сфери охорони здоров'я в контексті загальнонаціональних пріоритетів.

ДОДАТКИ

Додаток А.1

Кількість закладів охорони здоров'я, по областях

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	2 264	2 055	1 793	1 775	1 743	1 292
Вінницька	64	63	64	64	60	52
Волинська	53	50	48	48	48	40
Дніпропетровська	150	143	144	141	141	105
Донецька	191	186	75	73	79	60
Житомирська	74	67	58	53	46	38
Закарпатська	58	54	54	53	52	41
Запорізька	93	84	83	81	78	60
Івано-Франківська	85	82	81	81	81	59
Київська	97	83	74	74	73	58
Кіровоградська	69	56	54	54	51	39
Луганська	139	126	27	35	36	27
Львівська	128	135	135	131	129	96
Миколаївська	54	53	53	53	47	39
Одеська	119	103	92	90	94	68
Полтавська	88	72	72	75	72	52
Рівненська	65	51	52	52	50	42
Сумська	70	60	60	59	58	42
Тернопільська	64	65	66	65	64	49
Харківська	132	129	128	128	122	81
Херсонська	63	43	43	43	40	34
Хмельницька	77	56	55	57	57	42
Черкаська	80	75	64	55	54	40
Чернівецька	59	40	40	40	42	26
Чернігівська	84	67	61	58	54	40
м.Київ	108	112	110	112	115	62

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Додаток А.2

Кількість ліжок в закладах охорони здоров'я, по областях

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	384 328	378 015	335 835	332 686	315 068	258 395
Вінницька	12 770	12 228	12 076	11 484	10 935	9 583
Волинська	8 456	8 403	8 409	8 349	7 556	6 491
Дніпропетровська	30 606	29 892	29 885	29 056	28 515	23 383
Донецька	36 188	35 892	12 597	12 944	13 035	11 300
Житомирська	9 986	9 917	9 885	9 784	8 605	7 352
Закарпатська	9 365	9 097	8 963	8 772	8 669	7 915
Запорізька	16 061	15 843	15 754	15 611	14 800	11 795
Івано-Франківська	11 710	11 388	11 355	11 256	10 764	9 068
Київська	14 569	14 241	14 231	13 641	12 793	11 194
Кіровоградська	8 950	8 830	8 810	8 705	8 137	7 147
Луганська	21 480	21 155	4 895	7 163	6 455	6 025
Львівська	24 209	23 576	23 403	22 674	21 688	17 319
Миколаївська	9 942	9 889	9 979	9 792	8 553	6 733
Одеська	20 715	20 325	19 965	19 708	18 799	15 165
Полтавська	12 855	12 623	12 362	12 311	11 344	9 683
Рівненська	9 864	9 513	9 513	9 560	8 687	7 352
Сумська	10 369	10 279	10 078	9 797	9 357	7 848
Тернопільська	9 555	9 700	9 694	9 376	8 935	7 640
Харківська	24 702	24 687	24 054	23 970	23 053	17 801
Херсонська	10 684	10 016	9 939	9 674	8 074	7 083
Хмельницька	11 556	11 253	10 977	11 065	10 171	8 640
Черкаська	10 786	10 744	10 727	10 456	9 948	8 235
Чернівецька	7 466	7 233	7 173	7 177	6 798	5 564
Чернігівська	11 920	11 623	11 371	11 065	10 093	8 281
м.Київ	29 564	29 668	29 740	29 296	29 304	19 798

Примітка. Складено автором з використанням даних

Офіційного сайту Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Кількість ліжок у поліклініках (денні стаціонари)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	70 195	69 752	61 599	62 270	62 832	62 890
Вінницька	3 890	3 842	3 803	3 732	3 654	3 643
Волинська	1 479	1 452	1 464	1 478	1 438	1 486
Дніпропетровська	4 986	4 864	4 879	4 928	4 916	4 912
Донецька	6 729	6 789	3 296	3 424	3 410	3 325
Житомирська	3 009	3 041	3 020	3 056	3 101	3 085
Закарпатська	1 661	1 629	1 540	1 593	1 541	1 578
Запорізька	2 823	2 659	2 441	2 457	2 461	2 581
Івано-Франківська	2 099	2 299	2 328	2 387	2 384	2 398
Київська	2 971	2 959	3 013	2 915	3 024	2 907
Кіровоградська	2 257	2 310	1 738	1 642	1 730	1 710
Луганська	5 853	5 724	1 935	1 964	1 924	1 899
Львівська	2 316	2 328	2 428	2 451	2 657	2 703
Миколаївська	2 427	2 184	2 223	2 273	2 370	2 409
Одеська	3 180	3 391	3 406	3 414	3 430	3 420
Полтавська	2 321	2 327	2 288	2 351	2 349	2 376
Рівненська	1 919	1 854	1 794	1 854	1 812	1 790
Сумська	2 390	2 233	2 249	2 292	2 352	2 312
Тернопільська	1 661	1 683	1 676	1 672	1 687	1 749
Харківська	5 301	5 112	5 004	4 991	4 941	5 048
Херсонська	1 625	1 691	1 679	1 779	1 744	1 740
Хмельницька	2 160	2 224	2 206	2 278	2 338	2 221
Черкаська	2 345	2 349	2 368	2 460	2 523	2 558
Чернівецька	1 541	1 508	1 531	1 557	1 697	1 702
Чернігівська	1 484	1 528	1 518	1 545	1 562	1 555
м.Київ	1 768	1 772	1 772	1 777	1 787	1 783

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України, *без частини окупованої території

Кількість лікаських амбулаторно-поліклінічних закладів

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	3 519	1 594	1 267	1 207	1 216	1 281
Вінницька	36	34	34	34	35	42
Волинська	97	24	23	22	22	25
Дніпропетровська	70	64	64	66	65	69
Донецька	81	81	37	36	37	40
Житомирська	184	116	60	59	56	38
Закарпатська	249	102	103	102	78	79
Запорізька	154	27	35	36	42	43
Івано-Франківська	141	143	112	115	114	117
Київська	231	71	33	33	33	34
Кіровоградська	103	46	33	32	32	32
Луганська	134	55	19	19	18	17
Львівська	212	214	217	223	214	219
Миколаївська	122	30	30	30	30	31
Одеська	211	63	66	55	60	58
Полтавська	156	36	36	37	36	37
Рівненська	100	21	21	21	24	29
Сумська	112	36	27	30	30	34
Тернопільська	164	94	43	30	30	47
Харківська	266	59	60	60	63	66
Херсонська	100	18	21	21	23	26
Хмельницька	131	27	27	27	29	32
Черкаська	138	140	69	23	29	34
Чернівецька	150	22	22	22	34	49
Чернігівська	101	18	23	22	29	30
м.Київ	76	53	52	52	53	53

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту Центр медичної статистики МОЗ України, *без частини окупованої території

Кількість УЗД апаратів, од.

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	3 782	3 785	3 486	3 614	3 680	3 816
Вінницька	132	130	138	145	144	149
Волинська	104	100	104	111	112	125
Дніпропетровська	239	244	242	246	251	253
Донецька	354	386	103	128	131	142
Житомирська	132	130	143	149	148	145
Закарпатська	104	99	99	106	104	106
Запорізька	129	123	126	128	133	141
Івано-Франківська	133	139	136	138	142	147
Київська	152	151	168	175	178	183
Кіровоградська	97	87	99	103	100	102
Луганська	164	159	48	47	53	57
Львівська	215	209	216	226	227	234
Миколаївська	85	82	88	87	89	90
Одеська	229	213	217	220	223	227
Полтавська	105	108	108	116	130	196
Рівненська	121	115	125	131	127	128
Сумська	97	100	99	105	109	112
Тернопільська	82	85	91	89	88	90
Харківська	268	286	289	302	296	286
Херсонська	83	82	77	89	93	91
Хмельницька	118	116	122	123	125	130
Черкаська	99	93	100	105	108	110
Чернівецька	98	98	97	99	101	98
Чернігівська	101	108	109	114	114	119
м.Київ	341	342	342	332	354	355

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток А.6

Кількість УЗД досліджень, тис.

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	26 654,5	26 634,1	24 127,1	24 716,1	24 954,8	24 958,4
Вінницька	982,2	986,2	984,5	1 044,6	1 052,1	1 041,3
Волинська	731,9	726,1	717,9	778,3	755,3	755,0
Дніпропетровська	1 867,4	1 864,5	1 839,4	1 807,4	1 811,4	1 839,3
Донецька	1 980,4	2 122,3	518,7	596,2	617,5	658,4
Житомирська	1 103,5	1 111,5	1 071,8	915,8	787,3	798,2
Закарпатська	836,7	811,5	790,5	807,9	794,1	772,2
Запорізька	423,6	464,8	473,7	497,8	487,5	476,5
Івано-Франківська	1 162,7	1 238,4	1 241,6	1 222,1	1 281,9	1 309,9
Київська	814,7	819,5	821,6	862,1	885,8	875,9
Кіровоградська	658,3	687,7	717,3	722,3	711,5	732,9
Луганська	1 129,1	1 160,3	177,3	209,8	214,3	234,5
Львівська	1 688,8	1 519,9	1 570,4	1 618,7	1 707,7	1 675,2
Миколаївська	533,1	696,3	786,1	787,4	787,4	784,1
Одеська	1 459,2	1 429,3	1 377,5	1 413,3	1 433,2	1 449,0
Полтавська	952,8	767,6	726,4	786,9	814,1	805,5
Рівненська	1 050,6	1 087,4	1 104,5	1 193,1	1 252,5	1 272,6
Сумська	665,9	529,2	515,4	531,9	525,1	540,0
Тернопільська	779 167	640 264	616 864	727 396	694 771	737,0
Харківська	1 969,3	2 112,4	2 206,9	2 182,3	2 196,9	2 169 611
Херсонська	873,9	888,3	983,6	1 038,6	1 076,9	1 005,1
Хмельницька	561,5	589,6	584,9	606,1	574,6	574,2
Черкаська	885,4	846,5	859,1	941,2	908,8	882,8
Чернівецька	798,3	819,9	850,2	876,2	984,4	962,7
Чернігівська	786,2	752,3	660,4	637,2	651,6	647,1
м.Київ	1 959,7	1 962,4	1 930,0	1 911,2	1 947,7	1 959,1

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість МРТ апаратів, одиниць

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	44	46	42	43	44	48
Вінницька	1	1	1	1	1	1
Волинська	2	3	3	3	3	3
Дніпропетровська	5	5	4	4	6	6
Донецька	4	4	0	1	1	1
Житомирська	0	0	0	0	1	1
Закарпатська	1	1	1	1	1	1
Запорізька	1	1	1	1	1	1
Івано-Франківська	1	1	1	2	2	1
Київська	3	3	3	5	4	3
Кіровоградська	1	1	1	1	1	1
Луганська	2	1	0	0	0	0
Львівська	0	1	2	1	1	2
Миколаївська	1	2	2	1	2	2
Одеська	2	1	1	1	1	1
Полтавська	1	1	1	1	1	1
Рівненська	1	1	1	1	1	1
Сумська	1	1	1	1	1	1
Тернопільська	0	0	0	0	0	0
Харківська	4	4	4	4	3	3
Херсонська	1	1	1	1	1	1
Хмельницька	1	1	1	1	1	1
Черкаська	0	1	1	1	1	1
Чернівецька	1	1	1	1	1	1
Чернігівська	0	0	0	0	0	0
м.Київ	10	10	11	10	9	14

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість МРТ досліджень

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	172 102	181 404	151 350	170 390	176 172	188 977
Вінницька	17 084	15 611	13 585	13 206	11 423	9 672
Волинська	6 693	8 369	7 754	10 239	9 380	8 986
Дніпропетровська	17 451	18 861	13 537	15 483	15 440	16 382
Донецька	21 403	26 160	0	0	0	983
Житомирська	0	0	0	0	2 742	11 978
Закарпатська	2 111	3 517	3 657	4 388	4 221	3 365
Запорізька	3 761	3 859	4 333	3 250	2 744	2 067
Івано-Франківська	1 777	1 310	1 757	2 013	3 880	4 329
Київська	8 541	8 910	9 584	11 810	11 110	12 127
Кіровоградська	3 324	3 123	1 373	883	1 768	1 987
Луганська	4 126	2 683	0	0	0	0
Львівська	756	466	3 261	5 717	5 336	7 350
Миколаївська	3 366	3 635	5 837	6 665	7 315	6 867
Одеська	2 492	2 525	3 143	3 379	3 825	4 123
Полтавська	2 489	5 058	5 688	5 787	5 738	4 158
Рівненська	5 331	2 121	2 328	4 380	4 857	4 618
Сумська	2 733	2 782	2 193	2 577	2 802	1 382
Тернопільська	0	0	0	0	0	0
Харківська	20 293	21 201	20 617	21 752	21 112	19 727
Херсонська	17 363	16 074	14 869	15 714	14 804	15 047
Хмельницька	4 107	4 135	3 863	3 899	3 346	4 848
Черкаська	0	1 349	4 160	4 720	6 353	6 689
Чернівецька	4 767	5 459	6 366	7 838	8 081	8 127
Чернігівська	0	0	0	0	0	0
м.Київ	22 134	24 196	23 445	26 690	29 895	34 165

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість ендоскопічних апаратів

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	2 832	2 916	2 533	2 578	2 587	2 666
Вінницька	96	93	105	113	111	125
Волинська	75	68	74	80	77	78
Дніпропетровська	190	226	227	235	235	230
Донецька	288	344	79	88	85	93
Житомирська	96	106	104	104	111	118
Закарпатська	70	70	79	83	77	73
Запорізька	130	129	117	120	130	137
Івано-Франківська	90	88	88	91	95	96
Київська	137	139	142	134	139	141
Кіровоградська	52	70	64	65	63	58
Луганська	125	122	23	30	20	22
Львівська	135	134	139	136	139	139
Миколаївська	90	98	97	99	92	99
Одеська	141	127	127	124	122	128
Полтавська	110	105	102	107	102	112
Рівненська	99	86	97	101	101	108
Сумська	70	70	64	64	65	69
Тернопільська	62	65	69	69	67	69
Харківська	147	137	133	137	147	149
Херсонська	66	66	66	76	82	80
Хмельницька	94	99	93	89	96	93
Черкаська	88	94	88	90	99	103
Чернівецька	54	53	50	52	52	49
Чернігівська	98	95	89	84	85	96
м.Київ	229	232	217	207	195	201

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість ендоскопічних досліджень

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	1 722 134	1 791 501	1 577 420	1 631 161	1 625 794	1 654 811
Вінницька	55 743	55 947	58 046	59 026	56 879	58 246
Волинська	42 584	43 384	43 973	45 467	44 188	43 599
Дніпропетровська	122 819	139 510	138 822	148 499	152 464	150 634
Донецька	132 921	144 918	27 092	30 445	28 281	36 651
Житомирська	62 594	61 602	61 601	63 471	59 574	62 025
Закарпатська	40 796	42 309	40 912	41 116	43 805	43 632
Запорізька	57 914	60 992	56 057	62 523	60 223	62 468
Івано- Франківська	85 396	94 062	96 551	94 598	100 714	100 998
Київська	63 374	66 053	65 136	68 415	63 120	65 305
Кіровоградська	26 429	27 969	25 501	26 756	26 055	26 326
Луганська	77 197	83 197	7 823	10 654	12 870	14 835
Львівська	89 020	89 253	87 820	89 968	89 140	89 438
Миколаївська	46 283	51 557	49 978	50 258	51 031	50 019
Одеська	77 120	83 206	82 597	83 207	82 932	86 553
Полтавська	77 333	76 291	75 400	79 869	78 573	78 241
Рівненська	67 845	66 175	65 701	66 637	66 644	69 105
Сумська	46 295	42 408	40 447	43 345	42 386	45 451
Тернопільська	36 994	38 730	39 941	41 076	42 732	42 634
Харківська	85 488	89 908	88 877	93 130	94 752	97 649
Херсонська	43 731	43 053	42 564	43 757	43 922	40 605
Хмельницька	48 496	49 685	48 950	47 165	45 611	45 786
Черкаська	74 545	79 016	78 474	79 978	81 395	84 267
Чернівецька	53 039	51 509	50 438	52 753	51 334	50 086
Чернігівська	59 987	60 364	56 398	58 185	58 169	60 610
м.Київ	148 191	150 403	148 321	150 863	149 000	149 648

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість гемодіалізних апаратів

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	893	983	981	1 032	1 161	1 324
Вінницька	29	29	33	39	30	38
Волинська	36	42	44	44	44	54
Дніпропетровська	35	35	51	62	63	68
Донецька	56	67	16	19	20	31
Житомирська	31	31	31	32	35	35
Закарпатська	38	42	43	43	43	52
Запорізька	46	51	53	59	74	93
Івано-Франківська	59	62	66	71	78	92
Київська	31	41	41	41	41	47
Кіровоградська	13	15	16	16	17	34
Луганська	16	15	0	4	4	4
Львівська	58	62	89	73	132	136
Миколаївська	19	24	24	24	33	33
Одеська	105	105	111	100	99	109
Полтавська	17	19	19	19	21	19
Рівненська	22	22	22	28	28	27
Сумська	20	25	26	38	51	58
Тернопільська	26	29	26	34	39	45
Харківська	33	35	35	35	35	43
Херсонська	14	14	16	16	17	21
Хмельницька	33	35	37	42	42	42
Черкаська	32	30	30	35	50	50
Чернівецька	9	17	17	17	17	17
Чернігівська	24	26	27	27	34	48
м.Київ	91	110	108	114	114	128

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість гемодіалізів

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	581 604	636 813	660 209	713 745	738 560	814 815
Вінницька	21 868	24 098	25 352	28 978	30 588	36 625
Волинська	21 655	22 837	25 643	27 757	29 077	28 859
Дніпропетровська	28 236	28 628	30 052	39 760	40 390	45 808
Донецька	30 283	40 809	11 899	15 274	18 875	22 132
Житомирська	25 092	26 004	26 111	26 096	26 149	27 056
Закарпатська	21 150	23 879	26 380	27 154	26 773	28 777
Запорізька	43 639	43 166	46 198	46 988	50 984	55 017
Івано-Франківська	44 075	48 677	51 328	51 679	52 320	54 458
Київська	22 528	26 952	30 075	32 658	35 365	40 119
Кіровоградська	7 500	8 580	9 568	12 377	14 177	17 418
Луганська	15 739	16 586	0	2 035	3 213	3 817
Львівська	38 644	44 748	47 196	47 069	51 986	62 512
Миколаївська	14 499	16 879	18 448	19 623	23 186	26 669
Одеська	31 631	32 370	35 263	34 092	35 362	35 032
Полтавська	13 052	12 884	13 777	14 912	15 685	18 516
Рівненська	14 528	16 190	18 070	17 820	18 377	19 275
Сумська	16 024	18 327	20 758	24 710	29 861	32 830
Тернопільська	19 223	20 383	21 135	20 713	24 760	21 241
Харківська	30 886	31 486	31 193	32 987	34 770	38 248
Херсонська	10 505	12 177	32 211	43 169	15 657	16 841
Хмельницька	26 600	28 176	32 008	34 731	36 671	40 998
Черкаська	14 198	18 905	21 471	22 755	24 962	28 432
Чернівецька	8 095	8 693	11 194	11 300	12 168	12 769
Чернігівська	11 783	12 386	14 184	16 109	18 130	21 682
м.Київ	50 171	52 993	60 695	62 999	69 074	79 684

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість рентгенодіагностичних апаратів та устаткування

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	8 309	8 352	7 320	7 461	7 372	7 410
Вінницька	379	369	352	372	368	368
Волинська	178	180	184	184	182	182
Дніпропетровська	642	649	637	653	647	643
Донецька	806	831	333	351	356	366
Житомирська	254	243	234	239	234	236
Закарпатська	202	207	199	212	213	207
Запорізька	357	368	359	359	351	348
Івано-Франківська	244	244	244	240	235	237
Київська	291	292	285	288	285	292
Кіровоградська	230	233	231	243	232	232
Луганська	517	522	136	129	127	132
Львівська	453	453	444	443	450	448
Миколаївська	209	220	213	205	198	202
Одеська	454	470	453	443	439	444
Полтавська	328	328	318	336	323	323
Рівненська	204	206	201	215	213	215
Сумська	225	228	221	242	239	244
Тернопільська	198	194	189	187	188	188
Харківська	516	511	498	521	534	547
Херсонська	207	204	202	204	200	197
Хмельницька	299	287	288	295	291	290
Черкаська	248	249	246	256	239	246
Чернівецька	166	161	155	159	157	152
Чернігівська	239	233	235	234	239	238
м.Київ	463	470	463	451	432	433

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток А.14

Кількість рентгенологічних досліджень

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	20 763 744	21 148 796	18 244 924	18 419 894	18 977 277	19 023 569
Вінницька	828 197	818 889	781 453	805 185	776 818	786 850
Волинська	469 109	485 185	477 654	485 618	497 079	483 779
Дніпропетровська	1 786 190	1 816 821	1 740 688	1 728 259	1 792 716	1 757 314
Донецька	2 183 294	2 222 793	694 783	736 196	820 992	861 005
Житомирська	548 756	559 261	543 178	554 138	565 745	576 998
Закарпатська	601 877	606 923	588 943	614 750	605 897	587 613
Запорізька	787 616	798 807	790 194	853 210	827 540	840 010
Івано-Франківська	605 949	625 293	645 509	669 083	680 578	659 208
Київська	851 763	894 674	877 041	861 064	908 336	957 113
Кіровоградська	478 908	501 129	491 964	500 126	523 999	532 269
Луганська	1 196 869	1 216 031	221 485	238 062	266 459	257 971
Львівська	1 060 995	1 093 558	1 076 366	1 047 401	1 108 914	1 069 122
Миколаївська	538 272	524 537	524 519	537 419	555 340	598 885
Одеська	1 140 874	1 131 169	1 122 111	1 107 467	1 131 494	1 147 738
Полтавська	677 813	671 623	646 374	646 782	665 990	682 770
Рівненська	497 512	506 442	531 245	515 047	538 353	553 285
Сумська	494 283	507 658	482 472	516 287	537 185	535 341
Тернопільська	439 186	461 041	453 566	458 035	453 739	445 384
Харківська	1 379 168	1 442 648	1 466 215	1 495 759	1 511 361	1 441 783
Херсонська	485 934	513 757	471 555	497 791	531 906	567 391
Хмельницька	566 433	588 040	561 156	575 365	593 756	584 582
Черкаська	572 343	584 480	572 215	563 153	608 568	616 049
Чернівецька	455 371	437 097	432 982	438 322	445 902	427 632
Чернігівська	487 968	512 458	493 433	488 383	507 407	500 002
м.Київ	1 629 064	1 628 482	1 557 823	1 486 992	1 521 203	1 553 475

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Мережа аптек (в т.ч. аптечних пунктів)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	9 677	9963	9037	9463	9823	12540
Вінницька	252	246	237	275	288	387
Волинська	204	212	225	236	251	369
Дніпропетровська	869	885	897	934	939	1051
Донецька	941	987	421	370	386	486
Житомирська	299	304	286	295	308	425
Закарпатська	185	187	178	197	194	260
Запорізька	438	458	487	508	520	625
Івано-Франківська	223	212	217	225	225	289
Київська	371	400	406	441	483	586
Кіровоградська	275	280	277	291	322	484
Луганська	589	594	157	169	167	249
Львівська	565	576	575	580	596	790
Миколаївська	218	228	230	235	245	306
Одеська	637	671	704	734	745	843
Полтавська	364	383	369	404	437	585
Рівненська	252	257	256	266	277	410
Сумська	202	214	220	227	225	303
Тернопільська	156	141	139	147	145	227
Харківська	695	720	728	739	746	875
Херсонська	254	260	247	256	265	366
Хмельницька	306	294	327	347	404	491
Черкаська	324	320	308	319	348	447
Чернівецька	141	135	124	123	133	205
Чернігівська	189	183	175	180	191	327
м.Київ	728	816	847	965	983	1154

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Додаток Б.1

Чисельність постійного населення

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*	2018*
Україна	43 119 758	43 034 796	42 903 483	42 759 661	42 590 879	42 216 766	41 983 564
Вінницька	1 627 102	1 619 953	1 611 177	1 603 488	1 595 078	1 568 723	1 553 309
Волинська	1 035 870	1 037 230	1 038 575	1 040 190	1 039 940	1 035 729	1 032 602
Дніпропетровська	3 316 990	3 304 486	3 289 122	3 273 328	3 251 575	3 227 831	3 203 168
Донецька	4 390 293	4 362 557	4 330 997	4 284 365	4 252 260	4 187 576	4 153 016
Житомирська	1 273 968	1 269 672	1 263 281	1 256 735	1 248 318	1 232 008	1 220 962
Закарпатська	1 247 926	1 251 560	1 254 017	1 256 737	1 256 325	1 255 322	1 253 969
Запорізька	1 790 879	1 784 454	1 775 044	1 765 137	1 752 853	1 722 382	1 705 047
Івано-Франківська	1 377 402	1 379 062	1 379 370	1 379 827	1 379 626	1 374 770	1 370 526
Київська	1 713 779	1 716 273	1 719 699	1 723 455	1 726 456	1 748 505	1 762 161
Кіровоградська	996 005	988 756	981 150	974 164	966 735	949 835	939 134
Луганська	2 268 079	2 251 954	2 234 876	2 215 554	2 200 792	2 163 205	2 147 236
Львівська	2 522 568	2 522 332	2 520 066	2 519 429	2 515 804	2 511 238	2 503 651
Миколаївська	1 177 508	1 172 766	1 167 657	1 163 627	1 157 492	1 140 609	1 130 381
Одеська	2 377 237	2 384 100	2 385 433	2 385 382	2 379 229	2 372 015	2 369 248
Полтавська	1 469 357	1 459 983	1 450 367	1 441 137	1 431 110	1 405 991	1 392 601
Рівненська	1 153 196	1 155 808	1 157 791	1 160 091	1 160 751	1 159 587	1 156 241
Сумська	1 150 141	1 141 057	1 130 765	1 121 256	1 111 064	1 092 092	1 079 226
Тернопільська	1 077 180	1 074 076	1 070 076	1 066 685	1 062 458	1 049 061	1 042 628
Харківська	2 726 544	2 728 783	2 721 606	2 715 666	2 702 980	2 678 371	2 659 962
Херсонська	1 081 935	1 076 800	1 071 135	1 066 444	1 060 924	1 045 549	1 036 208
Хмельницька	1 317 008	1 310 801	1 303 829	1 298 079	1 291 250	1 271 246	1 261 542
Черкаська	1 273 674	1 265 259	1 256 328	1 248 187	1 239 336	1 216 734	1 202 722
Чернівецька	902 199	904 098	905 443	906 900	906 828	903 636	901 309
Чернігівська	1 079 967	1 069 260	1 058 284	1 047 131	1 036 433	1 011 536	997 203
м.Київ	2 772 951	2 803 716	2 827 395	2 846 667	2 865 262	2 893 215	2 909 512

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Чисельність лікарів системи МОЗ по областях

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	217 152	217 287	185 945	186 234	186 776	159 600
Вінницька	7 831	7 807	7 861	7 770	7 654	7 130
Волинська	3 868	3 844	3 900	3 917	3 933	3 792
Дніпропетровська	15 374	15 192	15 174	15 256	15 235	12 666
Донецька	18 629	18 540	5 462	5 742	5 937	5 531
Житомирська	4 738	4 756	4 786	4 764	4 703	4 272
Закарпатська	5 158	5 151	5 081	5 046	4 948	4 510
Запорізька	8 261	8 374	8 384	8 476	8 768	7 355
Івано-Франківська	8 705	8 185	8 251	8 382	8 388	7 886
Київська	6 907	7 105	7 171	7 338	7 394	6 234
Кіровоградська	3 429	3 449	3 430	3 448	3 400	3 139
Луганська	9 418	9 363	2 030	2 129	2 126	1 964
Львівська	14 479	14 360	14 265	13 960	14 117	12 757
Миколаївська	4 028	4 053	4 034	3 937	3 930	3 328
Одеська	11 323	11 371	11 309	11 181	11 240	9 707
Полтавська	6 898	6 850	6 920	6 971	6 850	6 315
Рівненська	4 694	4 764	4 764	4 830	4 816	4 441
Сумська	4 379	4 454	4 471	4 510	4 458	4 062
Тернопільська	5 541	5 660	5 658	5 656	5 585	5 150
Харківська	15 613	15 686	15 626	15 633	15 652	12 203
Херсонська	3 873	3 889	3 870	3 845	3 755	3 199
Хмельницька	5 494	5 561	5 514	5 548	5 504	4 946
Черкаська	4 807	4 806	4 805	4 782	4 763	4 283
Чернівецька	5 738	5 552	5 388	5 356	5 373	5 133
Чернігівська	3 825	3 814	3 837	3 832	3 780	3 583
м.Київ	23 098	23 651	23 954	23 925	24 467	16 014

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайт

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток Б.3

Чисельність середнього медичного персоналу системи МОЗ по областях

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	419 766	419 350	378 880	371 736	366 756	330 444
Вінницька	16 674	16 557	16 656	16 563	15 703	14 898
Волинська	10 671	10 765	10 858	10 795	10 598	10 208
Дніпропетровська	29 906	29 779	29 545	28 828	28 443	25 191
Донецька	38 862	38 492	14 542	13 337	14 798	14 075
Житомирська	13 581	13 688	13 628	13 391	12 913	12 127
Закарпатська	11 015	10 937	10 930	10 781	10 542	10 097
Запорізька	16 835	16 732	16 485	16 332	16 129	14 372
Івано-Франківська	14 847	15 001	15 086	14 982	14 771	14 161
Київська	14 999	15 166	15 286	15 092	14 861	13 715
Кіровоградська	9 842	9 781	9 755	9 585	9 271	8 846
Луганська	20 830	20 626	5 322	5 348	5 391	5 271
Львівська	27 462	27 694	27 384	26 367	26 184	23 694
Миколаївська	9 393	9 356	9 320	9 172	8 915	8 225
Одеська	21 033	20 934	20 925	20 162	20 093	17 444
Полтавська	14 246	14 341	14 152	13 890	13 628	12 901
Рівненська	12 844	12 714	12 622	12 511	12 259	11 802
Сумська	11 950	12 079	11 909	11 744	11 491	11 054
Тернопільська	11 619	11 744	11 761	11 580	11 233	10 622
Харківська	24 986	24 792	24 449	24 035	23 823	19 911
Херсонська	9 755	9 745	9 679	9 575	9 045	8 336
Хмельницька	13 581	13 574	13 571	13 497	13 019	11 879
Черкаська	12 733	12 700	12 578	12 396	12 002	11 334
Чернівецька	9 396	9 284	9 293	9 192	9 058	8 631
Чернігівська	11 556	11 409	11 229	11 041	10 636	10 341
м.Київ	31 150	31 460	31 915	31 540	31 950	21 309

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток Б.4

Кількість середнього медичного персоналу на 1 лікаря

Область	2012	2013	2014*	2015*	2016*	2017*
Україна	2,03	2,03	2,04	2,00	1,96	2,07
АРК	1,95	1,96				
Вінницька	2,13	2,12	2,12	2,13	2,05	2,09
Волинська	2,76	2,80	2,78	2,76	2,69	2,69
Дніпропетровська	1,95	1,96	1,95	1,89	1,87	1,99
Донецька	2,09	2,08	2,66	2,32	2,49	2,54
Житомирська	2,87	2,88	2,85	2,81	2,75	2,84
Закарпатська	2,14	2,12	2,15	2,14	2,13	2,24
Запорізька	2,04	2,00	1,97	1,93	1,84	1,95
Івано-Франківська	1,71	1,83	1,83	1,79	1,76	1,80
Київська	2,17	2,13	2,13	2,06	2,01	2,20
Кіровоградська	2,87	2,84	2,84	2,78	2,73	2,82
Луганська	2,21	2,20	2,62	2,51	2,54	2,68
Львівська	1,90	1,93	1,92	1,89	1,85	1,86
Миколаївська	2,33	2,31	2,31	2,33	2,27	2,47
Одеська	1,86	1,84	1,85	1,80	1,79	1,80
Полтавська	2,07	2,09	2,05	1,99	1,99	2,04
Рівненська	2,74	2,67	2,65	2,59	2,55	2,66
Сумська	2,73	2,71	2,66	2,60	2,58	2,72
Тернопільська	2,10	2,07	2,08	2,05	2,01	2,06
Харківська	1,60	1,58	1,56	1,54	1,52	1,63
Херсонська	2,52	2,51	2,50	2,49	2,41	2,61
Хмельницька	2,47	2,44	2,46	2,43	2,37	2,40
Черкаська	2,65	2,64	2,62	2,59	2,52	2,65
Чернівецька	1,64	1,67	1,72	1,72	1,69	1,68
Чернігівська	3,02	2,99	2,93	2,88	2,81	2,89
м.Київ	1,35	1,33	1,33	1,32	1,31	1,33
м.Севастополь	1,86	1,87				

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток Б.5

Кількість посад за сумісництвом

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	17 530,50	17 530,50	14 262,00	13 440,00	12 921,00	13080,00
Вінницька	74,25	74,25	93,50	63,00	78,25	49,50
Волинська	413,00	413,00	380,50	354,75	313,50	273,00
Дніпропетровська	2 123,25	2 123,25	2 107,75	2 118,00	1 926,50	1920,00
Донецька	3 083,50	3 083,50	1 473,75	1 642,75	1 444,75	1311,75
Житомирська	803,00	803,00	782,00	757,50	709,50	735,00
Закарпатська	-350,50	-350,50	-326,25	-299,25	-267,00	-226,75
Запорізька	1 194,25	1 194,25	1 213,75	1 216,50	1 140,25	1192,75
Івано-Франківська	-616,50	-616,50	-781,75	-779,50	-809,00	-815,50
Київська	840,25	840,25	832,00	704,25	664,00	762,75
Кіровоградська	800,75	800,75	782,75	790,00	806,25	815,50
Луганська	2 008,50	2 008,50	470,00	438,75	485,25	541,50
Львівська	-962,25	-962,25	-972,75	-1 000,50	-1 005,50	-851,50
Миколаївська	938,75	938,75	896,75	862,75	859,75	810,00
Одеська	389,00	389,00	404,25	336,00	232,50	360,00
Полтавська	531,50	531,50	458,00	406,25	430,00	446,50
Рівненська	480,75	480,75	459,50	380,75	356,50	351,75
Сумська	675,75	675,75	625,75	563,25	583,00	551,00
Тернопільська	-149,00	-149,00	-161,50	-228,00	-153,00	-81,50
Харківська	906,25	906,25	980,50	961,25	1 000,50	970,50
Херсонська	760,00	760,00	805,25	807,00	782,50	814,75
Хмельницька	396,25	396,25	414,25	393,75	379,25	278,25
Черкаська	886,25	886,25	860,75	834,00	848,25	866,75
Чернівецька	-521,50	-521,50	-367,50	-346,25	-326,75	-347,00
Чернігівська	753,50	753,50	705,00	662,00	649,25	647,50
м.Київ	2 071,50	2 071,50	2 125,75	1 801,00	1 792,50	1703,50

Примітка. Знак «-», означає ту кількість лікарів, які працюють більше, ніж на повну ставку

Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Число осіб пенсійного віку (лікарі)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	21,47	21,21	24,34	24,01	24,11	24,47
Вінницька	20,11	20,10	21,87	22,73	22,02	22,26
Волинська	21,95	22,74	24,08	23,97	23,74	23,29
Дніпропетровська	23,20	22,68	27,01	25,81	26,08	26,61
Донецька	26,73	25,23	32,94	30,33	33,04	32,67
Житомирська	24,36	23,59	26,45	25,58	26,11	26,38
Закарпатська	19,83	20,11	23,44	24,38	23,87	24,59
Запорізька	23,47	22,41	25,35	24,10	24,29	24,77
Івано-Франківська	17,15	18,11	18,50	18,65	18,97	19,55
Київська	24,55	24,80	29,29	25,42	25,49	27,45
Кіровоградська	27,70	27,46	30,42	31,61	32,28	32,91
Луганська	24,45	24,07	31,60	32,55	32,23	31,01
Львівська	18,69	19,19	21,53	21,85	22,19	22,25
Миколаївська	25,27	25,19	27,96	31,04	30,75	30,92
Одеська	23,36	22,97	26,31	26,47	26,14	26,49
Полтавська	20,25	19,26	23,29	22,75	22,19	22,03
Рівненська	19,71	20,07	21,23	22,86	22,30	21,64
Сумська	20,46	20,39	23,00	22,09	22,18	22,43
Тернопільська	19,58	19,93	22,38	21,72	21,46	24,14
Харківська	17,21	16,54	21,60	20,84	20,91	21,68
Херсонська	24,86	24,71	29,67	30,53	31,66	32,64
Хмельницька	22,73	22,42	25,91	25,53	25,99	25,78
Черкаська	28,35	29,15	32,01	30,99	31,52	32,34
Чернівецька	14,50	14,55	17,04	16,64	16,82	16,79
Чернігівська	26,69	26,72	27,70	26,88	27,53	27,32
м.Київ	15,79	14,88	21,19	21,25	20,70	20,75

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток Б.7

Посад фармацевтів, провізорів по бюдж. та госпрозрах. закл.

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	1 133,25	1 169,75	1 028,00	1 005,00	1 077,75	1 003,00
Вінницька	49,00	81,00	54,00	54	53,75	55
Волинська	26,50	27,00	27,50	28	25,75	27,75
Дніпропетровська	68,75	65,50	76,50	75,25	75,75	74
Донецька	105,50	118,25	36,50	32	42,50	48,5
Житомирська	75,75	63,00	61,00	62	56,75	61,25
Закарпатська	25,50	25,50	27,00	25	28,00	27
Запорізька	71,50	70,00	64,00	68,75	70,00	71,75
Івано-Франківська	22,50	25,00	25,50	25,25	29,25	26,75
Київська	125,00	118,50	105,50	102,5	100,25	97,5
Кіровоградська	8,00	8,00	8,50	11	9,25	9,25
Луганська	16,75	17,00	3,25	4,25	5,75	5,75
Львівська	43,50	42,50	40,75	41,5	41,50	42,75
Миколаївська	0,50	1,50	1,50	2,5	73,75	4
Одеська	31,75	32,25	26,75	24,5	25,50	26,5
Полтавська	7,50	7,75	7,50	8,5	10,00	11,5
Рівненська	19,25	22,50	20,50	20	20,00	19,75
Сумська	6,00	6,00	7,00	7	7,00	5
Тернопільська	21,75	26,25	26,00	26,25	26,25	24,5
Харківська	120,00	126,50	124,50	122,75	115,75	114,25
Херсонська	12,00	13,75	15,75	16,5	18,50	18,25
Хмельницька	39,25	40,00	37,50	37,5	34,75	30,25
Черкаська	127,00	119,25	116,75	99,75	96,25	95,25
Чернівецька	10,00	11,75	12,50	10	8,50	9,5
Чернігівська	9,50	8,50	8,50	8,5	7,00	5,5
м.Київ	90,50	92,50	93,25	91,75	96,00	91,5

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток В.1

Медична субвенція з Державного бюджету, млн.грн.

Область	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	36 961,7	40 405,9	43 798,0	46 177,0	44 433,7	56 220,1
Вінницька	1 162,6	1 472,3	1 633,9	1 760,9	1 757,9	2 711,5
Волинська	1 257,7	1 388,2	1 401,5	1 411,1	1 556,1	1 910,2
Дніпропетровська	2 769,8	3 141,6	3 459,4	3 712,9	3 655,5	4 628,6
Донецька	5 145,4	4 684,5	4 327,3	4 066,8	2 275,4	2 841,0
Житомирська	1 604,6	1 630,5	1 662,3	1 682,5	1 816,5	1 734,1
Закарпатська	936,4	1 091,6	1 223,6	1 326,0	1 360,8	1 712,2
Запорізька	1 465,5	1 674,1	1 854,9	1 997,5	2 018,6	2 508,5
Івано-Франківська	1 039,1	1 227,3	1 390,4	1 517,6	1 567,9	1 980,1
Київська	354,9	354,9	782,3	1 131,0	1 883,5	2 392,5
Кіровоградська	748,8	871,4	1 033,2	1 105,0	1 084,9	1 361,9
Луганська	3 036,2	2 626,2	2 303,7	2 059,3	803,9	986,0
Львівська	1 956,4	2 264,6	2 536,0	2 750,2	2 767,5	3 497,3
Миколаївська	968,9	1 099,1	1 212,2	1 296,8	1 288,2	1 619,4
Одеська	1 760,6	2 072,1	2 343,3	2 559,5	2 600,3	3 317,9
Полтавська	1 519,8	1 616,1	1 705,3	1 615,8	1 596,3	2 000,8
Рівненська	731,5	895,4	1 093,7	1 228,5	1 231,0	1 550,6
Сумська	866,6	1 009,5	1 132,6	1 259,8	1 263,4	1 581,2
Тернопільська	759,6	896,9	1 016,9	1 143,8	1 154,4	1 446,3
Харківська	1 999,5	2 541,0	2 815,7	3 037,0	3 022,7	4 706,8
Херсонська	783,6	918,7	1 091,5	1 171,1	1 165,2	1 459,3
Хмельницька	1 001,4	1 162,6	1 358,1	1 455,2	1 442,3	1 807,2
Черкаська	949,8	1 113,9	1 310,0	1 407,1	1 421,4	1 770,7
Чернівецька	1 303,1	1 287,4	1 284,6	1 279,3	1 406,2	1 224,9
Чернігівська	881,3	1 002,8	1 107,6	1 188,1	1 198,7	1 488,5
м.Київ	1 958,5	2 363,3	2 717,9	3 014,2	3 094,6	3 982,3

Примітка. Складено на основі даних Міністерства фінансів України.

Додаток В.2

Грошові витрати домогосподарств на медичні товари, грн.,

(в середньому за місяць на одне домогосподарство)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	42,63	65,11	89,05	110,31	137,52	155,02
Вінницька	58,69	98,60	100,32	161,50	191,78	258,24
Волинська	26,59	38,50	50,20	83,78	85,26	86,13
Дніпропетровська	27,43	55,91	85,80	92,41	131,97	169,84
Донецька	61,46	69,38	53,60	62,77	77,11	101,08
Житомирська	35,93	61,86	78,08	111,16	124,75	165,59
Закарпатська	29,02	51,19	98,63	113,09	155,28	139,89
Запорізька	37,03	65,93	103,19	120,52	153,86	181,55
Івано-Франківська	87,98	111,46	141,41	183,23	203,33	205,39
Київська	53,11	62,94	66,79	85,73	95,07	102,25
Кіровоградська	34,15	46,36	51,33	63,94	86,49	95,19
Луганська	43,93	66,35	100,63	94,58	142,89	156,03
Львівська	38,32	58,54	79,47	104,13	131,35	139,43
Миколаївська	45,01	74,75	117,24	100,26	164,06	193,71
Одеська	23,31	36,37	63,33	76,37	73,17	88,60
Полтавська	36,56	67,46	106,22	129,86	146,25	191,07
Рівненська	31,64	51,80	63,36	97,43	91,86	132,44
Сумська	19,83	45,98	68,14	94,03	109,48	150,57
Тернопільська	36,67	70,17	122,20	164,91	193,22	204,18
Харківська	39,02	57,16	87,29	104,62	150,50	129,74
Херсонська	30,30	55,87	85,52	82,80	154,54	158,16
Хмельницька	39,68	58,44	81,27	93,92	105,01	133,47
Черкаська	75,74	93,80	109,32	144,87	152,62	166,06
Чернівецька	51,47	86,96	122,32	149,37	210,54	228,92
Чернігівська	23,80	50,19	75,08	111,79	130,90	155,75
м.Київ	79,23	91,84	115,55	130,68	176,71	142,29

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Додаток В.3

Грошові витрати домогосподарств, на медичні послуги грн.,

(в середньому за місяць на одне домогосподарство)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	27,07	38,26	55,91	71,79	96,01	111,95
Вінницька	32,50	39,44	19,61	74,07	60,71	67,22
Волинська	41,76	60,91	59,93	69,24	85,97	137,52
Дніпропетровська	19,17	19,17	54,65	89,90	106,09	135,20
Донецька	34,22	43,25	24,21	32,46	58,04	79,38
Житомирська	13,16	36,44	77,81	102,21	88,68	129,55
Закарпатська	26,00	26,00	47,37	69,62	77,35	129,74
Запорізька	23,94	23,94	57,07	105,92	88,44	112,01
Івано-Франківська	6,09	35,95	35,85	54,67	125,84	155,39
Київська	22,17	32,15	38,61	54,55	56,84	72,07
Кіровоградська	12,26	39,84	103,33	80,90	139,49	150,16
Луганська	34,91	48,83	29,53	78,26	147,67	104,50
Львівська	27,60	41,75	57,96	56,96	71,92	98,36
Миколаївська	39,31	46,14	27,94	39,07	60,31	73,45
Одеська	18,90	35,74	62,00	49,21	117,53	103,11
Полтавська	26,90	26,90	151,55	131,50	120,81	126,61
Рівненська	13,99	13,99	25,90	41,56	68,37	84,70
Сумська	47,57	63,30	82,08	101,66	106,36	126,21
Тернопільська	37,00	63,38	63,52	74,42	146,87	168,90
Харківська	23,94	23,94	21,88	46,62	83,64	103,25
Херсонська	19,15	19,15	62,13	39,10	108,51	86,98
Хмельницька	13,58	24,46	13,23	51,21	29,83	67,99
Черкаська	21,62	36,84	72,53	56,75	81,88	97,74
Чернівецька	22,33	22,33	64,91	43,24	94,21	120,33
Чернігівська	13,62	37,47	86,03	162,10	126,11	132,87
м.Київ	85,14	95,22	58,22	89,57	148,70	135,53

Примітка. Складено автором з використанням даних

Офіційного сайту Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Дестимулятори

Кількість УЗД апаратів (недіючі)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	615	648	568	572	609	660
Вінницька	30	37	35	31	31	29
Волинська	23	23	24	21	24	20
Дніпропетровська	58	62	64	72	59	61
Донецька	50	52	12	14	23	22
Житомирська	26	29	17	15	28	31
Закарпатська	11	16	18	18	20	19
Запорізька	15	23	24	22	21	18
Івано-Франківська	19	16	20	21	24	26
Київська	19	21	20	21	24	28
Кіровоградська	33	29	25	29	32	37
Луганська	29	31	10	15	16	18
Львівська	21	32	31	25	25	33
Миколаївська	12	12	8	12	9	14
Одеська	23	18	24	20	18	21
Полтавська	27	29	28	34	28	41
Рівненська	11	13	9	8	10	14
Сумська	16	13	15	18	18	14
Тернопільська	12	10	6	6	7	7
Харківська	45	46	49	44	42	50
Херсонська	16	12	14	13	17	18
Хмельницька	30	32	30	29	32	30
Черкаська	19	18	19	17	14	17
Чернівецька	9	12	13	12	13	14
Чернігівська	11	12	13	14	17	14
м.Київ	50	50	40	41	57	64

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Кількість МРТ апаратів (недіючі)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	7	9	7	7	8	7
Вінницька	0	0	0	0	0	1
Волинська	1	0	0	0	0	0
Дніпропетровська	0	0	1	2	1	0
Донецька	0	1	1	0	0	1
Житомирська	0	0	0	0	0	0
Закарпатська	0	0	0	0	0	0
Запорізька	0	0	0	0	0	0
Івано-Франківська	1	1	1	0	0	1
Київська	1	2	1	0	2	2
Кіровоградська	0	0	0	0	0	0
Луганська	0	0	0	0	0	0
Львівська	2	1	0	1	0	0
Миколаївська	0	0	0	1	0	0
Одеська	0	0	0	0	0	0
Полтавська	0	0	0	0	0	0
Рівненська	0	0	0	0	0	0
Сумська	0	0	0	0	0	0
Тернопільська	0	0	0	0	0	0
Харківська	0	0	0	0	1	1
Херсонська	0	0	0	0	0	0
Хмельницька	0	0	0	0	0	0
Черкаська	0	0	0	0	0	0
Чернівецька	0	0	0	0	0	0
Чернігівська	0	0	0	0	0	0
м.Київ	2	4	3	3	4	1

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту Центр медичної статистики МОЗ України, *без частини окупованої території

Кількість ендоскопічних апаратів (недіючі)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	1 022	1 059	886	887	859	905
Вінницька	37	32	39	38	34	32
Волинська	40	44	30	29	27	25
Дніпропетровська	86	95	89	87	83	88
Донецька	146	153	35	31	30	34
Житомирська	26	20	18	19	23	26
Закарпатська	23	26	23	17	22	23
Запорізька	26	35	42	40	36	35
Івано-Франківська	26	28	30	33	33	34
Київська	46	43	46	46	44	49
Кіровоградська	22	21	23	27	26	29
Луганська	54	55	4	6	12	12
Львівська	40	29	28	33	38	46
Миколаївська	15	17	14	13	16	17
Одеська	67	75	77	66	68	68
Полтавська	44	39	45	48	47	50
Рівненська	41	49	39	38	24	27
Сумська	18	18	22	24	22	20
Тернопільська	18	14	11	11	14	13
Харківська	64	76	71	75	62	61
Херсонська	15	14	16	14	11	11
Хмельницька	35	37	38	48	44	45
Черкаська	9	10	14	18	13	15
Чернівецька	17	16	18	18	17	20
Чернігівська	16	24	24	25	24	24
м.Київ	91	89	90	83	89	101

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту Центр медичної статистики МОЗ України, *без частини окупованої території

Додаток Г.4

Кількість рентгенодіагностичних апаратів та устаткування (неробочі)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	1 344	1 256	1 178	1 202	1 238	1 191
Вінницька	72	55	55	55	56	57
Волинська	16	19	14	17	18	19
Дніпропетровська	98	91	106	102	102	87
Донецька	215	191	83	80	77	78
Житомирська	37	43	54	45	45	54
Закарпатська	27	30	28	29	31	37
Запорізька	63	55	57	61	67	60
Івано-Франківська	43	43	37	38	40	39
Київська	41	41	53	56	55	53
Кіровоградська	48	45	42	47	43	47
Луганська	69	52	21	21	29	35
Львівська	43	37	41	45	43	57
Миколаївська	39	35	36	38	40	41
Одеська	115	98	98	102	106	90
Полтавська	46	34	40	41	45	43
Рівненська	17	20	25	27	25	25
Сумська	24	24	28	25	29	21
Тернопільська	16	14	16	16	14	12
Харківська	119	122	131	133	122	107
Херсонська	22	21	20	22	23	18
Хмельницька	39	41	35	43	47	38
Черкаська	28	28	32	27	30	28
Чернівецька	22	26	32	30	26	29
Чернігівська	22	26	24	25	30	25
м.Київ	63	65	70	77	95	91

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Центр медичної статистики МОЗ України,

*без частини окупованої території

Додаток Г.5

Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел
забруднення (в тис.т)

Область	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*
Україна	4 335,3	4 295,1	3 350,0	2 857,4	3 078,1	2 584,9
Вінницька	101,3	149,5	124,5	134,7	119,8	155,8
Волинська	7,3	6,6	4,3	4,7	4,7	5,1
Дніпропетровська	962,0	940,5	855,8	723,9	833,0	657,3
Донецька	1 514,8	1 448,1	1 043,0	917,6	981,4	784,8
Житомирська	18,5	17,2	10,9	9,0	9,3	10,3
Закарпатська	8,1	7,7	3,9	4,4	4,9	3,2
Запорізька	207,6	245,9	206,7	193,7	167,0	180,9
Івано-Франківська	196,7	202,9	228,8	223,9	196,7	198,3
Київська	129,4	111,9	96,2	78,1	98,2	48,2
Кіровоградська	16,8	15,7	11,8	14,2	11,8	12,2
Луганська	447,6	442,0	197,8	115,2	155,5	75,1
Львівська	130,7	121,4	100,2	102,4	103,1	109,1
Миколаївська	25,1	20,4	15,9	15,8	13,9	14,2
Одеська	28,2	26,2	23,2	26,1	26,4	29,6
Полтавська	67,9	66,6	62,9	55,6	56,2	55,9
Рівненська	14,9	12,0	11,6	10,2	9,1	9,6
Сумська	30,2	30,5	27,0	17,0	19,8	20,3
Тернопільська	20,9	15,9	8,2	8,5	9,0	10,6
Харківська	197,6	210,3	150,5	53,4	100,2	45,0
Херсонська	6,4	6,0	7,2	8,9	9,7	9,6
Хмельницька	16,4	17,2	17,1	18,3	21,7	21,1
Черкаська	69,4	73,1	66,7	57,5	52,3	48,3
Чернівецька	2,9	2,7	2,5	3,2	3,0	3,3
Чернігівська	45,8	43,7	41,9	33,9	37,1	31,6
м.Київ	32,9	31,9	31,4	26,7	34,3	45,5

Примітка. Складено автором з використанням даних Офіційного сайту

Державного комітету статистики України,

*без частини окупованої території

Додаток Д.1

Індекс розвитку матеріальних ресурсів

Область	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	0,249318	0,246971	0,421208	0,394359	0,429107	0,351363
Вінницька	0,085974	0,163549	0,413677	0,421432	0,425775	0,377401
Волинська	0,261145	0,33072	0,490399	0,502843	0,514449	0,499172
Дніпропетровська	0,154522	0,172232	0,442618	0,401332	0,487371	0,350257
Донецька	0,089759	0,175798	-0,22998	-0,22238	-0,23976	-0,17848
Житомирська	0,226857	0,205574	0,575448	0,495949	0,488439	0,406814
Закарпатська	0,17404	0,094929	0,403756	0,402748	0,411337	0,319127
Запорізька	0,070762	0,025821	0,378096	0,417314	0,456478	0,388624
Івано-Франківська	0,248736	0,246811	0,601095	0,555037	0,589323	0,463537
Київська	0,294987	0,205179	0,471312	0,443658	0,465745	0,396823
Кіровоградська	0,178242	0,232806	0,457176	0,385042	0,495875	0,282137
Луганська	0,172777	0,075219	-0,32676	-0,30488	-0,34766	-0,25908
Львівська	0,072402	0,067407	0,487548	0,435303	0,508939	0,399686
Миколаївська	0,098932	0,096926	0,514908	0,472268	0,466515	0,414029
Одеська	0,196857	0,160484	0,404531	0,373144	0,40768	0,313008
Полтавська	0,097021	0,103876	0,438621	0,384913	0,485735	0,334896
Рівненська	0,288448	0,199623	0,52402	0,453189	0,551565	0,45664
Сумська	0,185577	0,176141	0,456106	0,483378	0,548608	0,458847
Тернопільська	0,042764	0,022542	0,483656	0,466035	0,485177	0,38
Харківська	0,268408	0,340053	0,463962	0,392209	0,499302	0,348602
Херсонська	0,192171	0,139571	0,470625	0,516393	0,496158	0,431471
Хмельницька	0,183798	0,195441	0,423407	0,392348	0,433335	0,36832
Черкаська	0,14894	0,142867	0,58737	0,535878	0,606893	0,519794
Чернівецька	0,389228	0,324053	0,532761	0,435492	0,52989	0,357648
Чернігівська	0,207964	0,227619	0,587196	0,493457	0,610345	0,464323
м.Київ	0,249318	0,246971	0,421208	0,394359	0,429107	0,351363

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Індекс стійкості росту матеріальних ресурсів сфери охорони
здоров'я України

Область	Коефіцієнти росту						Індекс стійкості росту I_T
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	Середнє значення	
Україна	0,9906	1,7055	0,9363	1,0881	0,8188	1,1079	1,7794
Вінницька	1,9023	2,5294	1,0187	1,0103	0,8864	1,4694	2,2801
Волинська	1,2664	1,4828	1,0254	1,0231	0,9703	1,1536	1,3661
Дніпропетровська	1,1146	2,5699	0,9067	1,2144	0,7187	1,3049	2,5995
Донецька	1,9586	-1,3082	0,9670	1,0781	0,7444	0,6880	-0,9074
Житомирська	0,9062	2,7992	0,8618	0,9849	0,8329	1,2770	3,1226
Закарпатська	0,5454	4,2533	0,9975	1,0213	0,7758	1,5187	5,0936
Запорізька	0,3649	14,6431	1,1037	1,0938	0,8514	3,6114	17,1574
Івано-Франківська	0,9923	2,4355	0,9234	1,0618	0,7866	1,2399	2,5882
Київська	0,6956	2,2971	0,9413	1,0498	0,8520	1,1672	2,5965
Кіровоградська	1,3061	1,9638	0,8422	1,2878	0,5690	1,1938	2,1531
Луганська	0,4354	-4,3441	0,9330	1,1403	0,7452	-0,2180	-0,1873
Львівська	0,9310	7,2329	0,8928	1,1692	0,7853	2,2023	7,6573
Миколаївська	0,9797	5,3124	0,9172	0,9878	0,8875	1,8169	5,6332
Одеська	0,8152	2,5207	0,9224	1,0926	0,7678	1,2237	2,8024
Полтавська	1,0707	4,2226	0,8776	1,2619	0,6895	1,6244	4,3313
Рівненська	0,6921	2,6250	0,8648	1,2171	0,8279	1,2454	2,9152
Сумська	0,9492	2,5894	1,0598	1,1349	0,8364	1,3139	2,6023
Тернопільська	0,5271	21,4559	0,9636	1,0411	0,7832	4,9542	25,8896
Харківська	1,2669	1,3644	0,8453	1,2731	0,6982	1,0896	1,6863
Херсонська	0,7263	3,3719	1,0972	0,9608	0,8696	1,4052	3,6913
Хмельницька	1,0633	2,1664	0,9266	1,1045	0,8500	1,2222	2,1969
Черкаська	0,9592	4,1113	0,9123	1,1325	0,8565	1,5944	4,2598
Чернівецька	0,8326	1,6441	0,8174	1,2168	0,6749	1,0371	1,8457
Чернігівська	1,0945	2,5797	0,8404	1,2369	0,7608	1,3024	2,6240
М. Київ	0,7989	1,4598	0,8261	1,1363	0,7131	0,9869	1,6655

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Додаток Д.3

Оцінка стійкості тенденцій розвитку матеріальних ресурсів сфери охорони
здоров'я України за 2012-2017 р.р.

Регіони	Ранги ланцюгових темпів росту інтегрального показника рівня розвитку матеріальних ресурсів					К-т Спірмена К _p
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	
Україна	3	5	2	4	1	-0,5
Вінницька	4	5	3	2	1	-0,9
Волинська	4	5	3	2	1	-0,9
Дніпропетровська	3	5	2	4	1	-0,5
Донецька	5	1	3	4	2	-0,3
Житомирська	3	5	2	4	1	-0,5
Закарпатська	1	5	3	4	2	0,1
Запорізька	1	5	4	3	2	0
Івано-Франківська	3	5	2	4	1	-0,5
Київська	1	5	3	4	2	0,1
Кіровоградська	4	5	2	3	1	-0,8
Луганська	2	1	4	5	3	0,6
Львівська	3	5	2	4	1	-0,5
Миколаївська	3	5	2	4	1	-0,5
Одеська	2	5	3	4	1	-0,3
Полтавська	3	5	2	4	1	-0,5
Рівненська	1	5	3	4	2	0,1
Сумська	2	5	3	4	1	-0,3
Тернопільська	1	5	3	4	2	0,1
Харківська	3	5	2	4	1	-0,5
Херсонська	1	5	4	3	2	0
Хмельницька	3	5	2	4	1	-0,5
Черкаська	3	5	2	4	1	-0,5
Чернівецька	3	5	2	4	1	-0,5
Чернігівська	3	5	2	4	1	-0,5
М. Київ	2	5	3	4	1	-0,3

Індекс розвитку трудових ресурсів

Область	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	0,332319	0,341099	0,380361	0,387343	0,386491	0,415321
Вінницька	0,366235	0,413818	0,470347	0,461652	0,451171	0,523704
Волинська	0,253662	0,245474	0,383198	0,393073	0,373956	0,488325
Дніпропетровська	0,256018	0,250463	0,389402	0,392651	0,396621	0,411223
Донецька	0,189546	0,207838	-0,1274	-0,1141	-0,12064	-0,14763
Житомирська	0,28332	0,286043	0,428104	0,442516	0,417918	0,534454
Закарпатська	0,232873	0,216853	0,327055	0,319147	0,310642	0,357783
Запорізька	0,351219	0,390571	0,461423	0,504987	0,501707	0,561616
Івано-Франківська	0,506213	0,468382	0,425162	0,425334	0,433484	0,432247
Київська	0,082754	0,095023	0,213374	0,250887	0,230897	0,243133
Кіровоградська	0,082598	0,088115	0,25464	0,258723	0,246597	0,302337
Луганська	0,175978	0,17317	-0,20053	-0,2109	-0,20946	-0,25037
Львівська	0,430221	0,422837	0,424394	0,431603	0,42177	0,45156
Миколаївська	0,000224	-0,0044	0,222022	0,193812	0,317384	0,218442
Одеська	0,217871	0,212079	0,342591	0,328347	0,328774	0,334973
Полтавська	0,252001	0,26159	0,371873	0,383442	0,382236	0,456702
Рівненська	0,30448	0,329354	0,404568	0,399713	0,395223	0,489723
Сумська	0,19666	0,209268	0,34474	0,366649	0,360511	0,43556
Тернопільська	0,444059	0,463897	0,459163	0,467112	0,463816	0,492849
Харківська	0,379037	0,3919	0,549076	0,538676	0,524054	0,488259
Херсонська	0,092437	0,089773	0,273014	0,27071	0,257678	0,282274
Хмельницька	0,334303	0,353317	0,410562	0,422196	0,410797	0,474411
Черкаська	0,233395	0,215386	0,384482	0,379846	0,358231	0,43473
Чернівецька	0,477158	0,456078	0,436111	0,44352	0,425368	0,44195
Чернігівська	0,154877	0,150423	0,295647	0,307503	0,295676	0,379297
м.Київ	0,576954	0,594777	0,613203	0,632239	0,665989	0,519882

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Індекс стійкості росту трудових ресурсів

Регіон	Коефіцієнти росту трудових ресурсів						Індекс стійкості росту I_T
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	Середнє значення	
Україна	1,0264	1,1151	1,0184	0,9978	1,0746	1,0465	1,0795
Вінницька	1,1299	1,1366	0,9815	0,9773	1,1608	1,0772	1,1665
Волинська	0,9677	1,5611	1,0258	0,9514	1,3058	1,1623	1,4603
Дніпропетровська	0,9783	1,5547	1,0083	1,0101	1,0368	1,1177	1,5418
Донецька	1,0965	-0,6130	0,8956	1,0573	1,2237	0,7320	-1,7428
Житомирська	1,0096	1,4966	1,0337	0,9444	1,2788	1,1526	1,3935
Закарпатська	0,9312	1,5082	0,9758	0,9734	1,1518	1,1081	1,3852
Запорізька	1,1120	1,1814	1,0944	0,9935	1,1194	1,1002	1,0897
Івано-Франківська	0,9253	0,9077	1,0004	1,0192	0,9971	0,9699	1,0972
Київська	1,1483	2,2455	1,1758	0,9203	1,0530	1,3086	2,0901
Кіровоградська	1,0668	2,8898	1,0160	0,9531	1,2260	1,4304	2,7122
Луганська	0,9840	-1,1580	1,0517	0,9932	1,1953	0,6132	-0,9119
Львівська	0,9828	1,0037	1,0170	0,9772	1,0706	1,0103	1,0566
Миколаївська	-19,6155	-50,514	0,8729	1,6376	0,6883	-13,3862	-0,0304
Одеська	0,9734	1,6154	0,9584	1,0013	1,0189	1,1135	1,6350
Полтавська	1,0381	1,4216	1,0311	0,9969	1,1948	1,1365	1,2800
Рівненська	1,0817	1,2284	0,9880	0,9888	1,2391	1,1052	1,2102
Сумська область	1,0641	1,6474	1,0636	0,9833	1,2082	1,1933	1,3769
Тернопільська	1,0447	0,9898	1,0173	0,9929	1,0626	1,0215	1,0536
Харківська	1,0339	1,4011	0,9811	0,9729	0,9317	1,0641	1,4298
Херсонська	0,9712	3,0412	0,9916	0,9519	1,0954	1,4102	3,0335
Хмельницька	1,0569	1,1620	1,0283	0,9730	1,1549	1,0750	1,1364
Черкаська	0,9228	1,7851	0,9879	0,9431	1,2135	1,1705	1,5761
Чернівецька	0,9558	0,9562	1,0170	0,9591	1,0390	0,9854	1,0741
Чернігівська	0,9712	1,9654	1,0401	0,9615	1,2828	1,2442	1,6389
М. Київ	1,0309	1,0310	1,0310	1,0534	0,7806	0,9854	1,3279

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Оцінка стійкості тенденцій розвитку трудових ресурсів сфери охорони здоров'я

України за 2012-2017 р.р.

Регіони	Ранги ланцюгових темпів росту інтегрального показника рівня розвитку трудових ресурсів					К-т Спірмена К _p
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	
Україна	3	5	2	1	4	-0,2
Вінницька	3	4	2	1	5	0,1
Волинська	2	5	3	1	4	0
Дніпропетровська	1	5	2	3	4	0,4
Донецька	4	1	2	3	5	0,4
Житомирська	2	5	3	1	4	0
Закарпатська	1	5	3	2	4	0,3
Запорізька	3	5	2	1	4	-0,2
Івано-Франківська	2	1	4	5	3	0,6
Київська	3	5	4	1	2	-0,6
Кіровоградська	3	5	2	1	4	-0,2
Луганська	2	1	4	3	5	0,8
Львівська	2	3	4	1	5	0,4
Миколаївська	2	1	4	5	3	0,6
Одеська	2	5	1	3	4	0,2
Полтавська	3	5	2	1	4	-0,2
Рівненська	3	4	1	2	5	0,2
Сумська	3	5	2	1	4	-0,2
Тернопільська	4	1	3	2	5	0,3
Харківська	4	5	3	2	1	-0,9
Херсонська	2	5	3	1	4	0
Хмельницька	3	5	2	1	4	-0,2
Черкаська	1	5	3	2	4	0,3
Чернівецька	1	2	4	3	5	0,9
Чернігівська	2	5	3	1	4	0
М. Київ	2	3	4	5	1	0

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Індекс розвитку фінансових ресурсів

Область	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	0,397586	0,508709	0,433125	0,406649	0,464929	0,3922
Вінницька	0,472674	0,588278	0,449995	0,71885	0,716748	0,844156
Волинська	0,379478	0,364401	0,311852	0,20176	0,139536	0,059745
Дніпропетровська	0,300139	0,393185	0,489156	0,382558	0,540616	0,542126
Донецька	0,751977	0,605075	0,244745	0,078796	0,021745	0,108401
Житомирська	0,377049	0,658035	0,597668	0,538674	0,514177	0,487611
Закарпатська	0,0902	0,229802	0,30894	0,235153	0,352836	0,179283
Запорізька	0,268995	0,465404	0,530255	0,555764	0,651506	0,591226
Івано-Франківська	0,294612	0,554092	0,481534	0,695935	0,702501	0,51858
Київська	0,09478	-0,02708	-0,27173	0,031379	0,224819	0,156208
Кіровоградська	0,248809	0,38829	0,216613	0,170254	0,240612	0,178678
Луганська	0,632306	0,568646	0,51297	0,334001	0,225869	0,287229
Львівська	0,296599	0,397754	0,315772	0,285652	0,345099	0,251486
Миколаївська	0,446609	0,525898	0,511467	0,380552	0,638567	0,587504
Одеська	0,177726	0,291147	0,257615	0,168088	0,093137	0,104432
Полтавська	0,259679	0,614234	0,328361	0,58992	0,609343	0,647805
Рівненська	0,231214	0,144207	0,158319	0,223876	0,123321	0,207892
Сумська	0,201797	0,179962	0,314742	0,369362	0,383822	0,444085
Тернопільська	0,293674	0,335379	0,417798	0,641122	0,646001	0,512256
Харківська	0,252682	0,424811	0,437364	0,453216	0,627469	0,36643
Херсонська	0,259903	0,303243	0,417732	0,231214	0,590015	0,426556
Хмельницька	0,254279	0,375465	0,367078	0,31694	0,265093	0,295151
Черкаська	0,483284	0,568213	0,525374	0,730048	0,676268	0,552896
Чернівецька	0,498002	0,600371	0,888592	0,68922	0,905628	0,629196
Чернігівська	0,201024	0,450015	0,399032	0,442089	0,54771	0,501349
м.Київ	0,055889	-0,17334	0,44121	0,550096	0,635956	0,347967

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Індекс стійкості росту фінансових ресурсів

Регіон	Коефіцієнти росту трудових ресурсів						Індекс стійкості росту I_T
	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	2010 /2009	Середнє значення	
Україна	1,2795	0,8514	0,9389	1,1433	0,8436	1,0113	1,3798
Вінницька	1,2446	0,7649	1,5975	0,9971	1,1778	1,1564	1,5209
Волинська	0,9603	0,8558	0,6470	0,6916	0,4282	0,7166	1,5419
Дніпропетровська	1,3100	1,2441	0,7821	1,4132	1,0028	1,1504	1,4818
Донецька	0,8046	0,4045	0,3219	0,2760	4,9851	1,3584	11,0348
Житомирська	1,7452	0,9083	0,9013	0,9545	0,9483	1,0915	1,8804
Закарпатська	2,5477	1,3444	0,7612	1,5005	0,5081	1,3324	2,8323
Запорізька	1,7302	1,1393	1,0481	1,1723	0,9075	1,1995	1,6218
Івано-Франківська	1,8807	0,8691	1,4452	1,0094	0,7382	1,1885	1,9066
Київська	-0,2857	10,0342	-0,1155	7,1647	0,6948	3,4985	87,8627
Кіровоградська	1,5606	0,5579	0,7860	1,4133	0,7426	1,0121	2,1380
Луганська	0,8993	0,9021	0,6511	0,6763	1,2717	0,8801	1,5434
Львівська	1,3411	0,7939	0,9046	1,2081	0,7287	0,9953	1,5753
Миколаївська	1,1775	0,9726	0,7440	1,6780	0,9200	1,0984	1,6245
Одеська	1,6382	0,8848	0,6525	0,5541	1,1213	0,9702	1,9791
Полтавська	2,3654	0,5346	1,7966	1,0329	1,0631	1,3585	2,3732
Рівненська	0,6237	1,0979	1,4141	0,5508	1,6858	1,0745	2,3826
Сумська область	0,8918	1,7489	1,1735	1,0391	1,1570	1,2021	1,6416
Тернопільська	1,1420	1,2457	1,5345	1,0076	0,7930	1,1446	1,4173
Харківська	1,6812	1,0295	1,0362	1,3845	0,5840	1,1431	1,7354
Херсонська	1,1668	1,3775	0,5535	2,5518	0,7230	1,2745	2,4124
Хмельницька	1,4766	0,9777	0,8634	0,8364	1,1134	1,0535	1,4510
Черкаська	1,1757	0,9246	1,3896	0,9263	0,8176	1,0468	1,4420
Чернівецька	1,2056	1,4801	0,7756	1,3140	0,6948	1,0940	1,8134
Чернігівська	2,2386	0,8867	1,1079	1,2389	0,9154	1,2775	2,1583
М. Київ	-3,1015	-2,5454	1,2468	1,1561	0,5472	-0,5394	-0,3483

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Оцінка стійкості тенденцій розвитку фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я

України за 2012-2017 р.р.

Регіони	Ранги ланцюгових темпів росту інтегрального показника рівня розвитку трудових ресурсів					К-т Спірмена К _p
	013/ 012	014/ 013	015/ 014	016/ 015	017/ 016	
Україна	5	2	3	4	1	-0,6
Вінницька	4	1	5	2	3	-0,1
Волинська	5	4	2	3	1	-0,9
Дніпропетровська	4	3	1	5	2	-0,2
Донецька	4	3	2	1	5	0
Житомирська	5	2	1	4	3	-0,2
Закарпатська	5	3	2	4	1	-0,7
Запорізька	5	3	2	4	1	-0,7
Івано-Франківська	5	2	4	3	1	-0,7
Київська	1	5	2	4	3	0,3
Кіровоградська	5	1	3	4	2	-0,3
Луганська	3	4	1	2	5	0,2
Львівська	5	2	3	4	1	-0,6
Миколаївська	4	3	1	5	2	-0,2
Одеська	5	3	2	1	4	-0,4
Полтавська	5	1	4	2	3	-0,3
Рівненська	2	3	4	1	5	0,4
Сумська	1	5	4	2	3	0,1
Тернопільська	3	4	5	2	1	-0,6
Харківська	5	2	3	4	1	-0,6
Херсонська	3	4	1	5	2	-0,1
Хмельницька	5	3	2	1	4	-0,4
Черкаська	4	2	5	3	1	-0,5
Чернівецька	3	5	2	4	1	-0,5
Чернігівська	5	1	3	4	2	-0,3
М. Київ	1	2	5	4	3	0,6

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Додаток И.1

Інтегральний показник розвитку економічного забезпечення сфери
охорони здоров'я України

Область	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Україна	0,210389	0,211046	0,2868	0,277645	0,289882	0,27565
Вінницька	0,280799	0,35796	0,362115	0,420498	0,398862	0,456513
Волинська	0,199226	0,281876	0,39674	0,414956	0,377195	0,406787
Дніпропетровська	0,178508	0,17601	0,324446	0,299852	0,33153	0,329201
Донецька	0,210383	0,165593	0,148479	0,131092	0,134283	0,131036
Житомирська	0,327835	0,318136	0,445011	0,435414	0,399994	0,42541
Закарпатська	0,227152	0,226345	0,351313	0,356217	0,363583	0,337102
Запорізька	0,254481	0,266887	0,372428	0,388943	0,392742	0,435509
Івано- Франківська	0,343755	0,43126	0,455058	0,490121	0,473958	0,411587
Київська	0,158878	0,131206	0,26262	0,260579	0,290923	0,293525
Кіровоградська	0,229922	0,249279	0,263191	0,305517	0,333173	0,232985
Луганська	0,284571	0,191692	0,249455	0,214837	0,211084	0,194559
Львівська	0,260048	0,243742	0,354916	0,334021	0,353517	0,350014
Миколаївська	0,153631	0,29538	0,391632	0,357289	0,405043	0,385572
Одеська	0,177115	0,153791	0,296905	0,270126	0,275784	0,28607
Полтавська	0,282351	0,279147	0,297389	0,370753	0,379919	0,402903
Рівненська	0,260856	0,273046	0,37211	0,381749	0,381552	0,418153
Сумська	0,135346	0,224628	0,326831	0,385904	0,39236	0,404201
Тернопільська	0,245338	0,348332	0,409815	0,483364	0,467586	0,334734
Харківська	0,261048	0,280583	0,37971	0,356989	0,385798	0,369624
Херсонська	0,217486	0,249632	0,35881	0,369315	0,403682	0,390761
Хмельницька	0,268129	0,291432	0,347571	0,361516	0,348552	0,389363
Черкаська	0,29729	0,345414	0,432865	0,459824	0,439585	0,453384
Чернівецька	0,486517	0,571782	0,46719	0,586952	0,567622	0,356829
Чернігівська	0,224449	0,263709	0,36329	0,376129	0,427406	0,373572
м.Київ	0,389126	0,381758	0,43341	0,410947	0,44165	0,364754

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Індекс стійкості росту економічного забезпечення сфери охорони
здоров'я України

Регіон	Коефіцієнти росту трудових ресурсів						Індекс стійкості росту I_T
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	Середнє значення	
Україна	1,0031	1,3589	0,9681	1,0441	0,9509	1,0650	1,3705
Вінницька	1,2748	1,0116	1,1612	0,9485	1,1445	1,1081	1,2178
Волинська	1,4149	1,4075	1,0459	0,9090	1,0785	1,1711	1,3957
Дніпропетровська	0,9860	1,8433	0,9242	1,1056	0,9930	1,1704	1,8393
Донецька	0,7871	0,8966	0,8829	1,0243	0,9758	0,9134	1,1689
Житомирська	0,9704	1,3988	0,9784	0,9187	1,0635	1,0660	1,4233
Закарпатська	0,9964	1,5521	1,0140	1,0207	0,9272	1,1021	1,5685
Запорізька	1,0487	1,3955	1,0443	1,0098	1,1089	1,1214	1,3253
Івано-Франківська	1,2546	1,0552	1,0771	0,9670	0,8684	1,0444	1,2302
Київська	0,8258	2,0016	0,9922	1,1164	1,0089	1,1890	2,0303
Кіровоградська	1,0842	1,0558	1,1608	1,0905	0,6993	1,0181	1,5699
Луганська	0,6736	1,3013	0,8612	0,9825	0,9217	0,9481	1,3945
Львівська	0,9373	1,4561	0,9411	1,0584	0,9901	1,0766	1,4832
Миколаївська	1,9227	1,3259	0,9123	1,1337	0,9519	1,2493	1,6254
Одеська	0,8683	1,9306	0,9098	1,0209	1,0373	1,1534	2,0129
Полтавська	0,9887	1,0653	1,2467	1,0247	1,0605	1,0772	1,2048
Рівненська	1,0467	1,3628	1,0259	0,9995	1,0959	1,1062	1,3079
Сумська область	1,6597	1,4550	1,1807	1,0167	1,0302	1,2685	1,4475
Тернопільська	1,4198	1,1765	1,1795	0,9674	0,7159	1,0918	1,4954
Харківська	1,0748	1,3533	0,9402	1,0807	0,9581	1,0814	1,3353
Херсонська	1,1478	1,4374	1,0293	1,0931	0,9680	1,1351	1,2548
Хмельницька	1,0869	1,1926	1,0401	0,9641	1,1171	1,0802	1,1298
Черкаська	1,1619	1,2532	1,0623	0,9560	1,0314	1,0929	1,1879
Чернівецька	1,1753	0,8171	1,2563	0,9671	0,6286	0,9689	1,5117
Чернігівська	1,1749	1,3776	1,0353	1,1363	0,8740	1,1196	1,2880
М. Київ	0,9811	1,1353	0,9482	1,0747	0,8259	0,9930	1,2032

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Оцінка стійкості тенденцій економічного забезпечення сфери охорони
здоров'я України за 2012-2017 рр.

Регіони	Ранги ланцюгових темпів росту інтегрального показника рівня розвитку трудових ресурсів					К-т Спірмена К _p
	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	
Україна	3	5	2	4	1	-0,5
Вінницька	5	2	4	1	3	-0,5
Волинська	5	4	2	1	3	-0,7
Дніпропетровська	2	5	1	4	3	0,1
Донецька	1	3	2	5	4	0,8
Житомирська	2	5	3	1	4	0
Закарпатська	2	5	3	4	1	-0,3
Запорізька	3	5	2	1	4	-0,2
Івано- Франківська	5	3	4	2	1	-0,9
Київська	1	5	2	4	3	0,3
Кіровоградська	3	2	5	4	1	-0,2
Луганська	1	5	2	4	3	0,3
Львівська	1	5	2	4	3	0,3
Миколаївська	5	4	1	3	2	-0,7
Одеська	1	5	2	3	4	0,4
Полтавська	1	4	5	2	3	0,2
Рівненська	3	5	2	1	4	-0,2
Сумська	5	4	3	1	2	-0,9
Тернопільська	5	3	4	2	1	-0,9
Харківська	3	5	1	4	2	-0,3
Херсонська	4	5	2	3	1	-0,8
Хмельницька	3	5	2	1	4	-0,2
Черкаська	4	5	3	1	2	-0,8
Чернівецька	4	2	5	3	1	-0,5
Чернігівська	4	5	2	3	1	-0,8
М. Київ	3	5	2	4	1	-0,5

Примітка: сформовано автором, згідно проведених розрахунків.

Додаток К

Показники досягнення Цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я

3.1 До 2030 року знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених

3.2 До 2030 року при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше як 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років – до не більше ніж 25 випадків на 1000 живонароджених

3.3 До 2030 року покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, яким не приділяється належної уваги, і забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями

3.4 До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя

3.5 Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем

3.6 До 2020 року у всьому світі вдвічі скоротити кількість смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод

3.7 До 2030 року забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, і урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах

3.8 Забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх

3.9 До 2030 року істотно скоротити кількість випадків смерті та захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів

Додаток Л

Показники та їх значення вз'яті для прогнозу

Роки	Показники						
	Тривалість життя	Кількість лікарів	Кількість середнього медичного персоналу	Кількість лікарських амбулаторно поліклінічних закладів	Державні витрати на охорону здоров'я, млн. грн.	Витрати домогосподарств на охорону здоров'я, млн. грн.	Викиди в атмосферне повітря тис. т.
2003	68,24	223 000	523000	7600	10 807,60	7 728,60	4087,8
2004	68,22	223 000	522000	7700	13 355,40	9 453,60	4087,8
2005	67,96	223823	496327	7776	16 827,00	11 472,40	4 464,1
2006	68,1	225 000	493000	7900	21 138,00	13 646,10	4 822,2
2007	68,25	223000	488000	8000	28 328,00	17 476,90	4 813,
2008	68,27	224000	465000	8800	36 264,10	26 634,00	4 524,91
2009	69,29	254000	467000	8800	39 203,70	32 032,40	3 928,1
2010	70,44	224876	466816	8993	47 864,20	36 658,80	4 131,6
2011	71,02	224123	459112	8239	53 145,00	42 308,00	4 374,6
2012	71,15	217152	441111	8339	62 617,30	46 069,10	4 335,3
2013	71,37	217287	440838	10784	65 332,30	50 163,90	4 295,11
2014	71,37	185945	378880	9773	61 024,20	56 441,80	3 350,0
2015	71,38	186234	371736	9962	75 826,70	78 822,00	2 857,4
2016	71,68	186776	366756	10165	81 656,50	98 624,20	3 078,1
2017	71,98	186178	360416	10373	111 063,00	110 651,80	2 584,9

Примітка: сформовано автором, згідно статистичних даних

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**Монографія:**

18. Kinash I.P., Savchuk L.M. Features of use of the newest technologies of management in the sphere of health care of Ukraine. *Information and technologies in the development of socio-economic systems*. Monograph 6. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Technicznej w Katowice, 2016. С. 232-239. (0,46 друк. арк., особисто належить автору 0,3 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: пошук практик, які використовують сучасні інструменти управління.*

Статті у наукових фахових виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних, депозитаріїв та пошукових систем

19. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Актуальні проблеми сфери охорони здоров'я України. *Інтелект ХХІ*. 2015. № 6. С. 46-51. (0,34 друк. арк., особисто належить автору 0,25 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: пошук та аналіз статистичної інформації.*

20. Савчук Л. М. Фінансування сфери охорони здоров'я України. Актуальні проблеми розвитку регіону. 2016. № 12. Т. 1. С. 24-29. – 0,45 друк. арк.

21. Савчук Л. М. Теоретичні засади сталого розвитку сфери охорони здоров'я України. Актуальні проблеми розвитку регіону. 2017. №13. Т. 2. С. 171. – 0,63 друк. арк.

22. Kinash I.P., Savchuk L.M. Methodological aspects of economic sustainable development of health care. *International journal of resent scientific research*. URL: http://internationalscientificjournalnews.eu/wp-content/uploads/2018/03/ISSUE-1pp.1-19_20183.pdf. (0,81 друк. арк., особисто належить автору 0,5 друк. арк.) *Особистий внесок здобувача: з'ясовано принципи розвитку сфери охорони здоров'я.*

23. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Фактори впливу на розвиток сфери охорони здоров'я України. *Причорноморські економічні студії*. 2018. № 25. С. 43-47. (0,59 друк. арк., особисто належить автору 0,35 друк. арк.). *Особистий*

внесок здобувача: обґрунтовано фактори та досліджено основні тенденції їх прояву.

24. Савчук Л. М. Поняття і зміст економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Вісник ХНУ. 2018. № 2 (256). С.80-83. – 0,46 друк. арк.

25. Kinash I.P., Savchuk L.M. Comparative analysis of economic provision of health care of foreign countries and Ukraine. Journal of Eastern European and Central Asian Research. Vol.6 No.2 (2019) pp.319-330. (0,97 друк. арк., особисто належить автору 0,50 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: опис моделей економічного забезпечення різних країн світу (Scopus).*

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації

26. Савчук Л. М. Здоров'я людини – основа сталого розвитку держави. Фактори сталого розвитку сучасної держави в умовах інноваційної економіки: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 4-5 грудня 2015р.). У 2-х частинах. Дніпропетровськ: НО “Перспектива”, Ч. 2. 2015. С. 40-41. – 0,12 друк. арк.

27. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Інфраструктурне забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка і менеджмент: сучасні трансформації в епоху глобалізації* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., (м. Клайпеда, 29 січня 2016 р.) Литва: вид. Балтія, 2016. С. 83-86. (0,17 друк. арк., особисто належить автору 0,1 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: дослідження динаміки розвитку інфраструктурних об'єктів сфери охорони здоров'я.*

28. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Якість медичних послуг як важливий параметр позиціонування України в світовому глобалізованому просторі. Економіко-культурологічне позиціонування України в світовому глобалізованому просторі: матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції (м. Кошице, 14-15 лютого 2016 р.). Ч. 1. Кошице. 2016. С. 82-85. (0,17 друк. арк., особисто належить автору 0,09 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано актуальність підвищення якості медичних послуг.*

29. Савчук Л. М. Здоров'я населення як детермінанта сталого розвитку держави. *Стратегічно-інноваційний розвиток суб'єктів економічної системи в*

умовах глобалізації: матеріали I Міжнародної наук.-практ. інтернет-конференції, (Кременчук, 16-18 листопада 2016 року). Кременчук: КрНУ. 2016. С. 91-93.– 0,12 друк. арк.

30. Савчук Л. М. Організація системи охорони здоров'я України. *Менеджмент, фінанси та аудит: теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конференції (м. Одеса, 9-10 червня 2017 р.) У 2-х частинах. Одеса: ЦЕДР. 2017. Ч. 1. С. 52-54. – 0,16 друк. арк.

31. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Екологізація освіти як первинний чинник трансформації суспільства до сталого розвитку. *Теорія і практика стратегічного управління розвитком галузевих і регіональних суспільних систем*: матеріали VI Міжнародної наук.-практ. конференції (м. Яремче 11-13 жовтня 2017 р. ІФНТУНГ). Івано-Франківськ.2017.С. (0,16 друк. арк., особисто належить автору 0,08 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: запропоновано основні напрями екологізації освіти в контексті сталого розвитку держави.*

32. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Практичні аспекти суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ у вітчизняній системі охорони здоров'я. *Маркетинг і контролінг: сучасні виклики підприємництва* : матеріали міждисциплінарної наук.-практ. конференції. (Київ, Івано-Франківськ 30 листопада 2017 р.). Київ: Юдіна Л. І. 2017. URL: <http://futureslog.com.ua/publish/7/Zbirnyk.pdf#page=73>. – ISBN 978-966-97581-7-0. (0,19 друк. арк., особисто належить автору 0,1 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано доцільність застосування суспільного контролінгу за ходом реалізації реформ в охороні здоров'я.*

33. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Соціалізація здоров'я населення як інструмент зміцнення людського капіталу. *Україна-2030: Консолідація мислення – консолідація дій*. Київ: видавництво «СПД В.Павленко».2018.160с.С.122-124. (0,15 друк. арк., особисто належить автору 0,07 друк. арк.). *Особистий внесок здобувача: обґрунтовано соціалізацію здоров'я як інструмент, що здатен мотивувати людину змінити ставлення до потенціалу свого здоров'я.*

34. Савчук Л. М. Ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я як детермінанта реалізації цілей сталого розвитку суспільства. *Економіко-управлінські аспекти трансформації та інноваційного розвитку галузевих і регіональних суспільних систем в сучасних умовах*: матеріали всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конференції. (м. Івано-Франківськ: 11-12 квітня 2019 р.). С.314-316. – 0,19 друк. арк.

Довідки впровадження результатів дослідження



N 204 від 16.08.2018р.

**ДОВІДКА
про практичне впровадження результатів наукового дослідження**

Цією довідкою засвідчуємо, що результати наукового дослідження доктора економічних наук, професора Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу Кінаш Ірини Петрівни та аспіранта Савчук Лілії Мар'янівни представлені на Національному форумі “Україна 2030: Консолідація мислення - консолідація дій”, що відбувся 14.06.2018р. у м. Києві, включені у Зелену книгу політики збалансованого розвитку України та будуть використані в процесі нормотворчої та аналітико-консультативної роботи як одне із джерел альтернативної інформації при розробці відповідних стратегічних документів.

Заступник Голови Правління
ГО «Загальноукраїнський Рух
Громадянин» з питань аналітичної
платформи стратегічних комунікацій
«Доктрина 2030»

Т.Осінчук





**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

вул. Грушевського, 21, м.Івано-Франківськ, 76004, тел. (0342)55-20-14, факс 55-19-01
E-mail: department@doz.if.gov.ua Код ЄДРПОУ 02012875

03.11.2019 № 1288/01-22/31

на № _____

Довідка

Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА повідомляє про те, що матеріали викладені в доповідній записці «Діагностика та оцінка сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я України» підготовленою д.е.н., професором Кінаш І.П. та аспіранткою Савчук Л.М. знайшли відображення у роботі департаменту при розробці проекту Регіональна цільова програма «Репродуктивне здоров'я населення Івано-Франківської області» на період до 2020 року включно.

В.о.директора департаменту



Ірина Кобельська



УКРАЇНА

Івано-Франківська міська рада

Управління охорони здоров'я

вул. Грушевського, 21, м. Івано-Франківськ, 76004,

e-mail: uoz-if.mr@ukr.net, тел. (0342)551896, (0342)556034

05.12.2019 № _____

Д О В І Д К А

про впровадження результатів
дисертаційної роботи Савчук Лілії Мар'янівни
на тему «Економічні засади забезпечення сталого розвитку сфери
охорони здоров'я України» представлену
на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Управління охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради повідомляє, що матеріали дисертаційного дослідження підготовленого аспірантом кафедри менеджменту і адміністрування Савчук Л.М. в Івано-Франківському національному технічному університеті нафти і газу використані при розробці Програми «Здоров'я населення міста Івано-Франківська 2018-2020 роки».

Начальник управління



М.А. Бойко



**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ,
ПРОМИСЛОВОСТІ ТА ІНФРАСТРУКТУРИ**

вул. Грушевського, 21, м.Івано-Франківськ, 76004, тел. (0342) 55-64-17, факс 55-26-10
E-mail: main@industry.if.gov.ua Код ЄДРПОУ 40528062

05.12.2019р. № 01.3-04/337

на № _____

Довідка

Департамент економічного розвитку, промисловості та інфраструктури Івано-Франківської ОДА повідомляє, що рекомендації викладені в доповідній записці «Сучасний стан, проблеми та інструменти забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України», підготовленої здобувачем третього рівня вищої освіти Савчук Л.М. та її науковим керівником доктором економічних наук, професором Кінаш І.П. використані при розробці Програми економічного та соціального розвитку області на 2020 рік, а саме в частині розвитку соціальної сфери, при формуванні стратегічних пріоритетів сфери охорони здоров'я.

Директор



Жанна Табанець



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Пропозиція для впровадження: Економічні засади забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України.

2. Установа-розробник: кафедра менеджменту і адміністрування, Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу.

3. Автори: Савчук Л. М.

4. Джерела інформації:

Kinash I, Savchuk L. Comparative analysis of the economic provision of health care of foreign countries and Ukraine. JEESCAR. 2019;6(2):319-30.

Савчук ЛМ, Кінаш ІП. Фактори впливу на розвиток сфери охорони здоров'я України. Причорноморські економічні студії. 2018;25:43-7.

Савчук ЛМ. Поняття і зміст економічного забезпечення сфери охорони здоров'я. Вісник ХНУ. 2018;2(256):80-4.

5. Установа, в якій проведено впровадження: кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету.

6. Терміни впровадження: грудень 2017 р. – листопад 2019 р.

7. Форма впровадження: у навчальний процес під час викладання студентам 5-го курсу стоматологічного факультету та студентам 6-го курсу медичного факультету питань щодо теоретичних положень економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави з позиції сталого розвитку, діагностики та оцінки сучасного стану економічного забезпечення сфери охорони здоров'я держави і економічного механізму забезпечення пріоритетів сталого розвитку сфери охорони здоров'я України, а також слухачам і курсантам циклів стажування, спеціалізації та циклів тематичного удосконалення з організації та управління охороною здоров'я.

8. Кількість студентів, що прослухали курс: 425

9. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки студентів з актуальних питань вдосконалення заходів економічного забезпечення сфери охорони здоров'я.

Відповідальний за впровадження

Децик Орина Зенонівна
д. мед. н., професор, зав. кафедри
соціальної медицини, організації охорони
здоров'я і медичного правознавства

«__» _____ 2019 р.



УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

вулиця Галицька 2, місто Івано-Франківськ, 76018, тел.:(0342) 53-32-95, e-mail: ifnu@ifnu.edu.ua

21.04.20 № *09.р.р-134*
 на № _____ від _____

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 Савчук Лілії Мар'янівни на тему: «Економічні засади забезпечення сталого
 розвитку сфери охорони здоров'я України»
 на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Основні положення та результатів дисертаційного дослідження Савчук Л.М. було впроваджено у 2017 та 2018 роках згідно з планом наукової тематики кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету у межах комплексних науково-дослідних робіт «Обґрунтування напрямів поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я» (ДР№ 0112U001535), де автором систематизовано та досліджено динаміку факторів, які чинять вплив на стан здоров'я населення та «Обґрунтування стратегій і технологій поліпшення стану здоров'я та забезпечення потреб населення у якісній медичній допомозі» (ДР № 0117U001669), у яких автором представлено результати прогнозу впливу показників економічного забезпечення на тривалість життя.

Отримані результати заслуговують на увагу і засвідчують доцільність їх використання у науково-дослідній роботі та в практичній діяльності.

Ректор



М. М. Рожко