

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ****ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ ТА БІОТЕХНОЛОГІЙ  
імені С. З. ГЖИЦЬКОГО****Факультет економіки та менеджменту****Кафедра публічного управління  
та адміністрування****Допускається до захисту****„\_\_” \_\_\_\_\_ 2021 р.****Зав. кафедрою \_\_\_\_\_****проф. Парубчак І.О.****ДИПЛОМНА РОБОТА****Студентки ЛЕВИЦЬКОЇ ОЛЕНИ СТЕФАНІВНИ****на тему: «Державна гуманітарна політика соціально-психологічної  
адаптації населення у сучасних умовах карантинних обмежень в Україні»****на присвоєння кваліфікації – магістра публічного  
управління та адміністрування****Керівник роботи \_\_\_\_\_  
(підпис)****доц. Гримак О. Я.  
(вчене звання, прізвище та ініціали)****Консультант \_\_\_\_\_  
(підпис)****\_\_\_\_\_  
(вчене звання, прізвище та ініціали)****Консультант \_\_\_\_\_  
(підпис)****\_\_\_\_\_  
(вчене звання, прізвище та ініціали)****Львів 2021**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ В СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ АДАПТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ПРИ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕННЯХ .....	7
<b>1.1. Інструментарій забезпечення послуг адаптації психічного та соціального здоров'я в умовах становлення економічного простору .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Формування системи надання послуг адаптації на основі інформаційно-комунікаційних технологій карантинних обмежень.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3. Формування збалансованої системи суспільної оцінки державній гуманітарній політиці в діяльності під час карантинних обмежень .....</b>	<b>20</b>
РОЗДІЛ 2. ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ЗДОРОВ'Я ПРИ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНІЙ АДАПТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ПРИ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕННЯХ.....	27
<b>2.1. Оцінка результатів діяльності соціальних послуг на платформі інформаційно-комунікаційних технологій при карантині .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2. Концептуальна архітектура інформаційної системи впливу на населення для охорони здоров'я при карантинних обмеженнях.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3. Розвиток системи державної підтримки організацій сфери охорони здоров'я в умовах адаптації до карантинних обмежень .....</b>	<b>37</b>
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ В НАДАННІ ПОСЛУГ ОХОРОНИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	44
<b>3.1. Аналіз стану забезпеченості споживачів, що проживають у різноманітній територіальності під час карантинних обмежень .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. Реалізація методичного підходу до оцінки адаптації на платформі інформаційно-комунікаційних технологій при карантині .....</b>	<b>54</b>
<b>3.3. Методика інтегральної оцінки результатів діяльності гуманітарної політики в забезпеченні адаптації сфери охорони здоров'я.....</b>	<b>67</b>
РОЗДІЛ 4. СОЦІАЛЬНА ТА КОРПОРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ.....	73
РОЗДІЛ 5. ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ.....	84
ВИСНОВКИ .....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	99

## ВСТУП

В даний час управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я об'єктивно має орієнтуватися на завдання становлення цифрової економіки України. Медіа простір відкриває нові можливості для вирішення низки проблем, характерних для нашої країни її неосяжними просторами. Одна з них – це проблема забезпечення громадян рівних прав на отримання якісних послуг, їх доступність населення важкодоступні. Віддалених районів (особливо, де відсутній інтернет-зв'язок чи немає високошвидкісного інтернету).

Послуги сфери охорони здоров'я, що надаються популяції, що у віддалених районах України, повинні ґрунтуватися на принципах гарантованої охорони здоров'я одержувачів послуг. Один із пріоритетних принципів сфери охорони здоров'я – дотримання єдності та наступності у наданні послуг охорони здоров'я одержувачам послуг – мешканців міської та сільської місцевостей, створення умов для оперативного надання послуг компетентним персоналом продуцентів послуг, доступність їх отримання, скорочення часу очікування надання послуг та задоволеність їх якістю.

Так як цих умов поки не дотримуються, то проблема надання соціально значущих послуг продуцентами сфери охорони здоров'я у сільській місцевості, де проживає незначна кількість одержувачів послуг, за низького інформаційного та комунікаційного забезпечення продуцентів послуг є актуальним. Загальна кількість продуцентів послуг з охорони здоров'я нації з 2005 по 2019 р. скоротилося на 55,4%, становлячи на 01.01.2020 р. У 2019 р. кількість продуцентів охорони здоров'я у сільській місцевості досягло лише 982, знизившись проти 2005 р. на 26,8%. Доводиться констатувати факт деградації системи охорони здоров'я

Населення важкодоступних і віддалених районів країни. У порівнянні з 2018р. та 2019р. у Львівській області кількість продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг знизилася на 1,9% становило 847 організацій, кількість продуцентів послуг сфери охорони здоров'я державного сектору знизилася на 5,53%, кількість індивідуальних підприємців

цієї сфери знизилося на 3,6%. Кількість продуцентів послуг, що надають послуги у амбулаторних умовах.

Скорочення мережі сільських продуцентів послуг охорони здоров'я призвело до того, що багатьом одержувачам послуг – мешканцям сільської місцевості виявилися охорони здоров'я. При цьому на 01.01.2020р. у Львівській області відмічено незначне покращення ситуації з використанням інформаційних та комунікаційних технологій продуцентами послуг сфери охорони здоров'я та соціальної сфери відсотку від загальної кількості продуцентів послуг): за останній рік продуцентів, які використовують сервери, збільшилося на 3% і склало 67,5%, глобальних інформаційних мереж на 1,04% і становило 97% продуцентів послуг.

Водночас кількість продуцентів послуг, що використовують, локальні обчислювальні мережі знизилося на 2,66%, становило 84,0% продуцентів послуг. Продуценти послуг, що мають Web-сайт, становлять 83% від загального їх кількості. Вищезазначені факти свідчать про необхідність якнайшвидшого розвитку інформаційного забезпечення послуг охорони здоров'я не лише метою підвищення конкурентоспроможності вітчизняних продуцентів послуг, а також підвищення їх доступності та якості обслуговування споживачів.

Таким чином, у сфері охорони здоров'я основним завданням є забезпечення прав на отримання послуг, забезпечення їх доступності незалежно від соціального статусу одержувача послуг та місця його проживання. Для забезпечення цього права в Україні проводиться ціла низка комплексних заходів: забезпечення продуцентів послуг фінансуванням у межах цільових державних програм, оснащення найновішим високотехнологічним медичним обладнанням, впровадження цифрових та збережених здоров'я технологій, створення якісно нової організації надання послуг на основі державно-приватного партнерства, а також масштабний розвиток інформаційно-комунікаційного забезпечення послуг з охорони здоров'я.

Однак цих заходів недостатньо. Досвід надання послуг з використанням цифрових технологій, узагальнення практики їх використання, включаючи аналіз вартісних та кількісних показників в Україні невеликий. Немає розроблених концепцій, які комплексно охоплюють усі сторони надання послуг з охорони здоров'я в сучасних умовах. Недостатньо наукових (теоретичних) досліджень, результати яких могли б стати основою для розроблення практичних рекомендацій, пов'язаних з економічними, організаційними, а також інформаційно-комунікаційними питаннями надання послуг охорони здоров'я їх одержувачам та з'ясування галузевих особливості діяльності продуцентів послуг. Це особливо значуще для України, має величезну територію з нерівномірно розподіленим населенням та концентрацією провідних лікарів лише великих містах.

Для забезпечення рівної та реальної доступності послуг даної сфери необхідний новий методологічний підхід до надання послуг охорони здоров'я на основі використання можливостей цифрової економіки. Висока актуальність та принципова важливість цього питання визначили перспективний напрямок цього дослідження, присвяченого управлінню розвитком послуг охорони здоров'я з урахуванням галузевої специфіки використання цифрових технологій інформаційно-комунікаційного забезпечення діяльності продуцентів цих послуг. Завданнями дослідження у зв'язку з метою є:

- Розробити основи управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я базі формування механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах створення та розвитку цифрової економіки з урахуванням виявлених інституційних аспектів вітчизняної охорони здоров'я;

- Запропонувати концептуальний підхід до державного регулювання послуг сфери охорони здоров'я України з урахуванням дослідження методологічних основ державного регулювання організації надання послуг;

- Обґрунтувати структурне уявлення механізму підвищення якості, економічної та соціальної ефективності послуг сфери охорони здоров'я на основі розвитку інформаційно-комунікаційного забезпечення продуцентів

послуг; - Розробити модель надання послуг з охорони здоров'я мешканцям віддалених територій країни на основі розвитку системи інформаційно-комунікаційного та кадрового забезпечення діяльності цих продуцентів послуг;

- Скласти алгоритм надання послуг охорони здоров'я одержувачам послуг віддалених районів в умовах інформаційного та комунікаційного забезпечення продуцентів послуг та корекції компетентності спеціаліста регіонального рівня;

- Структурувати систему державної підтримки як одну із форм державного регулювання формування та організації державного сектори сфери послуг охорони здоров'я;

- Розробити методику інтегральної оцінки результату діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я, які функціонують та надають послуги в умовах інформаційно-комунікаційного їх забезпечення на основі запропонованої та обґрунтованої збалансованої системи показників діяльності продуцентів послуг з охорони здоров'я.

Актуальність даного дослідження в його теоретичній та практичній сутності обумовлена цілісним підходом до вирішення завдань, поставлених у відповідно до мети дослідження.

## РОЗДІЛ 1

# ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ В СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ АДАПТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ПРИ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕННЯХ

### **1.1. Інструментарій забезпечення послуг адаптації психічного та соціального здоров'я в умовах становлення медійного економічного простору**

Інструментарій забезпечення послугами охорони здоров'я населення на основі інформаційно-комунікаційних технологій призведе до зростання ефективності діяльності продуцентів послуг, забезпечивши координацію дій усіх учасників процесу надання послуг, покращивши їхню взаємодію, виключивши дублюючий функціонал.

У літературі поняття «інструментарій» визначається як упорядкована сукупність коштів, що застосовуються для досягнення чи здійснення чогось. Інструментарій забезпечення послугами охорони здоров'я населення на основі інформаційних та телекомунікаційних технологій є набір вибраних інструментів [38, ст.105].

Інструментарій механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки:

1. Правові інструменти. Удосконалення нормативно-правової бази для функціонування медичних організацій у системі цифрової економіки, правового забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

2. Організаційні інструменти:

- Оптимізація інформаційної інфраструктури продуцентів послуг сфери охорони здоров'я. Розвиток матеріально-технічної бази продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я;

- Організація виконання цільових та регіональних програм;

- Підвищення кваліфікації спеціаліста на основі персоніфікованої корекції компетентності;

- Забезпечення населення віддалених та важкодоступних територій якісними послугами охорони здоров'я, що надаються за допомогою ІТ технологій на основі корекції компетентності спеціаліста з урахуванням експертизи кваліфікації спеціаліста під час надання їм послуг;

- Впровадження системи підвищення якості послуг, що надаються на основі цифрових платформ;

- Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

### 3. Економічні інструменти:

- Удосконалення фінансового забезпечення діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я;

- Співфінансування проектів та програм;

- Введення податкових пільг суб'єктам інфраструктури, пільгове кредитування;

- Удосконалення цінового та тарифного регулювання.

4. Законодавчо-нормативні інструменти – удосконалення законодавчої основи для функціонування продуцентів послуг за умов генези цифрової економіки, державно-приватного партнерства в даній сфері: законодавчі акти, що регулюють надання послуг з охорони здоров'я, ліцензування, стандарти, нормативи. Законодавче регулювання цифрової економіки у сфері охорони здоров'я за період з 2017 по 2019 роки представлено актами [45, ст.72]:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження плану графіка переходу на період 2017 – 2018 років та на плановий період до 2020 Міністерства охорони здоров'я України на використання вітчизняного офісного програмного забезпечення» № 1065 від 25 грудня 2017р.;

- Постанова Уряду України «Про єдину державну інформаційній системі у сфері охорони здоров'я» № 555 від 05 травня 2018р.

### 5. Організаційні інструменти:

- Оптимізація інформаційної інфраструктури продуцентів послуг сфери

охорони здоров'я. Розвиток матеріально-технічної бази продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я.

- Організація виконання цільових та регіональних програм;
- Підвищення кваліфікації спеціаліста на основі персоніфікованої корекції компетентності;
- Забезпечення населення віддалених та важкодоступних територій якісними послугами охорони здоров'я, що надаються за допомогою ІТ технологій на основі корекції компетентності спеціаліста з урахуванням експертизи кваліфікації спеціаліста під час надання їм послуг;
- Впровадження системи підвищення якості послуг, що надаються на основі цифрових платформ;
- Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Інструментарій механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки ;

6. Правові інструменти. Удосконалення нормативно-правової бази для функціонування медичних організацій у системі цифрової економіки; правового забезпечення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. 7. Економічні інструменти:

- Удосконалення фінансового забезпечення діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я;
- Співфінансування проектів та програм;
- Введення податкових пільг суб'єктам інфраструктури, пільгове кредитування;
- Удосконалення цінового та тарифного регулювання. Розкриває порядок доступу до інформації, її захисту та порядок обміну інформацією;
- Наказ МОЗ України від 13.04.2018р. № 165 «Про затвердження плану інформатизації Міністерства охорони здоров'я України на 2018 рік та на плановий період 2019 та 2020 років»;
- Паспорт національної програми «Цифрова економіка України», затверджений Президією Ради при Президентові України з стратегічного

розвитку та національних проектів від 24.12.2018 р. протокол №16 [52, ст.39].

Наразі проблеми законодавчого регулювання державного контролю у сфері охорони здоров'я можна згрупувати у декілька блоків, що регулюють питання: інформатизації сфери охорони здоров'я, розвитку необоротних та оборотних активів продуцентів послуг, якості послуг охорони здоров'я.

До основних видів економічних інструментів можна віднести:

- Фінансове забезпечення роботи продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я з урахуванням реальних витрат за надання послуг через одноканальну систему фінансування, що передбачає надходження основної частини коштів на фонд обов'язкового медичного страхування. Фінансування продуцентів послуг в рамках одноканальної системи фінансування передбачає оплату за обсяг наданих послуг;

- Співфінансування проектів та програм, таких як «Розвиток охорони здоров'я». Оптимальний тип співфінансування послуг їх споживачами – поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування: держава гарантує послугу з певними параметрами. Якщо одержувач послуги хоче покращити ці параметри, то різницю покриває його добровільне страхування;

- Запровадження та збереження податкових пільг продуцентам послуг, пільгове кредитування, вдосконалення та регулювання вартості та тарифів на послуги. Пільги при оподаткуванні, кредитуванні продуцентів послуг є складовими податкової, кредитної, цінової політики держави.

Відповідно до концепції розвитку охорони здоров'я до 2020р. стратегічною метою реформи охорони здоров'я є впровадження подушного принципу оплати послуг та перехід системи охорони здоров'я на одноканальне фінансування, що означає, що основна частина коштів консолідованого бюджету суб'єкту України, призначених для фінансування послуг охорони здоров'я, акумулюватиметься в територіальний фонд [66, ст.123].

Оплата послуг здійснюватиметься за комплексним показником обсягу та якості наданих послуг на основі повного тарифу. Формування одноканальної системи фінансування вимагає розширення контролю з боку органів управління

державним та муніципальною охороною здоров'я за використанням державних фінансових засобів у системі охорони здоров'я.

Основний механізм такого контролю – фінансове планування, що включає розробку територіальної програми державних гарантій та моніторинг її реалізації, норматив фінансування страхових медичних організацій, формування замовлень завдань продуцентам послуг сфери охорони здоров'я. Вирізняють такі етапи формування замовлень-завдань для продуцентів послуг:

- Аналіз показників якості, результативності послуг (порівняння фактичних та планових обсягів послуг, аналіз співвідношення планового нормативу фінансових витрат та фактичних витрат, показників ефективності та якості із середніми показниками);

- Розробка проектів завдань територіальним фондом;

- Розробка пропозицій продуцентів послуг щодо обсягів послуг (оцінка потреби у послугах);

- Узгодження проектів завдань та пропозицій (зв'язок з реєстром видаткових зобов'язань). Моніторинг виконання завдань.

Одноканальне фінансування має низку переваг:

1. Забезпечує у повному обсязі фінансування послуг з урахуванням реальних витрат.

2. Оплата за надані послуги призведе до зміни структури та якості послуг. Одноканальне фінансування спрямоване на забезпечення доступності послуг всім споживачів України незалежно від місця проживання.

3. Одноканальне фінансування послуг галузі дозволяє підвищити ефективність витрачання бюджетних коштів. Нова схема «одноканального фінансування» послуг охорони здоров'я дозволяє оцінити якість та обсяг наданих послуг, а також ув'язати ці показники з обсягом коштів, що виділяються [4, ст.26].

Організаційні інструменти спрямовані на встановлення оптимальної структури сфери охорони здоров'я шляхом реорганізації неефективних продуцентів послуг, включають:

- Оптимізацію організаційної інфраструктури, матеріально-технічної бази продуцентів послуг, що включає такі напрямки: будівництво нових об'єктів, закупівля нового обладнання, розширення спектру використання високотехнічного обладнання, розвиток інформаційної інфраструктури, оснащення робочого місця спеціаліста;

- Організацію виконання цільових та регіональних програм, таких як «розвиток охорони здоров'я України», зокрема «розвиток охорони здоров'я Львівської області» з питань розвитку сфери послуг, матеріально-технічного оснащення продуцентів послуг;

- Підвищення кваліфікації спеціаліста на основі персоніфікованої корекції компетентності спеціаліста на післядипломному рівні підготовки системі безперервної освіти;

- Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Концесія є однією з форм державно-приватного партнерства у сфері послуг охорони здоров'я, коли продуцентів послуг передають в управління приватної корпорації. Концесії дозволяють об'єднати ресурси держави, у формі його майна, тобто дозволяють зберегти передані об'єкти державної власності та бізнесу – у вигляді підприємницьких видів інвестицій, інновацій, що є перспективним механізмом розвитку галузі охорони здоров'я [12, ст.34].

Введення у практичну діяльність можливості отримання оплати за надану послугу за рахунок коштів у недержавному секторі охорони здоров'я сприятиме розвитку добровільного страхування, збільшення прибутку продуцентів послуг державного сектору та недержавного сектора, що вкладає кошти на розвиток даної сфери:

- Забезпечення одержувачів послуг – мешканців віддалених (важкодоступних) територій якісними послугами охорони здоров'я, які надаються застосуванням інформаційних технологій з урахуванням корекції компетентності спеціаліста, враховуючи експертизу кваліфікації спеціаліста при наданні послуг. При цьому мають вирішуватись технічні питання, пов'язані з типовим оснащенням робочого місця спеціаліста та спеціаліста-консультанта;

- Впровадження системи підвищення якості послуг, що надаються при розвитку цифрової економіки, дозволяє підвищити доступність та якість наданих послуг, адаптованого для надання послуг їх одержувачами, проживають у районах із низькою щільністю населення;

Основними напрямками розвитку послуг у сфері охорони здоров'я на фоні впровадження та генези цифрової економіки представляють створення єдиної:

- Інформаційної інфраструктури, що включає сукупність інформаційних, програмних, технічних, інформаційно-технологічних та правових засобів та систем, що забезпечують процеси збору, обробки, зберігання та передачі великих обсягів даних;

- Системи надання одержувачам послуг охорони здоров'я (впровадження постійно діючої системи надання консультаційних послуг на цифрову платформу);

- Системи надання послуг охорони здоров'я екстрено на основі сервіс-орієнтованої архітектури (SOA) (впровадження у практику оперативної системи збору, обробки, передачі та аналізу інформації загального та спеціального призначення);

- Системи дистанційних методів навчання на основі професійних стандартів та її впровадження у безперервну систему підготовки персоналу.

Сьогодні проблема підготовки високопрофесійних фахівців полягає, перш за все, у відсутності єдиного керівництва, здатного дати спеціалістам перше уявлення про можливості, сфери застосування та ефективності надання послуг в умовах цифрової економіки у практичній діяльності.

Таким чином, подальший розвиток інформатизації дозволить підвищити доступність послуг охорони здоров'я, які їх надають продуценти, якість послуг та значно знизити витрати підприємств охорони здоров'я внаслідок підвищення точності діагностики, виключення дублюючого функціоналу, вдосконалення процесу надання послуг загалом.

## **1.2. Формування системи надання послуг адаптації на основі інформаційно-комунікаційних технологій населенню при карантинних обмеженнях**

Діюча практика надання послуг одержувачам, які проживають у віддалених (важкодоступних) районах, витратна як для сфери охорони здоров'я як галузі економіки, так і для одержувача послуги. Це пов'язані з відсутністю необхідних фахівців районного рівня. Алгоритм надання послуг одержувачам - мешканцям сільських населених пунктів та віддалених районів на відповідних рівнях [26, ст.140].

При зверненні отримувача послуги до фахівців районного рівня, надається послуга, внаслідок якої визначається діагноз, та складається тактика лікування. Якщо є необхідність в уточненні діагнозу та тактики лікування при складному захворюванні, що важко протікає, то фахівець районного рівня направляє одержувача послуги на міжмуніципальний медичний центр, де проводиться додаткова діагностика, та формуються підсумковий діагноз та розробляється тактика лікування. Якщо потрібна високоспеціалізована послуга, то одержувача послуги направляють до обласних (крайові) консультативно-діагностичні медичні центри. Необхідність направлення одержувача послуги до обласного (крайового) міжмуніципального медичний центр пояснюється тим, що в районних лікарнях посади вузьких фахівців не передбачені.

Можливість надання послуги охорони здоров'я за місцем проживання одержувача послуги утруднена також у зв'язку з недостатньою укомплектованістю продуцентів послуг такими спеціалістами, як рентгенолог, а в низці продуцентів послуг охорони здоров'я з діючих нормативним актам не передбачено штатів спеціалістів вузьких спеціальностей (наприклад, кардіолог). Водночас потреба одержувачів послуг села у спеціалізованих послугах охорони здоров'я висока. Тобто існуюча схема надання послуг передбачає переміщення одержувача послуги або документації про нього (історії хвороби, виписки, тощо) медичні центри і в окремих випадках виїзд

фахівця до одержувачу послуги [31, ст.44].

В останні роки втрата вертикалі та децентралізація управління охороною здоров'я призвели до порушення схеми надання послуг, що склалася одержувачам. Причини цього переважно соціально-економічного характеру: низький рівень життя; висока вартість транспортних послуг. Все це робить недоступним надання спеціалізованої та консультаційні послуги охорони здоров'я. Багато фахівців сходяться в єдиній думці, що вирішенню цієї проблеми може допомогти лише широке використання цифрової економіки.

В даний час провідною ідеєю є інформаційне забезпечення сфери охорони здоров'я, створення єдиного інформаційного простору, якому всі учасники системи взаємодіють між собою та вільно обмінюються необхідною для роботи інформацією. Інтенсивний розвиток цифрової економіки України дало можливість розпочати реальне надання продуцентами послуг охорони здоров'я при їх інформаційному та комунікаційне забезпечення. Впровадження цифрової економіки в охорону здоров'я України є одним з перспективних напрямів розвитку галузі.

Під час розробки нормативної бази, яка регулюватиме надання послуг, необхідно дотримуватися таких вимог:

- Дотримання прав громадян під час надання їм послуг;
- Організаційні форми продуцентів послуг;
- Документний супровід послуг;
- Має бути система автоматизованого обліку одержувачів послуг;
- Правова основа послуги (оплатна та безоплатна);
- Необхідність захисту інформації про одержувачів послуг;
- Відповідальність осіб, які надають послуги;
- Дотримання стандартів обробки та обігу інформації; вимоги до обладнання та засобів зв'язку.

Сфера охорони здоров'я за умов цифрової економіки будується як багаторівнева функціональна система, що має єдиний координуючий орган на державному рівні, що ґрунтується на єдиних методологічних підходи, медичні

та технічні стандарти та протоколи.

У практичну діяльність підприємств галузі охорони здоров'я з метою оптимізації процесів створюються та впроваджуються алгоритми, новий софт. Все це допомагає досягти більш ефективного управління послугами охорони здоров'я. Для вдосконалення навчання та підвищення кваліфікації фахівців та впровадження наукових досягнень затверджено концепцію розвитку телемедичних українських технологій, затверджена наказом МОЗ України та Національної академії медичних наук від 27.08.2001 р. № 344/76 [45, ст.20].

Реалізація єдиної системи надання послуг охорони здоров'я, що надаються в умовах цифрової економіки, дозволить вирішити такі основні завдання: 1. Забезпечити доступність послуг охорони здоров'я на районному рівні, зокрема числі у віддалених (малонаселених) районах, у надзвичайних (екстремальних) умовах за гарантованого дотримання прав одержувачів послуг.

2. Розширити гарантований обсяг послуг охорони здоров'я, що надаються безкоштовно з урахуванням програми ЗМС та можливості надання додаткових послуг, виробити єдиний стандарт надання послуг.

3. Підвищити рівень та забезпечення наступності вузівського та додаткового професійного, а також забезпечити траєкторію професійного розвитку спеціаліста.

4. Створити законодавчі, організаційні та економічні механізми впровадження доступних, ефективних методів надання послуг охорони здоров'я та освіти у сферу охорони здоров'я.

5. Зміцнити організаційно-функціональні зв'язки у сфері охорони здоров'я України, прискорити взаємодію з питань охорони здоров'я громадян із державами далекого та ближнього зарубіжжя.

Метою надання послуг з охорони здоров'я в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультативного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультативної послуги всіх груп населення незалежно від їхнього територіального становища, масштабне використання хмарних технологій та можливостей широкопasmового інтернету.

Телеконсультація – медична консультація, при якій «фахівець та одержувач послуги», «фахівець та спеціаліст-консультант» розділені географічною відстанню, в результаті перетворення на цифровий формат може передаватися через інтернет різні кінцеві пристрої. Допомога у діагностиці – одне з основних призначень телемедичної консультації. Відповідальність за достовірність наданої інформації, а також за коректність сформульованих для консультанта питань несе спеціаліст районного рівня [57, ст.14].

Послуга охорони здоров'я у вигляді консультації, що спирається на досягнення науки та телемедичні технології, включає:

- Телемедичні консультації щодо діагностики захворювань;
- Телемедичні консультації з метою уточнення діагнозу;
- Телемедичні консультації щодо тактики лікування;
- Телемедичні консультації щодо оцінки поточного стану отримувача послуги з метою уточнення методу лікування;
- Телемедичні консультації при направленні на операцію та рекомендації щодо методики проведення хірургічного втручання;
- Телемедичні консультації після хірургічного втручання;
- Організація консилиумів спеціалістів та ін.

Стандартна телемедична консультація складається з наступних етапів:

1. Попередній етап полягає в наступному:

- Збір та аналіз документації (історія хвороби, діагностичні дані), робота із спеціалістом районного рівня;
- Підбір для отримувача послуги оптимального спеціаліста-консультанта;
- Переклад документів із збереженням конфіденційності одержувача послуги;
- Перетворення зображень та текстів в електронну форму;
- Передача консультанту даних про одержувача послуги, отримання підтвердження готовності спеціаліста-консультанта щодо проведення консультації;
- Формування ліміту часу та режиму проведення консультації;

- Складання кола осіб, які мають бути присутніми під час проведення консультації;

- Розрахунок попередньої ціни телемедичної консультації та оформлення оплати.

2. Базовий етап, у якому виконується:

- Виконання телемедичної консультації;

- Виконання технічного забезпечення консультації, що проводиться;

- Проведення відеозапису консультації.

3. Завершальний (підсумковий) етап, становить:

- На основі письмового висновку спеціаліста-консультанта спеціаліст-координатор складає письмове резюме, яке містить повну інформацію, необхідну для вирішення питання за підсумками телемедичної консультації [63, ст.16];

- Визначення підсумкової ціни консультації. Загалом надання послуги у вигляді телемедичної консультації завжди має завершуватися наданням одержувачу послуги адекватних відповідей на поставлені питання.

Для успішного вирішення цього питання мають бути вирішені такі вісім завдань, які закладаються до регламенту надання послуги з урахуванням використання інформаційних технологій:

1. Прийом даних здійснюється каналами електронного зв'язку (виписки історії хвороби).

2. Вивчення якості представлених даних щодо консультації (відповідність нормам і стандартам).

3. Приведення даних до стандарту, придатного передачі спеціалісту-консультанту. Якщо інформація про одержувача послуги представлена у вигляді звичайної виписки з історії хвороби та оригіналів даних обстеження, то спеціаліст телемедичного центру попередньо перекладає оригінали в цифровий вигляд, а потім в електронну форму для www-сервера [72, ст.202].

4. Вибір спеціаліста-консультанта.

5. Передача даних спеціалісту-консультанту.

6. Здійснення контролю за термінами надання послуги.

7. Складання та оформлення укладання.

Телемедичні відео консультації в режимі реального часу складаються з:

- Підготовчого етапу, що включає необхідне діагностичне обстеження одержувача послуги, обробку діагностичних даних, перетворення їх у цифрові зображення заданого формату та якості, переклад тексту, наприклад, історії хвороби та їх відправлення фахівцю-консультанту;

- Основного етапу, що є телеконсилиумом за участю одержувача послуги, спеціаліста районного рівня, спеціаліста-координатора з одного боку та спеціалістів-консультантів з іншого;

- Заключного етапу, що передбачає підготовку та пересилання в точку знаходження одержувача послуги документально оформленого офіційного висновки спеціалістів-консультантів, оформлення результатів консультації та видачу одержувачу послуги укладання, електронного запису матеріалів досліджень та консультації.

Алгоритм надання послуг охорони здоров'я одержувачам послуг із віддалених районів в умовах застосування інформаційних та комунікаційних технологій та корекція компетентності спеціаліста районного рівня. При наданні послуг в умовах цифрової економіки можна виділити такі суб'єкти:

1. Консультований – продуцент послуги охорони здоров'я, спеціаліст, надає послугу охорони здоров'я.

2. Телемедичний центр – продуцент послуг охорони здоров'я, який приймає послугу охорони здоров'я та відповідальний за її розгляд.

3. Консультаційні центри – продуценти послуг з охорони здоров'я.

4. Координатор центру – провідний спеціаліст, який координує проходження послуги охорони здоров'я у цьому консультаційному центрі.

5. Консультант – спеціаліст (група фахівців – експертів), що розглядає послугу охорони здоров'я і одночасно виявляє дефекти у її наданні.

Новизна моделі надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій полягає в наступному:

- Модель заснована на формуванні особистої потреби фахівця у всебічний розвиток своєї компетентності для надання якісних послуг охорони здоров'я та кар'єрного зростання;

- Можливості моніторингу підвищення професійної компетентності спеціаліста керівництвом продуцента послуг у сфері охорони здоров'я;

- Попередження професійних помилок у роботі фахівця за рахунок систематичного контакту зі спеціалістами – консультантами з крайових (обласних) організацій охорони здоров'я, а також професорсько-викладацького складу клінічних кафедр вузів [7, ст.115].

Основними проблемами, які вирішує розроблена модель надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій,

є:

- Відсутність регулярних та якісних послуг з консультування та підвищення кваліфікації фахівців, особливо у віддалених муніципальних утвореннях (брак коштів, важкодоступність районів, відсутність високошвидкісного інтернету в організаціях, розташованих у віддалених (важкодоступних) регіонах України);

- Відсутність у професійних стандартах фахівців компетентності з дистанційного надання послуг охорони здоров'я при допомозі інформаційно-комунікаційних технологій.

Зазначимо, що новим підходом є створення моделі надання послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки одночасною експертною оцінкою компетенції фахівця, а також формування персоніфікованої програми підвищення кваліфікації.

### **1.3. Формування збалансованої системи суспільної оцінки державній гуманітарній політиці в діяльності під час карантинних обмежень**

Збалансована система показників це один із основних інструментів механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я, формують його інформаційне забезпечення.

Збалансовану систему показників розроблено на початку 1990-х рр.

американськими вченими Дейвідом Нортоном і Робертом Капланом і надалі отримала розвиток у працях вчених-економістів. Тракткування поняття «збалансована система показників» відомих вітчизняних вчених та практиків, які займаються вивченням даного поняття.

Дослідження праць Д. Нортона та Р. Каплана дало можливість визначити показники цієї системи: концептуальною основою є інформація, основні критерії визначаються загальною стратегією, система може в оперативному режимі оцінити та оптимізувати діяльність економічного суб'єкта, дана система передбачає горизонтальне залучення всіх підрозділів організації та вертикальне залучення інших рівнів керівництва, дана система має зворотний зв'язок з питань стратегії організації, тобто поточне керівництво організацією ґрунтується на збалансовану систему показників, вищий менеджмент зосереджує свої зусилля на довгостроковій стратегії [13, ст.36].

На етапі показники збалансованої системи Balanced Scorecard формуються залежно від стратегічних цілей кожної конкретної організації (бізнес-одиницею, організаційною одиницею), діяльність якої охоплює всі ланцюжки створення вартості послуг. Слово «збалансований» (Balanced) у назві методології означає однакову важливість всіх показників.

У зарубіжній теорії та практиці традиційна збалансована систему показників включає чотири елемента:

- Financial – фінансове спрямування, (оцінюють ефективність діяльності з погляду віддачі вкладеного капіталу);
- Customer – одержувачі послуги (розглядається як споживчий сегмент ринку, успішність роботи із споживачами послуг);
- Internal process – оптимальність внутрішніх бізнес-процесів (інноваційний процес – вивчення потреб одержувачів, що виникають) послуг із подальшою розробкою таких послуг; операційний процес – надання послуг; післяпродажне обслуговування);
- Learning and growth/Employees – компетентність фахівців, орієнтація на вдосконалення (навчання та розвиток фахівців, що має три джерела:

інформаційні системи, фахівці та організаційні процедури).

П.Р. Нівен поділяє думку Д. Нортон і Р. Каплана і зазначає, що чотири елементи збалансовану систему показників дозволяють досягти рівноваги між короткостроковими та довгостроковими цілями, бажаними результатами та факторами їх досягнення, м'якими суб'єктивними показниками та жорсткими об'єктивними критеріями. Елементи (складові) даної збалансовану систему показників є статичними, кожна організація має право виключити та визначити додаткові елементи в залежності від специфіки її діяльності [20, ст.109].

Таким чином, кожна складова збалансовану систему показників містить у собі основне питання, відповіді на ці питання є стратегічними цілями, а досягнення цих цілей призводить до реалізації наміченої стратегії. Збалансована система показників може використовуватися в різних галузях, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

В результаті дослідження сформувалася думка, що продуцентів послуг охорони здоров'я – це інструмент механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я, що забезпечує їх стратегічний розвиток на основі ключових показників соціально-економічної ефективності їх діяльності, необхідного для підвищення доступності та якості послуг. Формування збалансовану систему показників включає кілька етапів:

1. Встановлення стратегічних цілей діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.
2. Складання стратегічної карти.
3. Вибір показників.
4. Визначення цільових значень показників.
5. Складання стратегічних заходів.

Перший етап. Встановлення стратегічних цілей діяльності. Визначення збалансовану систему показників для оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з урахуванням бачення проблем, розуміння місії та стратегії. Місію визначають поєднанням трьох складових: призначення – ціль існування

продуцентів послуг сфери охорони здоров'я. Стратегія – конкурентна позиція цього продуцента послуг охорони здоров'я поряд з іншими. Цінності – збереження здоров'я споживачів послуг. Ці складові визначають довгострокові цілі продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я [33, ст.16].

Другий етап. Упорядкування стратегічної карти. Стратегічна карта – це, графічний документ, що показує причинно-наслідкові зв'язки між окремими стратегічними цілями діяльності продуцента послуг. Стратегічна карта має вигляд блок-схеми, у якій у вигляді окремих блоків представлені стратегічні цілі, а у вигляді стрілок показані причинно-наслідкові зв'язки між ними. Стратегічні цілі тісно пов'язані, впливають одна на одну.

Третій етап. Вибір показників. Завершення побудови стратегічної карти дозволяє перейти до вибору показників системи, що виражають зміст стратегічних цілей, і навіть визначення ступеня їх досягнення. На основі критеріїв оцінки діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я розроблено для оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я. При цьому фінансова складова носить допоміжний характер.

Таким чином, збалансовану систему показників розглядає цілі та стратегію продуцентів послуг сфери охорони здоров'я через призму системи оцінки своєї діяльності. Тобто, основна мета збалансовану систему показників – реалізація стратегії продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з метою, показниками та заходами. При цьому, основними складовими збалансована система показників є «одержувачі послуг» та «навчання та розвиток персоналу».

Складова «фінанси» збалансованої системи показників визначає раціональне та ефективне використання коштів та передбачає розрахунок таких показників як: величина нормативу подушевого фінансування Територіальна програма державних гарантій надання послуг безкоштовно, доходи та витрати продуцентів послуг охорони здоров'я, економічна ефективність платних послуг продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та ін. Збалансовану систему

показників, що становить «отримувачі послуг», дозволить підвищити якість і доступність послуг у сфері охорони здоров'я. Показниками «отримувачі послуг» збалансовану систему показників є показники результативності та соціальної ефективності.

Показники соціальної ефективності характеризують доступність послуг сфери охорони здоров'я та рівень досягнення результатів, які є соціально значимими для одержувачів послуг сфери охорони здоров'я: забезпеченість ліжками на 10 000 населення, середня кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних установ на одного жителя, задоволеність одержувачів послуг якістю послуг охорони здоров'я, питома вага одержувачів послуг, які звернулися зі скаргами та ін. [48, ст.76].

Для оцінки соціальної ефективності пропонуємо розраховувати такі показники: частка негативних відгуків одержувачів послуг щодо якості наданих їм послуг охорони здоров'я, незадоволеність якістю послуги охорони здоров'я та задоволеність фахівця якістю та умовами надання їм послуги.

Критерії результативності характеризують ступінь досягнення очікуваних результатів: показники смертності, частота дотримання стандартів якості послуг, частота розходження діагнозів спеціаліста районного амбулаторного рівня та стаціонару, частота направлення на госпіталізацію без діагнозу, частка одержувачів послуг, виписаних зі стаціонару зі сприятливими наслідками лікування захворювань, лікарняна летальність та ін.

Для оцінки результативності послуг охорони здоров'я, що надаються в умовах цифрової економіки, пропонуємо розраховувати такі показники: частота розходження діагнозу спеціаліста та спеціаліста - консультанта при дистанційному консультуванні з використанням інформаційних та комунікаційних технологій, питома вага негативних результатів під час проведення експертизи випадку надання послуг, ефективність реалізації національної програми «Профілактика хронічних неінфекційних захворювань».

Збалансовану систему показників, що становить «внутрішні бізнес-процеси», дозволить підвищити ефективність системи надання послуг

продуцентами сфери охорони здоров'я рахунок забезпеченості одержувачів послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я та спеціалістами. Показниками забезпеченості одержувачів послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я є: кількість лікарняних установ та лікарських амбулаторно-поліклінічних установ, число лікарняних ліжок та потужність лікарських амбулаторно-поліклінічних установ на 10 000 населення (відвідувань за зміну) [55, ст.164].

З урахуванням розвитку сфери охорони здоров'я у системі електронної економіки, пропонуємо розраховувати такі показники як частка продуцентів послуг охорона здоров'я, в яких є вихід в інтернет, питома вага комп'ютеризації робочого місця спеціалістів, забезпеченість продуцентів послуг охорони здоров'я програмами, що дозволяють вести електронний документообіг для взаємодії між структурними підрозділами (типу «Media log»), кількість наданих дистанційно послуг за допомогою інформаційних та телекомунікаційних технологій (телемедичних консультацій).

Критеріями забезпеченості фахівцями є чисельність фахівців та фахівців із середньою освітою, укомплектованість фахівцями, у тому числі фельдшерсько-акушерськими пунктами, забезпеченість фахівцями загальної практики, коефіцієнт сумісництва та плинності фахівців. Склад, що складає «навчання та розвиток персоналу» дозволить підвищити мотивацію фахівців, яка орієнтована на результат, та розвинути їх професійну компетентність.

Пропонується розрахувати наступні показники: коефіцієнт реалізації безперервної освіти фахівців продуцента послуг охорони здоров'я, кількість фахівців, які мають наукові публікації, кількість фахівців, які беруть участь у наукових конференціях з узагальненням власного досвіду роботи, коефіцієнт «професійної зрілості» фахівців, коефіцієнт «професійної мобільності» фахівців, забезпечення профілактики синдрому «професійного вигорання» у фахівців, соціальна підтримка фахівців, коефіцієнт відповідності професійним стандартам, незалежної оцінки кваліфікації [60, ст.23].

Четвертий етап. Визначення цільових значень показників. Після

закінчення вибору показників системи визначають цільові значення показників. Стратегічна ціль вважається прийнятою при встановленні її цільового значення, яке повинно бути досяжним у процесі діяльності продуцента послуг сфери охорони здоров'я.

П'ятий етап. Визначивши цільові значення показників системи, розробляється комплекс організаційно-економічних заходів для продуцентів послуг охорони здоров'я, які конкретизують стратегічні цілі продуцента послуг сфери охорони здоров'я та переводять стратегію у конкретні заходи.

На основі для оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я буде сформовано інформацію для прийняття управлінських рішень щодо досягненню запланованих результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.

Таким чином, збалансована система показників оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я є структурним елементом механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки, що дозволяє керівництву проводити моніторинг основних результатів діяльності продуцента послуг сфери охорони здоров'я, у тому числі у розрізі структурних підрозділів, оцінювати задоволеність одержувачів послуг якістю наданих їм послуг, з урахуванням їхніх потреб та очікувань [2, ст.80].

У цьому розділі досліджено питання інструментарію забезпечення послугами охорони здоров'я населення на основі використання інформаційно-комунікаційних технологій:

1. Вивчено інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я в умовах становлення цифрової економіки.

2. Проведено аналіз організації забезпечення одержувачів послуг – мешканців. Віддалених територій країни, послугами охорони здоров'я, розроблено модель забезпечення одержувачів послуг, які проживають на віддалених територіях якісними послугами охорони здоров'я, що надаються за

допомогою інформаційних технологій, при корекції кваліфікації фахівця з допомогою персоніфікованої освітньої програми стажування або підвищення кваліфікації з урахуванням виявленої кваліфікації фахівця при надання послуг, виявлених ризиків, що не відповідають стандарту якості або надання послуги взагалі.

3. Для аналітичної оцінки механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я у зв'язку з розвитком цифровізації було складено методику розрахунку інтегрального оцінного показника діяльності цих продуцентів послуг при їх інформаційному та телекомунікаційному забезпеченні.

## ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ЗДОРОВ'Я ПРИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ АДАПТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ПРИ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕННЯХ

### **2.1. Оцінка результатів діяльності соціальних послуг на платформі інформаційно-комунікаційних технологій при карантині**

В даний час відомо багато способів інтегрального розрахунку показника, що застосовується для оцінки якості надання послуг охорони здоров'я пацієнтам з метою глибокого аналізу роботи всієї установи в цілому, окремого підрозділу та конкретного лікаря. Дані способи відрізняються математичним виразом інтегрального показника аналізованої системи.

Побудова інтегрального показника включає такі процедури як нормування (приведення даних до єдиного діапазону, безрозмірному виду, при якому можливе порівняння), зважування (привласнення кожному показнику ваги – дозволяє виявити найбільш значущі показники в їх сукупності) та агрегування об'єднання показників для одержання комплексного показника. Побудова інтегрального показника з використанням різних процедур приведення вихідних показників у вигляд, який можна порівняти [11, ст.18].

Для оцінки механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я у зв'язку з розвитком цифровізації було складено методику розрахунку інтегрального оцінного показника діяльності продуцентів цих послуг при їх інформаційне та телекомунікаційне забезпечення. Розрахунок такого показника здійснюється за наступним алгоритмом:

Перший етап – розробляється збалансована система показників (збалансовану систему показників) для оцінки результатів діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я при відповідному інформаційному та телекомунікаційному забезпеченні.

Другий етап – проводиться збір статистичних даних та даних фінансової звітності продуцентів послуг охорони здоров'я з метою створення

дослідницької бази для подальшого аналізу результатів їхньої діяльності.

Третій етап - розрахунок збалансованих показників оцінки результатів діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я за чотирма складовими збалансовану систему показників (фінанси, одержувачі послуг, внутрішні бізнес-процеси, навчання та розвиток персоналу), які надають послуги в системі інформаційних та телекомунікаційних технологій.

Четвертий етап – приватні показники групуються за ознаками максимуму (наприклад, норматив фінансового забезпечення) та мінімуму (наприклад, лікарняна летальність).

П'ятий етап – проводиться нормалізація приватних показників, тобто приведення їх до єдиної шкали оцінки для сумісності їх максимальних та мінімальних значень за формулами.

При нормуванні показників, тобто приведення показників до єдиної шкалою оцінки, розраховуються величини відхилень фактично отриманих показників від цільових (планових), потім провадиться коригування показників з урахуванням коефіцієнтів вагомості, що відбивають їх відносну значимість. Визначення коефіцієнтів вагомості проводиться методом простого ранжирування, що передбачає застосування адаптивного принципу оцінки, тобто значущість індикаторів може бути встановлена експертами залежно від очікувань зацікавлених учасників (продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та населення). Всім показникам призначаються вагові коефіцієнти так, щоб сума коефіцієнтів дорівнювала фіксованому числу [26, ст.119].

Шостий етап - розрахунок інтегрального показника оцінки діяльності продуцентів у сфері охорони здоров'я, які надають послуги на базі цифрової економіки з урахуванням чотирьох складових збалансовану систему показників методом підсумовування отриманих значень.

Вимоги до інтегральної оцінки діяльності продуцентів, які надають послуги на основі інформаційних та телекомунікаційних технологій:

- Комплексність (аналіз усіх складових збалансовану систему показників ефективності діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я);

- Відповідності (показники, що використовуються для оцінки, фактично повинні відображати ефективність діяльності продуцента послуг);
- Досяжність (можливість кількісного розрахунку);
- Достатність (можливість розробки висновків щодо ефективності продуцента послуг у сфері охорони здоров'я на основі збалансованої системи показників);
- Доступність (низькі витрати для розрахунку інтегральної оцінки показників ефективності);
- Достовірність (використання джерел інформації, що виключають можливість спотворення даних);
- Сумісність показників оцінки ефективності країв (областей) країни.

Отже, мета інтегральної оцінки полягає в тому, щоб не лише оцінити показник збалансованої системи показників ефективності діяльності продуцента послуг окремо, а також тому, щоб на основі розрахованих значень усіх показників визначити якийсь показник, величина якого дозволить судити про результат «загалом».

Інтегральна оцінка - середньозважена сума одиничних показників з урахуванням вагових коефіцієнтів, визначених за допомогою експертних оцінок. Основним недоліком при використанні експертної оцінки є зміна значень вагових коефіцієнтів, усуненням якого є збільшення числа опитуваних експертів. Завдяки обліку значущості одиничного показника інтегральний показник дає більш точну оцінку ефективності діяльності продуцента послуг з охорони здоров'я [39, ст.100].

Потреба у проведенні інтегральної оцінки ефективності діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я пов'язана з тим, що приватні показники, характеризуючи ті чи інші явища, не повною мірою дають комплексне уявлення про явище, що вивчається.

Таким чином, розроблена методика інтегральної оцінки результатів діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я при їх інформаційному та комунікаційному забезпеченні надання послуг, що дозволяє оцінити механізм

управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я за допомогою цифрової економіки, з більшою точністю врахувати значимість окремих показників збалансовану систему показників при використанні інформації, отриманої від продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я.

Інтегральний показник як інструмент оцінки ефективності діяльності визначається потребою продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та дозволяє виявити можливість розвитку та прийняття рішень про пріоритетні напрямки інвестицій у їх діяльність для підвищення соціальної доступності та якості послуг.

## **2.2. Концептуальна архітектура інформаційної системи впливу на населення для охорони здоров'я при карантинних обмеженнях**

Послуги сфери охорони здоров'я мають нечітку кількість суб'єктів, які користуються ними постійно, спрямовані на забезпечення повноцінної життя діяльності населення, виявляються продуцентами різної форми власності. Для об'єднання вирішення таких різноманітних завдань запропоновано цифрова платформа для моделі надання послуг охорони здоров'я сучасні умови.

Застосування інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я сприяє зростанню якості управління, ефективності, доступності та якості послуг. В умовах медійності економіки рішення проблеми нерівності доступу до послуг охорони здоров'я можна досягти на основі розвитку цифрових платформ для надання цих послуг у напрямку вдосконалення технічних можливостей забезпечення загальної доступності, точності та швидкості діагностики захворювань, підвищення рівня використання компетентності спеціалістів.

Під цифровою платформою послуг охорони здоров'я розуміється система алгоритмізованих взаємовигідних взаємовідносин значної кількості організацій державного сектору та некомерційних організацій сфери послуг охорони здоров'я, що виконуються в єдиному інформаційному просторі, що призводить до зниження транзакційних витрат рахунок застосування пакету цифрових

технологій роботи з даними та реорганізації системи розподілу функціоналу учасників [43, ст.65].

Інформаційна система побудована на основі триланкової архітектури: клієнт – сервер додатків – сервер баз даних. Крім того, містить два спеціалізованих інформаційних модуля з відповідним функціоналом. Аналітичний модуль призначений для обробки збалансованих показників та агрегуючий, який займається консолідацією оброблених даних, та виконує функцію обміну цими даними із регуляторами.

У запропонованій моделі відображено механізм взаємодії регуляторів та фондів із закладами охорони здоров'я. Принцип дії наступний, автоматизованому режимі інформаційна система регуляторів може отримувати агреговані дані за збалансованими показниками певного ними закладу охорони здоров'я, проводити їхній аналіз. Потім на основі проведеного аналізу виробляти рішення або надавати допомогу при ухваленні рішення щодо надання фінансової, інформаційної підтримки цього підприємства.

В архітектурі передбачена зона обмеженого доступу, яка містить внутрішні та загальнодоступні послуги, так звана демілітаризована зона. Основним її функціоналом є створення додаткового рівня безпеки у локальній мережі, який у свою чергу дозволить зменшити збитки при кібер атаці на один із загальнодоступних сервісів. В якості загальнодоступного сервісу може бути, наприклад, веб-сервіс: забезпечує його сервер, який фізично розміщений у локальній мережі (інтернет), повинен відповідати на будь-які запити із зовнішньої мережі (інтернет), якщо цьому інші локальні ресурси (наприклад, файлові сервери, робочі станції) необхідно ізолювати від зовнішнього доступу [58, ст.134].

Проксі-сервер - проміжний сервер між користувачем та цільовим сервером, який надає клієнтам можливість виконувати непрямі запити до інших мережним службам та отримувати відповіді, а також захищає комп'ютер клієнта від деяких мережних атак. Для забезпечення надійної працездатності аналітичних модулів інформаційних систем регуляторів та установи охорони

здоров'я необхідно провести комплекс інтеграційних заходів.

Варто наголосити, що при побудові запропонованої моделі закладено принцип «відкритості входу», тобто будь-який медичний заклад з відповідним програмно-апаратним забезпеченням може бути інтегровано в єдину інформаційну мережу. Основні функціональні вимоги наведені нижче:

1. Можливість інтеграції з ІС інших лікарень та фондів.
  2. Програмний доступ API для підключення сторонніх ІС.
  3. Інтернет-диспетчерська, додатковим функціоналом якої є можливість віддалено оцінити роботу та подати скаргу (за ідентифікатором, що підтверджує, що він отримував послугу у цьому підрозділі).
  4. Автоматичний розрахунок показників ефективності (при поданні скарг).
  5. Формування звітів за різними критеріями (параметрами/показниками).
  6. Рекомендаційна система для фахівців (лікарів), що обслуговує персоналу для адміністраторів з метою підвищення показників на основі аналітичного модуля.
  7. Історія призначень в особистому кабінеті пацієнта.
  8. Аналіз фізичного стану споживачів на основі застосування штучного інтелекту, який дозволяє на ранній стадії виявляти та структурувати категорії пацієнтів: від «не потребують постійного медичного спостереження» до «вимагають високотехнологічного медичного втручання».
  9. Аналіз збалансованих показників ефективності функціонування установи охорони здоров'я для вирішення питання щодо його фінансування.
  10. Надання відповідної підтримки установі на основі аналізу показників.
- Особливо необхідно звернути увагу на алгоритм роботи модуля контролю збалансованих показників закладів охорони здоров'я. Незважаючи на певні стандарти функціонування організації, слід враховувати особливості надання послуг продуцентів, починаючи від місця розташування, кваліфікації персоналу тощо, закінчуючи технічною оснащеністю [69, ст.50].

Таким чином, у рамках даної інформаційної системи має бути надано можливість ухвалення рішення про проходження сигналу з відхиленнями від

заданих параметрів, причому допуск відхилення визначений заздалегідь не є критичним і внесений до програми. З одного боку, це допоможе досягти адаптивності функціонування інформаційної системи до зовнішніх впливів в цілому, захистить від хибних спрацьовувань та блокування системи, з іншого боку. Саме для цього вбудовано блок «підпрограма підтримки ухвалення рішення».

Побудова таких цифрових платформ для розвитку послуг охорони здоров'я має стати першочерговим завданням у країні та можливо на основі:

- Реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я через органи управління охороною здоров'я суб'єктів України у регіоні (області) країни;

- Впровадження економічних методів під час реалізації концептуального підходу до регулювання сфери послуг охорони здоров'я: субсидування виконання державних завдань, тарифна політика у системі, оподаткування, кредитування, а також поділ функцій планування між державним центром та краями (областями): центру – розробку єдиних методичних підходів, краям (областям) – планування обсягів послуг охорони здоров'я;

- Розвитку продуцентів послуг з охорони здоров'я різних форм власності з визначенням ніші кожному за них над ринком послуг;

- Паспорти національної програми «Цифрова економіка України», затвердженого. Президією Ради при Президентові України зі стратегічного розвитку та національних проектів від 24.12.2018 р. (протокол № 16);

- Формування та розвитку інфраструктури продуцентів послуг сфери охорони здоров'я на основі державно-приватного партнерства, застосовуючи моделі Operation License, яка передбачає право приватного партнера на надання послуг протягом терміну, обумовленого в угоді державно-приватного підприємства, або моделі, що передбачає фінансування, проектування, будівництво та експлуатація приватним партнером об'єкта при належній державі праву власності на об'єкт, а також моделі, призначеної для великої кількості інвестиційних проектів в умовах обмеження фінансового забезпечення та поділу ризиків: державний партнер бере він фінансові ризики, а

приватний партнер покриває господарські [71, ст.12].

В рамках проведеного дослідження розроблено клієнто-орієнтовану модель надання послуг в індустрії здоров'я споживачам, які проживають у віддалених та важкодоступних територіях суб'єктів України. Особливістю її функціонування є застосування штучного інтелекту для встановлення діагнозу та прийняття рішення в діапазоні: що потребує медичного супроводу до негайної госпіталізації. Проведення інституційної реформи охорони здоров'я України спричинило суттєвого скорочення медичних закладів різного профілю.

Особливо гостро проблема надання якісних послуг торкнулася сільських районів, мало населених та віддалених територій. Для зменшення негативних наслідків процесу оптимізації мережі закладів охорони здоров'я пропонується модель цифрової платформи для надання послуг охорони здоров'я інформаційної підтримки всіх учасників процесу надання послуг. Переваги від розширення інформаційної інфраструктури та впровадження інтелектуальних алгоритмів системи такого призначення очевидні:

1. Можливість віддаленого надання послуг з охорони здоров'я (економія бюджету за рахунок скорочення витрат на утримання фельдшерських та медичних пунктів у малих населених пунктах).

2. Рання діагностика захворювань.

3. Самообслуговування пацієнтів.

4. Оперативність у прийнятті рішення.

Для технічного забезпечення передачі даних пропонується задіяти космічне угруповання супутників, які мають резервні канали для передачі додаткових обсягів інформації, велику зону покриття території країни, розгалужену мережу наземної апаратури прийому-передачі, а також здатні забезпечувати стабільність роботи каналів комунікації. Модель дає можливість брати участь у наданні послуг організаціям державного сектору охорони здоров'я та некомерційним продуцентам розглянутих послуг, що здійснюються в єдиному інформаційному середовищі [9, ст.18].

Відмінна риса запропонованої моделі полягає у можливості застосування

поряд з експертною постановкою діагнозу фахівцем інтелектуальних алгоритмів. Для автоматизації процесу постановки діагнозу в сучасних медичних інформаційних системах застосовуються алгоритми на основі технологій отримання знань – Data Mining. В даний час відомо багато експертних систем для встановлення медичних діагнозів. Принцип побудови базується на основі правил, що описують поєднання виражених симптомів різних захворювань, що дозволяє не тільки поставити коректний діагноз, а й виробити тактику лікування пацієнта.

Підбираються кошти медикаментозного впливу, визначаються показання - протипоказання, необхідність лікувальних процедур, а також симптоматику одужання при виконанні призначеного курсу лікування. Таким чином, технології Data Mining дозволяють виявляти в медичних даних шаблони, що становлять основу зазначених правил. Перевага надається Data Mining через досить великої кількості методів та алгоритмів, в основі яких лежать розробки на базі досягнень прикладної статистики, розпізнавання образів, методів штучного інтелекту, теорії баз даних.

Застосування нейромережевої парадигми в даній моделі буде обмежене необхідністю мати великий обсяг навчальної вибірки, що вимагатиме збільшення продуктивності та обчислювальної потужності інформаційної системи та великого часу на обробку. Крім того, натренована нейронна мережа є чорним ящиком і має високу вартість. На думку фахівців, знання, які зафіксовані, як ваги кількох сотень нейронних зв'язків не піддаються аналізу та інтерпретації людиною.

Накопичені дані з описом симптомів та вже поставленими діагнозами обробляються автоматичними алгоритмами. З наявного масиву даних відбирається набір даних для побудови кластерів рішень (зазвичай від 85 до 95% даних використовуються для навчання, а 5-15% для перевірки якості навчання). Після навчання інформаційна система здатна автоматично надавати інформаційну підтримку під час встановлення діагнозу.

Важливою складовою цього алгоритму є можливість оновлення

інтелектуальних алгоритмів, які постійно вдосконалюються та охоплюють нові галузі діагностики захворювань. Наприклад, в Україні запропоновано оригінальний алгоритм постановки первинного діагнозу ішемічної хвороби серця (ІХС) для програми експертної системи "АРМ Кардіолог" на основі використання телекомунікаційних технологій. Крім того, можливий автоматичний розрахунок змін збалансованою системи показників оцінки надання послуг для конкретного пацієнта режимі реального часу, що дозволяє досягти високої клієнтської орієнтованості продуцента послуг [16, ст.64].

Ще однією важливою особливістю, яка стала ключовим компонентом в запропонованій моделі, є можливість віддаленого надання послуг охорони здоров'я за допомогою клієнтських пристроїв, а саме смартфонів, планшетів та персональних ПК. Це підвищує автономність та мобільність одержувача послуг з охорони здоров'я. На основі інтелектуальних алгоритмів проводиться автоматизоване консультування пацієнта та автоматичний добір рекомендацій. Всі оброблені дані інформаційна система зберігає у внутрішньому сховищі для подальшої обробки. На основі цих даних проводиться навчання інтелектуальних алгоритмів для вироблення рекомендацій, постановки діагнозів та іншого [22, ст.45].

Клієнто-орієнтована модель надання послуг з охорони здоров'я споживачам віддалених та важкодоступних територій сполучається з програмою медійності України за всіма ключовими напрямками розвитку соціально-економічної сфери країни. Обсяг фінансування якої складає на період до 2024р. 1,8 трлн грн. Це дозволяє розглядати цю програму як джерело фінансування розробленої моделі.

### **2.3. Розвиток системи державної підтримки організацій сфери охорони здоров'я в умовах адаптації до карантинних обмежень**

Державна підтримка діяльності продуцентів сфери послуг охорони здоров'я включає безліч елементів, що знаходяться в взаємозв'язку між собою, її саму правомірно можна розглядати як систему. Послуги сфери охорони

здоров'я мають необмежене коло суб'єктів, які користуються ними, сконцентровані на забезпеченні загальнозначущої спрямованості розвитку країни, в якій задіяні продуценти послуг різної форми власності.

Некомерційні організації сфери охорони здоров'я, які беруть участь у розвитку цифрової економіки є соціально - орієнтованими (тобто пом'якшують існуючу соціальну потребу у послугах сфери охорони здоров'я, орієнтовані на потреби споживача послуг), мають інноваційну спрямованість (застосовують нові підходи при наданні послуг за допомогою інформаційних технологій), фінансово стійкі (використовують кошти за цільовим призначенням, раціонально використовують доходи, отримані від господарської діяльності), прагнуть до взаємин на рівні партнерських відносин із споживачами щодо їх обслуговування та задоволення потреб при наданні послуг.

Проаналізувавши дані Національної служби державної статистики, можна відзначити зростання кількості зареєстрованих некомерційних організацій з 2011 по 2019 р. на 18,16%, у тому числі надають послуги у сфері охорони здоров'я. У 2019 р. у сфері охорони здоров'я, профілактики та охорони здоров'я, пропаганди здорового способу життя працювало 41,5% некомерційних організацій у сфері охорони здоров'я від загального кількості некомерційних організацій. Державна підтримка діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я [38, ст. 109]. Ціль державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, які беруть участь у розвитку цифрової економіки – формування умов для розширення участі некомерційних організацій у наданні послуг у сфері охорони здоров'я:

- Організаційно-економічна: реалізація державних та регіональних цільових програм сфери охорони здоров'я, наприклад, цільова державна програма "Розвиток охорони здоров'я в Україні", затверджена постановою Уряду України від 15 квітня 2014 р. № 294; покращення інфраструктури продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я, створення телемедичної інфраструктури на державному, крайовому та муніципальному рівні, передача у володіння чи користування державного або муніципального майна, що

використовується при наданні послуг з за допомогою інформаційних технологій. - Фінансова: бюджетне фінансування програми державних гарантій надання одержувачем послуг безкоштовно, фінансування державних замовлень, асигнування цільовим призначенням виконання державних цільових програм, субсидування окремих напрямів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, у тому числі надання соціальних послуг при використанні інформаційних та комунікаційних технологій, державні інвестиції в модернізацію продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, які надають послуги з за допомогою інформаційних технологій, пільгове оподаткування.

Кадрова: підготовка та перепідготовка спеціаліста в системі безперервної професійної освіти (корекція компетентності фахівця з використанням дистанційної освіти з урахуванням виявленого рівня її кваліфікації); іпотечне кредитування при покупці житла спеціаліста.

Інформаційно-технічна: централізована модель організації інформаційних систем у охороні здоров'я: створення інформаційно-комунікаційних мереж та єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я, у тому числі створення особистого кабінету одержувача послуг (інформаційні послуги: відомості про поліс, про прикріплення до продуцента послуг охорони здоров'я, про надані послуги та їх вартість).

Державна підтримка діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я – це сукупність конкретних елементів державної підтримки сфери охорони здоров'я, взаємопов'язаних між собою (включає в себе законодавчу, організаційно-економічну, фінансову, інформаційну, консультаційну та кадрову підтримки). Законодавчо-нормативна підтримка некомерційних організацій аналізованої сфери здійснюється у вигляді розробки професійних стандартів та методичних рекомендацій, що регламентують порядок надання послуг охорони здоров'я [40, ст.114].

Реалізація цільової державної програми «Розвиток охорони здоров'я України» за напрямом інформатизація охорони здоров'я та створення єдиної інфраструктури на державному, крайовому та муніципальному рівнях є

формою організаційно-економічної підтримки. Даний напрямок включає консультаційну підтримку, яка може здійснюватись у вигляді: створення консультаційного відділу при Міністерстві охорони здоров'я України, компенсації витрат, вироблених некомерційними організаціями та документально підтвердженим на оплату консультаційних послуг.

Залучення некомерційних організацій сфери охорони здоров'я на виконання програми державних гарантій безкоштовного надання їх послуг одержувачам – є також формою організаційно-економічної підтримки. З одного боку, це сприяє формуванню та розвитку ринку послуг охорони здоров'я, з іншого, буде стимулом для залучення додаткових джерел фінансування у межах позабюджетної діяльності.

Фінансова підтримка здійснюється у вигляді бюджетного фінансування програми державних гарантій надання отримувачам послуг безплатно; фінансування державних замовлень, асигнування на реалізацію державних цільових програм; субсидування окремих видів діяльності продуцентів послуг (у тому числі з використанням інформаційно-комунікаційних технологій); інвестицій у модернізацію сфери охорони здоров'я; пільгового оподаткування та створення пільгових умов для отримання кредитів за низькими відсотковими ставками [59, ст.17].

Кадрова підтримка – професійна підготовка та перепідготовка фахівців, корекція їхньої компетентності з використанням дистанційної освіти з урахуванням виявленої недостатності рівня кваліфікації (у тому в числі використання сучасних цифрових технологій). Основним напрямом державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, які беруть участь у розвитку цифрової економіки є інформаційно-технічна підтримка.

Інформаційно-технічна підтримка некомерційних організацій сфери охорони здоров'я здійснюється у вигляді створення інформаційно-телекомунікаційних мереж та інформаційної інфраструктури на державному, крайовому та муніципальних рівнях із забезпеченням їх безперебійного функціонування.

Національний закон «Про внесення змін до окремих законодавчих акти України з питань використання інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я» від 29.07.2017 р. № 242-ЗУ вносить зміни до Національного закону «Про основи охорони здоров'я громадян України», зазначено в ст. 2 поняття «телемедичні технології», в ст. 36 – особливості надання послуг за допомогою телемедичних технологій, ст. 91 – інформаційне забезпечення у сфері охорони здоров'я, у рамках єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я. Інформаційно-технічна підтримка вирішить такі завдання:

- Підвищення ефективності діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я під час прогнозування та планування витрат на надання послуг сфери охорони здоров'я, а також контролю з боку держави за дотриманням гарантій щодо обсягу та якості надання послуг даної сфери;

- Підвищення якості надання послуг у сфері охорони здоров'я, соціальних послуг на основі розвитку інформаційного та комунікаційного забезпечення діяльності продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я;

- Підвищення поінформованості одержувачів послуг з питань якості обслуговування у некомерційних організаціях, отримання послуг сфери охорони здоров'я та соціальних послуг, а також використання інформаційного та комунікаційного забезпечення при взаємодії з уповноваженими органами.

У рамках реалізації інформаційно-технічної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, які беруть участь у розвитку цифрової економіки здійснюються такі заходи:

- Оптимізація стандартизації у сфері інформатики на основі «Концепції створення єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я», затвердженої 28.04.2011 р. № 364 [62, ст.30];

- Організація доступу некомерційних організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я до мережі користування інтернетом з урахуванням вимог інформаційної безпеки;

- Впровадження в діяльність некомерційних організацій сфери охорони здоров'я сучасних інформаційних систем;

- Популяризація використання інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я;
- Інтеграція програмних рішень надання послуг сфери охорони здоров'я персоналом на основі сучасного інформаційного та комунікаційного забезпечення;
- Реалізація електронних освітніх курсів при безперервному професійну освіту персоналу;
- Створення експертних систем та застосування їх як інструменту формального логічного контролю з боку спеціаліста-консультанта при дистанційному консультуванні у форматі «фахівець» - «фахівець-консультант» (дистанційна взаємодія фахівців для вирішення питань, пов'язаних з наданням послуг);
- Забезпечення безперебійної роботи прикладних компонентів інформаційної системи з метою використання інформаційних технологій, систем електронного документообігу та ведення карт одержувачів послуг у електронному вигляді.

За даними Міністерства охорони здоров'я України до 2016 р. автоматизації робочих місць фахівців досягли в 18 регіонах цей показник становить 60-79%. Найменша кількість автоматизованих робочих місць фахівців знаходиться в Автономній Республіці Крим, у Донецькій та Луганській області (менше 19%) до 2018р. Загалом 83 суб'єкти України впровадили інформаційні системи, зокрема 14 суб'єктів України – початковий рівень, 55 суб'єктів України – базовий рівень, 14 суб'єктів України - розширений рівень [70, ст.89].

Четвертина продуцентів послуг використовують розширений рівень інформаційної системи, яка включає: ведення електронної медичної картки, взаємодії з що забезпечують інформаційними системами продуцента послуг, взаємодії з аналітичними системами та системами прийняття рішень. Близько 40% продуцентів послуг підключено до телемедичних комплексів, 70% продуцентів послуг надають можливість записатися на прийом до спеціалісту

через інформаційну систему.

Однак із переходом економіки на цифровий вектор розвитку змінюються умови експлуатації програмно-апаратного комплексу. З'являється негайна необхідність у побудові сучасної інформаційної системи, яка може сполучатися з діючою цифровою платформою. Її функціонування може бути описане мовою UML з за допомогою діаграми варіантів використання.

За наслідками надання послуги автоматизована система виробляє розрахунок збалансованих показників, що зберігаються в агрегованому вигляді у своїй базі даних. За допомогою спеціальних модулів-конекторів з бази даних інформація може бути вивантажена регуляторам на запит від них інформаційної системи у двох варіантах: за розкладом чи на вимогу.

Таким чином, реалізація напрямів державної підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я дозволить успішно функціонувати єдиній інформаційній системі у сфері охорони здоров'я, підвищить доступність та якість послуг сфери охорони здоров'я, задовольнить потреба споживачів у високотехнологічних видах послуг.

У цьому розділі досліджено питання інформаційної підтримки вітчизняних продуцентів послуг з охорони здоров'я:

1. Дано інтегральну оцінку результатів діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я на платформі інформаційно-комунікаційних технологій.

2. У ході дослідження розроблено триланкову архітектуру моделі інформаційної системи для надання продуцентами якісних послуг у досліджуваній сфері діяльності.

3. Розроблено модель надання послуг з охорони здоров'я споживачам віддалених та важкодоступних територій на основі інтелектуальних алгоритмів.

4. Систематизовано та структуровано ключові напрями підтримки некомерційних організацій сфери охорони здоров'я, які беруть участь у формуванні та розвитку цифрової економіки державою, що підвищить якість послуг, їх соціальну значимість та доступність для споживачів.

## РОЗДІЛ 3

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ГУМАНІТАРНОЇ ПОЛІТИКИ В НАДАННІ ПОСЛУГ ОХОРОНИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Аналіз стану забезпеченості споживачів, що проживають у різноманітній територіальності під час карантинних обмежень**

Одним із завдань сфери охорони здоров'я є дотримання єдності в надання послуг їх споживачам, які проживають у сільській та міській місцевості. Для системи надання послуг їх споживачам – мешканцям віддалених районів України характерна обмежена доступність послуг.

Обертання споживачів, які проживають у віддалених районах країни, за послугами охорони здоров'я значно нижче, ніж міських. При цьому, чим віддалені від продуцента послуг знаходиться в селище, тим рідше одержувачі послуг звертаються до спеціалістів. Основний обсяг послуг надається фахівцями загальної практики та спеціалістами із середньою освітою. Отримувач послуги (мешканець села) витрачає на відвідування продуцента послуг значно більше часу, ніж місцевий житель. Інфраструктура сільських продуцентів послуг гірша, ніж міських, нижче кваліфікація спеціалістів [8, ст.21]. Особливості надання послуг їх споживачам, які мешкають у селі, – значна децентралізація процесу надання послуги амбулаторно та виражена централізація стаціонарна. Основний кадровий ресурс на селі – спеціалісти із середньою освітою. Фахівці з вищою освітою в більшою мірою сконцентровані у районних та крайових продуцентах послуг. Тому, проблеми надання послуг у сільській місцевості вкрай актуальні.

На методи роботи сільських продуцентів послуг впливає різноманітність факторів, що визначають відмінності у наданні послуг їх одержувачам, які

проживають у сільській та міській місцевості, які рекомендуємо класифікувати за такими показниками:

1. Забезпеченість споживачів продуцентами послуг.
2. Укомплектованість фахівцями.
3. Щільність населення.
4. Віддаленість населених пунктів від крайових центрів.
5. Транспортна інфраструктура.
6. Інформованість пацієнтів про послуги із застосуванням нових ІТ технологій при наданні послуг.
7. Матеріально-технічна оснащеність продуцентів послуг села.
8. Інформатизація продуцентів послуг.

У наступні роки основною особливістю організації надання послуг їх одержувача (жителям села) стає етапністю їх надання. Умовно виділяють три етапи надання послуг їх отримувачам [12, ст.52].

Перший етап – сільська ділянка. Продуцентами послуг є: дільнична лікарня, фельдшерський пункт, фельдшерсько-акушерські пункти освітні установи. На цьому етапі споживачам надають послуги спеціалісти із середньою освітою.

Другий етап – продуценти послуг муніципального району: центральні районні лікарні та районні лікарні, які надають спеціалізовані послуги.

Третій етап – крайові продуценти послуг з охорони здоров'я: крайові (державні, обласні, міські) лікарні (медичні центри). На цьому етапі надають високотехнологічні, спеціалізовані послуги. Первинні послуги для наближення до території проживання отримувачів послуг організують за територіально-дільничним принципом.

Сьогодні такий підхід надання послуг переглядається. В ході реалізації програми модернізації охорони здоров'я необхідно вибудувати єдину систему надання послуг міському та сільському населенню, яка складатиметься з трьох рівнів:

- Третій рівень – продуценти послуг, які надають послуги амбулаторно;

- Другий рівень – продуценти послуг, що надають послуги амбулаторно та стаціонарно;

- Перший рівень – продуценти послуг краю (області), що надають послуги амбулаторно та стаціонарно.

Розглянемо показники, що характеризують сільську охорону здоров'я, на прикладі України, далекосхідного регіонального округу та Львівської області. У 2018р. частка населення далекосхідному державному окрузі дорівнювала 4,1% від загальної чисельності населення України, за низької щільності населення - менше 1 чол./км<sup>2</sup>) населення (в Україні щільність населення – 8,56 чол./км<sup>2</sup>). Зберігалася тенденція до зниження чисельності населення в окрузі, кількість прибула до Львівської області за період з 2017 по 2018 роки. Знизилося на 4,06% та становило на 01.01.2019р. 53212 осіб, а кількість людей, що вибули знизилося на 1,70% і становило на 01.01.2019р. 58143 особи.

Загальна кількість продуцентів послуг охорони здоров'я з 2005 по 2019 р. скоротилося на 55,4%, становлячи на 01.01.2020 р. 5257. Порівняно з 2017 у 2018р. в Україні у сільській місцевості загальна кількість продуцентів послуг охорони здоров'я знизилося на 1,4%, становить 982, далекосхідному регіональному окрузі – на 17,47%, у Львівській області – на 4,12% [21, ст.187].

Зниження кількості продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я сталося за рахунок так званої «оптимізації» структури мережі продуцентів послуг охорони здоров'я, які надають послуги у сільських населених пунктах України. Скорочення мережі сільських продуцентів послуг охорони здоров'я призвело до того, що багатьом одержувачам послуг – мешканцям сільській місцевості виявилися недоступними послуги охорони здоров'я. Це значне погіршення якості життя та реальна загроза здоров'ю населення віддалених районів.

Збільшився період очікування планових госпіталізацій до 1,5 місяців, планового амбулаторного відвідування спеціаліста загальної практики – до 2 тижнів, а спеціаліста вузького профілю – від 1 до 1,5 місяців. Збільшення потреби в госпіталізації демонструє недостатнє виявлення одержувачів послуг з хронічними захворюваннями, роботу амбулаторної ланки та пізніше їх

направлення до фахівця.

Добова летальність збільшилась на 8%, від 1 до 3 діб - на 12%, що відображає пізні звернення за послугою. Збільшення часу очікування на амбулаторні послуги вказує на недостатню їх доступність, а зниження часу надання послуги спеціалістом загальної практики з 12 хвилин до 9,4 хвилин може позначатись на якість наданої послуги.

З метою збільшення пропускної спроможності відділення стаціонару середнє перебування одержувача послуг на ліжку знизилось з 15,9 до 10,7 (ліжко/днів). Одержувачі послуг із хронічними захворюваннями виписувалися з покращенням стану здоров'я, проте їм потрібно амбулаторне спостереження показників стану здоров'я для повної реабілітації:

1. Розвиток охорони здоров'я як цілісної організаційно-економічної системи. Система є єдиною, складається з рівноправних суб'єктів – систем охорони здоров'я, що означає державну цілісність, розмежування повноважень та роль місцевих органів та продуцентів послуг у єдиної державної системи законів та загальноприйнятих принципів та норм міжнародного права.

2. Соціальна спрямованість системи охорони здоров'я здійснюється у вигляді забезпечення гарантії охорони здоров'я, тобто державної підтримки сім'ї, материнства, батьківства та дитинства, інвалідів та літніх людей.

3. Економічна ефективність системи полягає у перевищенні отриманих результатів, виражених у матеріально-грошовому еквіваленті над вкладеними засобами, зберігаючи здоров'я отримувача послуги та збільшуючи трудовий ресурс товариства.

4. Система має гуманістичний характер, що означає забезпечення та захист прав споживачів при отриманні послуг щодо реалізації державні гарантії надання безкоштовних послуг.

5. Основною цінністю системи охорони здоров'я є здоров'я, як стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а чи не лише відсутність хворіб чи фізичного дефекту, тобто невід'ємне право отримувача послуги. 6. Основна мета системи – досягнення максимально можливого

потенціалу здоров'я кожним одержувачем послуги та підвищення якості життя, тобто оптимального стану та ступеня сприйняття окремими одержувачами послуги і населення загалом того, як задовольняються їх фізичні, соціальні та емоційні потреби, та надаються можливості для досягнення благополуччя та самореалізації [30, ст.91].

7. Принципами системи охорони здоров'я в Україні є: державний характер, профілактична спрямованість, загальнодоступність кваліфікованих послуг, планування та прогнозування, наукова обґрунтованість та доказовість. Таким чином, основний напрямок державної політики у сфері охорони здоров'я це гарантоване забезпечення споживачів якісними послугами.

Принципами формування державних гарантій надання безкоштовних послуг є: законодавче регулювання у рамках програми державних гарантій та зв'язок фінансових показників з якістю послуг. В даний час послуги сфери охорони здоров'я розвиваються в умовах ринкових відносин. Формування вітчизняного ринку послуг відбувається у складних фінансово-економічних умовах у сфері охорони здоров'я немає балансу державних гарантій надання послуг за їх фінансовим забезпеченням, результатом цього стає нерівність у доступності послуг та збільшення платності послуг.

Можна відзначити структурну неефективність галузі, низький рівень матеріально-технічного забезпечення продуцентів послуг; низький рівень кваліфікації фахівців, особливо у віддалених територіях, та його мотивації; недостатню ефективність чинної системи; переважання адміністративних методів управління галуззю над економічними методами; переважання дорогих видів послуг; відсутність оптимальної етапності надання послуг, збереження високого рівня зносу основних виробничих фондів [47, ст.60].

При цьому відсутні нормативи фінансового забезпечення послуг, наданих продуцентами послуг, та розрахованих за стандартами відповідним обсягом послуг з урахуванням крайових (обласних) особливостей. Якщо в найближчі роки не модернізувати діючий механізм послуг аналізованої сфері, то недоліки переростуть у хронічні, призведуть до занепаду охорони здоров'я.

У сфері послуг охорони здоров'я продовжуються реформи у вигляді реструктуризації ліжкового фонду продуцентів послуг, впровадження стаціонарно-замінних технологій, політики ресурсозбереження, планової заміни обладнання у зв'язку з фізичним та моральним зносом. Але ці заходи торкаються лише муніципальних продуцентів послуг, не торкаючись багатопрофільні крайові та обласні центри, де формується основна частина ресурсного споживання галузі території загалом. Економічна модель сфери послуг охорони здоров'я краю будується на основі традиційних підходів до планування видів та обсягів послуг без урахування демографічного прогнозу.

Реалізована політика держави у сфері охорони здоров'я не забезпечує повною мірою права громадян на безкоштовне обслуговування у державних (муніципальних) організаціях охорони здоров'я, які закріплені законодавчо. Вкладені інвестиції у сферу охорони здоров'я не можуть покращити ситуацію, оскільки заходи, які проводилися, не були ефективними організаційно та економічно.

Основою концептуального підходу до державного регулювання сфері послуг охорони здоров'я є дотримання прав громадян на збереження покращення здоров'я, отримання доступних висококваліфікованих послуг. Реалізація права одержувачів послуг з охорони здоров'я здійснюється шляхом державного регулювання цієї сфери, включаючи розробку законодавчих актів, що регулюють організацію та функціонування державного та недержавного секторів сфери охорони здоров'я.

Як економічні важелі, стимули та інструменти концептуального підходу до державного регулювання у сфері послуг охорони здоров'я використовуються: податкові пільги, прискорені норми амортизації; національні проекти; штрафи; орендні ставки; винагороди; пільгове кредитування, цінове та тарифне регулювання, створення цифрових платформ лише на рівні суб'єктів України. Організаційна взаємодія та бізнес-процеси підприємств охорони здоров'я повинні удосконалюватися з урахуванням можливостей широкопasmового інтернету та переходу на стандарт 5G для

проходження великих обсягів інформації та підвищення швидкості обміну даними, технології блокчейн. Крім того, необхідно враховувати майбутні тенденції розвитку послуг сфери охорони здоров'я, які нерозривно пов'язані з розробками софту для «віртуальної реальності», роботизації, масштабуванням адаптивних інформаційних систем та алгоритмів [55, ст.136].

Застосування концептуального підходу до державного регулювання сфери послуг охорони здоров'я необхідно сфокусувати на наступних основних засадах: віднесення здоров'я громадян до фактору забезпечення державної безпеки; загальність, соціальна справедливість та доступність послуг населенню (задоволення потреб, покращення якості життя); економічна ефективність функціонування продуцентів охорони здоров'я; підвищення якості послуг; профілактична спрямованість діяльності продуцентів послуг, у тому числі єдність практичної діяльності та науки; наступність діяльності продуцентів послуг за їх наданні.

Порівняно з 2017 на 01.01.2019р., у Львівській області середньорічна чисельність фахівців сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг не змінилася і склала 4260 осіб, чисельність фахівців з вищою освітою сфери охорони здоров'я зменшилась на 1,07%, середньомісячна номінальна нарахована заробітна плата спеціалістів сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг збільшилася на 18,47%. При цьому, відзначено зростання укомплектованості фахівцями за період з 2013 по 2018р. на 11,45% (у 2018р. становить 57,4% від кількості посад, що припадають на фахівця), зниження коефіцієнта сумісництва на 11,25% (у 2018р. становить 1,38) [62, ст.148].

За аналізований період у Львівській області обіг продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг, що включає вартість наданих послуг власними силами, збільшилася на 4% і склала на 01.01.2018р. 24514,7 млн. грн; обсяг платних послуг охорони здоров'я та надання соціальних послуг збільшився на 0,1% і становив загальну суму 8085,5 млн. грн.

Порівняно з 2017 р. на 01.01.2019 р. у Львівській області число продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг

збільшилося на 1,91% і становило 853, організації за рахунок збільшення лікарняних організацій на 1,51% та числа амбулаторій на 5,71%; число продуцентів послуг сфери охорони здоров'я державного сектору знизилося на 3,83%, рахунок зниження – на 0,57%, число санаторно-курортних організацій збільшилась на 11,11%, кількість індивідуальних підприємців цієї сфери знизилося на 3,73.

Кількість основних фондів сфери охорони здоров'я зменшилась на 0,33%, а обсяг інвестицій у галузь за 2018р. становив 2,9% від їх загальної кількості. Аналіз забезпеченості фахівцями сфери охорони здоров'я в Україні період із 2013 по 2019р. показує зниження кількості спеціалістів на 6,58%.

На 01.01.2019 р. у сфері охорони здоров'я, працювало 548 818 спеціалістів (лікарів) та 1 224 218 працівників із середньою медичною освітою. У сільській місцевості дефіцит фахівців відзначений у всіх суб'єктах України. При цьому відзначено тенденцію до збільшення чисельності фахівців, які працюють у сільській місцевості, зростання рівня укомплектованості фахівцями за період з 2013 до 2018р. на 6,99% (у 2018р. складає 57,4% від кількості посад, припадають на фахівця) та зниження коефіцієнта сумісництва на 11,25% (у 2018 р. такий коефіцієнт становить 1,42) [68, ст.13].

У Львівській області – збільшилась на 31,78%. Обсяги бюджетних асигнувань на зміцнення матеріально-технічної бази сфери охорони здоров'я Львівської області за період 2017-2018рр. знизилась на 28,25%. Детальний аналіз показує, що зниження відбулося за наступними позиціям:

- На придбання обладнання – на 35,24% (переоснащення обладнанням) автомобілів швидкої медичної допомоги, дитячих поліклінік);

- На виконання капітального ремонту – на 5,25% (відремонтовано 35 продуцентів послуг у сумі 127,4 млн. грн.);

- На виконання заходів щодо забезпечення протипожежної безпеки та антитерористичної захищеності об'єктів охорони здоров'я – на 26,02% (у тому числі, у 13 продуцентах послуг на виконання заходів щодо пожежної безпеки витрачено 17,2 млн. грн);

- У 10 продуцентах послуг на виконання заходів щодо антитерору витрачено 16,8 млн. грн).

На підставі інформації від керівників суб'єктів України, продуценти послуг Львівської області за наявності технічного оснащення не надають послуги з використанням інформаційних технологій у зв'язку з відсутністю достатнього нормативного регулювання. Варто наголосити, що загальне зниження числа комп'ютерів у ряді випадків пояснюється старінням апаратно-технічних можливостей техніки. По-перше, на старих комп'ютерах неможливо використовувати сучасний софт через слабку продуктивність, малий обсяг оперативної пам'яті.

Друга причина. У світлі дії закону ЗУ – 152 «Про персональні дані» від 27.07.2006р. підвищуються вимоги до захищеності всієї мережі та кожного комп'ютера окремо. Для цього треба встановити додатково антивірусне програмне забезпечення, що негативно позначиться на швидкодії комп'ютера, призведе до його зависання через низькі технічні характеристики.

По-третє, через різномірність апаратури виникають проблеми з їх інформаційною та електромагнітною сумісністю, а також з об'єднанням їх у єдину мережу. Причин такого стану справ у галузі інформаційно-технічної підтримки охорони здоров'я багато, виділимо основні з них. В результаті аналізу вище наведених даних, доцільно подати три етапи цифровізації послуг охорони здоров'я.

На першому етапі застосування комп'ютерів для зберігання та обробки даних на рівні відділень, лабораторій окремих лікувально-профілактичних закладів. Носіями інформації служили дискети, знімні дисководи, флеш-картки.

На другому, об'єднання у єдину інформаційну мережу з урахуванням діючих платформ. Наприклад, платформа 1С: Підприємство 8.0. Така інформаційна система призначена для проведення експертизи якості послуг пацієнту. Одним з основних компонентів даної системи були взаємопов'язані бази даних (довідники) спеціалістів, продуцентів послуг, нозологій, райони, завдяки чому здійснюється можливість отримання аналітичних звітів.

Довідники містили статистичну інформацію. Бази даних могли динамічно доповнюватись. Є можливість обміну даними через мережу інтернет.

На третьому етапі, масштабне застосування хмарних технологій, використання широкопasmового інтернету стандарту 5G, збільшення території охоплення користувачів на основі розвитку сервіс-орієнтованої архітектури, впровадження технології блокчейн, роботизація, побудова інформаційної інфраструктури із застосування нових видів послуг (IaaS (інфраструктура як послуга), PaaS (платформа як послуга), SaaS (програмне забезпечення як послуга), нейромереж, а також комплексна підтримка кібер безпеки [1, ст.19].

Усе це створює основу застосування штучного інтелекту, з яким нерозривно будуть пов'язані діагностика захворювань, сам процес надання послуг, планування та прийняття управлінських рішень. Вектор розвитку послуг охорони здоров'я України має поєднуватися зі стратегією цифровізації країни, яка закріплена у Паспорті національної програми «Цифрова економіка України», щоб зайняти гідне місце серед світових лідерів економіки за доби промислової революції [17, ст.80].

Таким чином, аналіз стану забезпеченості споживачів, проживають у віддалених та важкодоступних територіях послугами охорони здоров'я (на прикладі Львівської області) показано:

- Зниження кількості продуцентів послуг сфери охорони здоров'я на 11,12%, яка сталася за рахунок реструктуризації структури мережі продуцентів послуг;
- Обсяг інвестицій у галузь (на 01.01.2018р.) становила 2,1% від їх загальної кількості;
- Зниження чисельності населення у Львівській області на 0,11% (чисельність міського населення Львівської області становить 82,04%, чисельність сільського населення становить 17,96%);
- Кількість послуг, наданих негайно, збільшилось на 23,58%;
- Послуг, наданих амбулаторно, збільшилось на 2,85%;
- Послуг, наданих у стаціонарі, знизилось на 1,5%;

- Чисельність фахівців сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг за рік не змінилася, чисельність фахівців з вищою освітою сфери охорони здоров'я зменшилась на 1,78%, середньомісячна заробітна плата фахівців сфери охорони здоров'я та надання соціальних послуг збільшилась на 4,22%; - Зниження укомплектованості спеціалістами на 0,47%;

- Недостатньо активне використання інформаційно-комунікаційних технологій продуцентами послуг під час надання послуг їх споживачам.

Успішне подолання цих недоліків можливе при використанні розробленого механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я на регіональних цифрових платформах з урахуванням особливостей кожного суб'єкта України.

### **3.2. Реалізація методичного підходу до оцінки гуманітарної політики адаптації та її ефективності на платформі інформаційно-комунікаційних технологій при карантині**

Апробація методичного підходу соціально-економічної ефективності діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я, які надають послуги системних інформаційних технологій, проведена на основі оцінки надання охорони здоров'я продуцента послуг кардіологічного профілю.

Відповідно оцінювалася компетентність фахівця, якість наданих їм послуг охорони здоров'я разом із керівниками продуцента сфери охорони здоров'я, відділу охорони здоров'я адміністрації муніципального району та лікарів МУЗ «Троїцька центральна районна лікарня» Київської області. (у 2015р. установа перейменовано на КДБУЗ «Троїцька районна лікарня» МОЗ Київської області) [25, ст.112].

Техніка ціноутворення на послуги охорони здоров'я, що надаються в умовах цифрової економіки, що реалізується такими методами:

1. За вартістю умовної одиниці (одна сторінка електронної історії хвороби).
2. Погодинна форма оплати роботи спеціаліста.

### 3. За прейскурантом на конкретну послугу.

Три варіанти можуть застосовуватися паралельно, вони рівнозначні та можуть використовуватись залежно від конкретної ситуації. При цьому застосовні дві стратегії ціноутворення: споживча вартість та витрати плюс «вбудована» норма прибутку. Наприкінці зазначимо, що послуги охорони здоров'я, надані за допомогою інформаційних технологій, дійсно мають свою нішу на чинному ринку послуг сфери охорони здоров'я та за певних умов можуть оплачуватись за доступною ціною.

Існує велика кількість показників оцінки ефективності послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки. Самим поширеним способом показового розрахунку ефективності послуг, наприклад, консультацій є порівняльна оцінка. Наприклад, при порівнянні вартості послуги, наданої у вигляді телемедичної консультації одержувача послуги з регіону далекого сходу України в медичному закладі Дніпра та традиційного виїзду одержувача послуги на консультацію до центру регіону (ціни на квитки в Дніпро та назад, проживання у Дніпрі, харчування, послуги консультаційної установи).

Фахівець зацікавлений у мінімізації власних витрат. Об'єктивна оцінка результатів, досягнутих фахівцем за одиницю часу, доцільно характеризувати за допомогою показників продуктивності праці (середньорічного виробітку на одного фахівця). Необхідно врахувати, що надання послуг в умовах цифрової економіки не вимагає, зокрема, постійної присутності спеціаліста-консультанта кабінет консультативної поліклініки [33, ст.95].

Існують методи підвищення ефективності роботи продуцентів послуг, пов'язані із впровадженням інформаційних технологій:

1. Інтенсифікація надання послуг (наприклад, скорочення тривалості перебування одержувача послуги у стаціонарі).

2. Можливість отримати послуги у профільного фахівця суттєво скорочує час діагностичного пошуку та дозволяє уникнути помилок та проведення зайвих діагностичних заходів.

3. Вдається раціональніше використовувати фахівців.

Основними підсумками впровадження моделі забезпечення отримувачів якісними послугами охорони здоров'я на основі корекції компетентності спеціаліста через систему надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій:

- Створено систему моніторингу оцінки діяльності спеціаліста, продуцента послуг у сфері охорони здоров'я;

- Проведено аналіз показників економічної ефективності надання послуг охорони здоров'я у зв'язку з впровадженням нової моделі у роботу продуцентів послуг сфери охорони здоров'я Львівської області. Аналіз витрат показав, що надання послуг охорони здоров'я в умовах цифрової економіки, постійного підвищення компетентності фахівця, витрати будуть меншими, ніж при традиційної моделі надання послуг.

Запропонована модель надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційних та телекомунікаційних технологій та підвищення кваліфікації спеціаліста спрямована на забезпечення одержувачів послугами охорони здоров'я, досягнення їхньої доступності. Важливою відмінністю цієї моделі надання послуг охорони здоров'я від існуючих є можливість здійснення експертизи та корекція дефектів у компетентності спеціаліста.

Надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій сприяє підвищенню якості послуг охорони здоров'я, виключає професійні помилкові судження та дії спеціаліста районного рівня, дає можливість підвищенню професійної компетентності спеціаліста та сприяє прогресивному розвитку послуг охорони здоров'я, які надаються органами охорони здоров'я на крайовому рівні.

Отже, розвиток інформаційно-комунікаційних технологій зумовило зростання ролі послуг у сучасних умовах глобалізації та запеклості конкурентної боротьби у наданні їх одержувачам, які проживають на віддалених та важкодоступних територіях. Одне із завдань, яке необхідно вирішити для створення ефективної системи надання послуг з охорони здоров'я – скорочення розриву в доступності та якості наданих послуг між краями,

містом та селом. Розглядаючи економічну ефективність наданої послуги в умовах цифрової економіки необхідно розмежувати ефективність діяльності продуцента послуги та ефективність надання послуги [49, ст.23]. Таке розмежування пов'язане з такими факторами:

1. Продуценти послуг охорони здоров'я мають різну матеріально-технічну базу, що призводить до різного рівня надання послуг.

2. Конкретна економічна ефективність послуг продуцента охорона здоров'я може сильно відрізнятись від середньо-розрахункової.

3. Не збігаються економічні інтереси одержувача та продуцента послуг охорони здоров'я (наприклад, вигідно госпіталізувати одержувача послуги з незначною травмою, оскільки вартість їх лікування буде мінімальною, одержувач послуги отримує швидкий лікувальний ефект).

Таким чином, для управління економічними інтересами продуцентів послуг сфери охорони здоров'я потрібна інтегральна оцінка їхньої діяльності. Існують «три основні моделі управління якістю послуг» у сфері охорони здоров'я різних країн: «бюрократична, професійна та індустріальна».

Бюрократична модель ґрунтується на ієрархічний метод управління. За цієї моделі кожному продуценту послуг охорони здоров'я необхідні ліцензія та сертифікат державного зразка. Вищі організації здійснюють регулярні перевірки діяльності продуцентів послуг із використанням методів статистичного аналізу. Показниками якості послуг є: надання послуг у відповідність до стандартом, низькі показники частоти ускладнень, повторної госпіталізації, летальності та ін. Професійна модель ґрунтується на досить високому рівні професійної кваліфікації спеціалістів, які виступають як гарант високої якості наданої ними послуги. Адміністрація не несе жодної відповідальності за наслідки наданої спеціалістом послуги, а лише створює комфортні умови її надання. Аналіз якості послуги здійснюється лише за допомогою експертизи.

Індустріальна модель ґрунтується на застосуванні «адаптованої моделі безперервного покращення якості», була взята в індустрії. Ця система заснована

на використанні різних статистичних методів: діаграма Ісікави (дозволяє виявити причини проблем у технологічному процесі), діаграми Парето (для градації виявлених проблем за частотою виникнення), гістограма, що відображає приватний розподіл кількісних параметрів для виявлення відхилень у процесі надання послуг, використання часового ряду для вимірювання аналізованих показників протягом певного періоду часу, контрольна діаграма, що дозволяє говорити про втрату контролю за якістю, якщо параметри виходять за контрольні точки [50, ст.157].

У вітчизняній сфері охорони здоров'я широко використовується бюрократична модель забезпечення якості, яка заснована на аудиторському принципі, коли на законодавчому рівні від продуцента послуг охорони здоров'я потрібні ліцензія та сертифікат державного зразка. Про те, як послуги відрости судять з позиції професійної моделі та рідко враховують думки одержувача послуги щодо ступеня очікуваного ними результату.

Вчені також виділяють інші характеристики якості послуг з охорони здоров'я: своєчасність, ефективність, доступність, адекватність, безперервність, наступність, дієвість, результативність, безпека, здатність задовольнити очікування та потреби, стабільність процесу та результату. То є, послуги продуцентів охорони здоров'я мають бути законними, наданими з максимальною ефективністю, за мінімальної їх вартості, відповідати очікуванням одержувачів послуг та по справедливості розподілятися.

Державна служба з нагляду у сфері охорони здоров'я здійснює гарантію прав споживачів послуг на надання їм доступних та якісних послуг сфери охорони здоров'я відповідно до законодавства. Для оцінки якості послуг сфери охорони здоров'я, з погляду розглянутих аспектів, необхідна інформація, яка б вказувала на адекватність наданої послуги охорони здоров'я з погляду відповідності стандартам, потребам їх одержувачів, а також з урахуванням сучасних досягнень технологій та науки.

Дослідження якості послуг сфери охорони здоров'я доцільне проводити з погляду аналізу ресурсної бази продуцентів послуг, проведення інтерв'ю з

фахівцями, обов'язковою організацією зворотного зв'язку з пацієнтів. Саме врахування думки одержувача послуги, дозволить досягти клієнто-орієнтованості продуцентів. Інформація для аналізу якості послуг сфери охорони здоров'я може бути зібрана спостереженням на прийомі фахівця, з медичних карт та звітності продуцента послуг сфери охорони здоров'я, опитувальника задоволеності пацієнта [64, ст.18].

Оцінка якості послуг сфери охорони здоров'я є одним із найважливіших показників ефективності роботи продуцента послуг у сфері охорони здоров'я. Існує об'єктивна та суб'єктивна оцінка якості послуг. Суб'єктивною оцінкою якості послуг сфери охорони здоров'я є сукупність властивостей, ознак послуг, що зумовлюють їхню здатність задовольняти потреби отримувачів послуг у послугах сфери охорони здоров'я.

Об'єктивною оцінкою якості послуг у сфері охорони здоров'я є система критеріїв, таких як оцінка діагностичних заходів, діагнозу, консультації фахівців, лікувальних заходів, досягнутого результату, задоволеності одержувачів послуг, що дозволяють визначити рівень якості послуг сфери охорони здоров'я як окремому споживачеві, так і певного продуцента послуг, у певного фахівця, на певній території України.

Якість послуг сфери охорони здоров'я - це функціональний показник, який передбачає оцінку та облік змін умов та процесу надання послуг у сфері охорони здоров'я. Умови надання послуг у сфері охорони здоров'я передбачають діагнози, статеві характеристики одержувачів послуг, ресурси продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, які є індивідуальними та функціонально змінюваними у кожному даному випадку. Процес надання послуг сфери охорони здоров'я залежить від витрат, що витрачаються, тривалості лікування, кваліфікації спеціаліста.

На першому рівні інструментом контролю фахівців із вищим та середнім освітою є територіальні стандарти діяльності спеціалістів. Критерієм оцінки якості роботи спеціаліста є стан здоров'я отримувача послуги перед випискою, а у фахівця із середньою освітою якість виконання призначень спеціалістом з

вищою освітою, догляду за одержувачем послуги. На другому рівні (продуцент послуги) аналіз діяльності складається із загальної інтегральної оцінки діяльності всіх спеціалістів. На третьому рівні аналізується сфера охорони здоров'я на рівні території (держава, область, населений пункт) [4, ст.103].

На цьому рівні оцінюються окремі служби сфери охорони здоров'я території країни, наприклад, терапевтична, педіатрична та інші. Критерієм оцінки цього рівня є інтегральний показник якості всіх продуцентів послуг через розрахунок коефіцієнта досягнення кінцевих результатів.

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я базовими критеріями якості є «ступінь зниження ризику»: виникнення та прогресування захворювання, розвитку надалі ускладнень (обстеження одержувача послуги, його лікування з урахуванням оптимального використання доступних фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів, технологій та задоволеністю споживача наданою йому послугою сфери охорони здоров'я).

Критерії якості послуг сфери охорони здоров'я в умовах денного стаціонару та стаціонару включають оцінку: ведення медичної документації, первинного огляду одержувача послуги, встановленого попередньо діагнозу, формування плану лікування при первинному огляді, встановленого клінічного діагнозу, проведеної корекції плану обстеження та лікування, оформленої виписки із стаціонарної картки. Критерії якості послуг сфери охорони здоров'я в амбулаторних умовах включають оцінку: ведення медичної документації, первинного огляду одержувача послуги, встановленого попереднього діагнозу, формування плану лікування при первинному огляді, встановленого клінічного діагнозу, проведеної корекції плану обстеження та лікування, здійснення диспансерного спостереження.

Концепцію безперервної покращення якості, розробив американський вчений В.Є. Демінг, основним принципом філософії якого є постійне вдосконалення послуг чи продукції за рахунок включення інтересів споживачів у виробництво послуг (безперервне їх вдосконалення) з урахуванням їх потреб та очікувань.

Структурний підхід передбачає аналіз ресурсного забезпечення (матеріально-технічної бази, у тому числі лікарське забезпечення, фінансів, фахівцями), що забезпечує надання послуг. Цей підхід реалізується у процесі здійснення ліцензування продуцентів послуг. Процесний підхід може визначити відповідність процесу надання послуг встановленим стандартам та використовується в процесі акредитації.

Результативний підхід передбачає оцінку кінцевих результатів за допомогою комплексу показників, що характеризують результативність, соціальну та економічну ефективність. Проте концепція В.С. Демінга, «тріада Донабедіана» та вищевикладені методики недостатньо повно враховують специфіку розвитку послуг за умов інформаційної надмірності. Існують ситуації, коли неможливо прийняти об'єктивне рішення на основі аналізу вхідних даних через їх суперечливості та нечіткої формалізації. В умовах становлення цифрової економіки з'являється необхідність заздалегідь враховувати невизначеність поведінки системи [13, ст.40].

Тобто запропоновані критерії оцінки якості послуг охорони здоров'я, надаються в умовах цифрової економіки, з точки зору стратегії та тактики діяльності продуцентів послуг дозволять успішно реалізовувати поставлені цілі – підвищити ефективність та якість наданих послуг, а запропонована система показників дає можливість підняти на вищий рівень системи менеджменту якості (підвищить задоволеність пацієнтів від наданих ним послуг шляхом аналізу кількості незадоволених клієнтів, достовірності інформації, її відповідності до реальної ситуації).

Наразі експертиза якості послуг у сфері охорони здоров'я проводиться тільки в рамках обов'язкового медичного страхування, оскільки державний закон, що регламентує даний вид експертизи під час надання платних послуг поки що не прийнято. При наданні платних послуг сфери охорони здоров'я можливе проведення незалежної експертизи в рамках Національного закону «Про державну судово-експертну діяльність» від 31.05.2001р. № 73-ЗУ. Контроль за якістю послуг охорони здоров'я здійснюється на всіх етапах

взаємодії одержувача послуги та продуцента послуг.

Н.В. Фадейхин, Т.Д. Крилова на основі систематизації нормативних документів, що регламентують якість послуг, розробили методичний підхід до оцінки ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на мікрорівні, який включає такі критерії: рівень задоволеності одержувачів послуг, ефективність реалізованих процесів надання послуг, рівень розвитку людського капіталу, ефективність управління фінансовими ресурсами та ін. Це дуже актуально в умовах ринку з урахуванням клієнто-орієнтованості продуцентів послуг [29, ст.88].

Вважаємо, що оцінна підсистема підвищення ефективності та якості послуг охорони здоров'я має включати такі критерії доступності та якості послуг сфери охорони здоров'я:

1. На основі комплексної експертної оцінки – розрахунок коефіцієнта якості надання послуг охорони здоров'я, що включає, наприклад, оцінку повноти діагнозу, виконання діагностичних заходів, лікування, профілактичних заходів. 2. Задоволеність споживача якістю та доступністю послуг охорони здоров'я.

У зв'язку з впровадженням інформаційно-комунікаційних технологій у діяльність продуцентів послуг для державного сектору галузі запропоновано структуру побудови рівнів контролю якості послуг сфери охорони здоров'я, яка дозволяє оцінювати їх якість за рівнями: спеціаліст, заступник керівника, керівник продуцента послуг охорони здоров'я, спеціаліст – консультант.

Структурне надання рівнів контролю якості послуг доповнено 4-м рівнем - контроль спеціалістом - консультантом при наданні послуги за допомогою інформаційних технологій – дистанційне консультування фахівця районного рівня з конкретної послуги.

Перший рівень – спеціалістом (дотримання стандартів для ведення документації; відповідність призначень, зроблених одержувачу послуги). Рівень якості послуг, одночасно з такими критеріями як професійна компетенція спеціаліста, доступність, безпека та комфортність при отриманні послуг,

визначають стандарти (переглядаються національними науковими товариствами) фахівців), з якими проводитиметься порівняльна оцінка фактичних даних та формуватися критерії та шкала оцінки показників. При повному відповідно до високої якості послуги – рівень якості послуг приймається за одиницю. Кожен критерій рівня якості послуг оцінюється в балах або відсотках. Якість кожного критерію, що відповідає стандарту, оцінюється у 100 балів (100%). Зниження якості призводить до зменшення оцінки: 75, 50, 25 [35, ст.66].

Другий рівень – контроль заступником керівника (оцінка рівня наданих послуг спеціалістами підрозділів, аналіз та виявлення відхилень від стандартів). За всіма наданими послугами охорони здоров'я визначається рівень якості наданої послуги.

Третій рівень – контроль (наприклад, департамент) керівником (оцінка якості послуг, наданих продуцентом послуг охорони здоров'я в цілому, підрозділам та окремих спеціалістів; ведення та оформлення документації; персональна оцінка діяльності заступників керівника).

На цьому рівні проводиться експертиза документації згідно зі скаргою отримувача послуги. Керівник продуцента послуг сфери охорони здоров'я, надає послугу амбулаторно, здійснює: оцінку якості наданої послуги; організації роботи «денних» стаціонарів, проведення диспансерного спостереження, обґрунтованість призначення лікарських препаратів одержувачам послуг, що належать до пільгової категорії громадян.

Керівник продуцента послуг сфери охорони здоров'я, що надає послугу в умовах стаціонару, здійснює наступний контроль: оцінює якість наданих послуг, терміни знаходження в стаціонарі з урахуванням стандартів щодо відповідних захворювань та їх відхилення, здійснює контроль за обґрунтованістю призначення додаткового обстеження та лікарських препаратів, не передбачених та стандартами.

Четвертий рівень – контроль спеціалістом - консультантом (надання послуги з допомогою інформаційних технологій, тобто дистанційним

консультування спеціаліста районного рівня з конкретної наданої послуги). Спеціаліст-консультант під час проведення консультації встановлює діагноз, дає рекомендації щодо ведення хворого. Одночасно з проведенням консультації спеціаліст-консультант оцінює рівень професійних компетенцій конкретного медичного фахівця, виявляє дефекти знань та умінь з метою корекції його компетентності у системі безперервного освіти. Інформація про рівень компетентності спеціаліста, виявлених дефектах у знаннях та вміннях передається керівництву продуцента послуг охорони здоров'я та територіального фонду обов'язкового медичного страхування в організацію їх виправлення [45, ст.79].

Таким чином, розглянуті рівні можуть досить швидко адаптуватися до нових стандартів та критеріїв оцінки фахівців при проведенні реформ у країні. Тобто визначено завдання забезпечення умов для безперервного гармонійного та всебічного розвитку фахівця з обов'язковим врахуванням його основних здібностей, інтересів, мотивів, ціннісних та цільових установок, і однією з таких умов стає застосування у повсякденній професійній діяльності досягнень ІТ технологій.

Виходячи з вище сказаного, структурне уявлення рівнів контролю за якістю послуг охорони здоров'я, наданих з використанням інструментарію цифрових технологій, дозволяє оцінити якість послуг з рівням: спеціаліст, заступник керівника, керівник продуцента послуг сфери охорони здоров'я, спеціаліст-консультант. На кожному рівні виявляють помилки (дефекти) як наданої послуги, які узагальнюються, систематизуються та аналізуються, а після цього керівництво продуцента послуг вносить корективи у роботу фахівця, у тому числі корекцію кваліфікації спеціаліста у системі безперервної освіти. Застосування інформаційних технологій при наданні послуг у сфері охорони здоров'я підвищує доступність, ефективність, комфортність та якість наданих послуг за рахунок оперативність отриманої інформації, збільшення швидкості її обробки. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити ряд першочергових завдань, а саме:

- Розвитку комплексних цифрових систем на основі технології великих даних;
- Організація широкопasmового доступу до мережі інтернет;
- Використання хмарних технологій;
- Впровадження технології блокчейн;
- Побудова інформаційної інфраструктури;
- Підтримка кібер безпеки на світовому рівні.

Структурне представлення механізму зростання ефективності та якості послуг у сфері охорони здоров'я, формує систему взаємодії включених підсистем, кожна з яких впливає на цільову підсистему. Запропонований механізм сприяє запобіганню наданню послуг охорони здоров'я, які не відповідають стандарту якості, гарантує стабільний рівень якості послуг та його безперервне підвищення.

Механізм удосконалення ефективності та якості послуг, наданих продуцентами охорони здоров'я, включає елементи: керуючу, керовану, цільову, оцінну, що забезпечує та освітню підсистеми. З позиції процесного підходу механізм управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я є матеріальне забезпечення процесу, включає сукупність взаємопов'язаних елементів, «налаштованих» на виконання функції процесу з урахуванням потреб усіх зацікавлених сторін, що взаємодіють в умовах мінливої парадигми глобального ринку загалом [56, ст.91].

В умовах глобалізації економічних процесів та загострення конкуренції перше місце виходить завдання найповнішого задоволення потреб клієнта. Виходячи з цього, метою розробки даного механізму є підвищення результативності та ефективності надання населенню послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки країни. З однією сторони, не ускладнюючи процеси ринкової взаємодії, виробити більше ефективні заходи щодо поєднання економічних інтересів всіх зацікавлених сторін. З іншого боку, локалізувати у межах виявлених проблем емпіричні наслідки дивергенції державного регулювання у сфері послуг охорони здоров'я та нерівності у

доступності послуг.

Структурне представлення механізму зростання ефективності та якості послуг у сфері охорони здоров'я доповнено забезпечує, освітню підсистемаму та системою стимулювання. У керуючій підсистемі центральний акцент зроблено на продуцентах послуг державної сфери охорони здоров'я. Забезпечуючи підсистему складають: фінансові, матеріальні, кадрові ресурси; нормативно-методичне забезпечення (стандарти якості тощо) та інформаційно-комунікаційні технології, впроваджені у розвиток комплексних інформаційних систем. Підсистемою розвитку даного механізму, що забезпечує, є елементи цифрової економіки у вигляді інформаційно-комунікаційного забезпечення продуцентів послуг з охорони здоров'я: використання новітніх технологій організації широкопasmового доступу до інтернету; підтримка стандарту 5G, розвиток хмарних технологій; нейромереж, формування центрів обробки даних у продуцентах послуг; повсюдне впровадження у роботу персоналу електронного документообігу під час надання послуг охорони здоров'я [61, ст.70].

Освітня підсистема даного механізму включає корекцію компетентності спеціаліста, що реалізується в системі безперервної освіти (стажування) на основі персоніфікованої програми, складеної з урахуванням кваліфікації спеціаліста, погодженої з керівником продуцента послуг сфери охорони здоров'я.

Запропоновано систему стимулювання фахівців (підвищення зацікавленості) у підвищенні якості своїх послуг, що включає матеріальну та нематеріальну зацікавленість. Нематеріальна зацікавленість – статус продуцента послуг сфери охорони здоров'я, повага спеціалістів. Нематеріальне стимулювання фахівця ґрунтується на оцінці виконання посадових обов'язків, правил внутрішнього розпорядку продуцента послуг та рівня задоволеності споживача наданої йому послугою.

Якщо дані критерії оцінки керівника продуцента послуг виконуються, то нематеріальне стимулювання фахівця виробляють для підвищення його

компетенцій у вигляді оплати курсів підвищення кваліфікації, участі спеціаліста у науково-практичній конференції.

Матеріальна зацікавленість продуцента послуг - збільшення прибутку під час надання послуг охорони здоров'я. Матеріальне стимулювання фахівця засноване на збільшенні його винагороди за якісно надані послуги та підвищення його компетенцій, включаючи премії, розраховані з урахуванням оцінної шкали якості послуг. Оціночна підсистема включає критерії соціальної ефективності, що визначають доступність та якість послуг продуцентів сфери охорони здоров'я: коефіцієнт якості надання послуг охорони здоров'я, показники раціонального використання ресурсів, рівень задоволеності споживача доступністю та якістю наданої йому послуги, а також відстеження фактичних значень показників, їхня інтегральна оцінка [6, ст.11].

Коефіцієнт якості послуг є досить об'єктивним під час аналізу доступності та якості послуг, що надаються продуцентами сфери охорони здоров'я, а показник рівня задоволеності споживача наданих йому послуг суб'єктивний, оскільки оцінку одержувача послуги можуть вплинути фактори, які часто не залежать від продуцента послуг.

Таким чином, механізм удосконалення якості послуг, ефективності індустрії здоров'я реалізує процес отримання обґрунтованих, достовірних, комплексних та систематизованих оцінок якості послуг, що надаються продуцентом охорони здоров'я, окремого спеціаліста, та на їх основі правильного управлінського рішення щодо надання послуг охорони здоров'я умовах становлення цифрової економіки.

### **3.3. Методика інтегральної оцінки результатів діяльності гуманітарної політики в забезпеченні адаптації сфери охорони здоров'я**

Для оцінки запропонованого механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах розвитку цифрової економіки було складено методика розрахунку інтегрального показника оцінки результатів діяльності

продуцентів сфери охорони здоров'я, які надають послуги при їх інформаційно-комунікаційне забезпечення, на основі якої проведено розрахунок, методика якого включає наступну послідовність етап.

Перший етап - розроблено збалансовану систему показників (збалансовану систему показників) оцінки результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, надають послуги за їх інформаційно-комунікаційному забезпеченні. Збалансовану систему показників може використовуватися в різних галузях, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Враховуючи галузеву специфіку сфери охорони здоров'я, вважаємо, що забезпечити високий рівень ефективності діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, вирішуючи основне завдання, поставлену урядом України - підвищення доступності послуг, а також їх якості, можна лише за допомогою інтеграції збалансовану систему показників та модернізації сфери охорони здоров'я. Збалансована система показників розглядає цілі та стратегію продуцентів послуг сфери охорони здоров'я через призму системи оцінки своєї діяльності [14, ст.82].

Тобто основною метою збалансовану систему показників є реалізація стратегії продуцентів послуг сфери охорони здоров'я в цілі, показники та заходи. При цьому, основними складовими збалансовану систему показників є «отримувачі послуг» та «навчання та розвиток персоналу». Збалансовану систему показників, що становить «Фінанси», визначає раціональне та ефективне використання коштів та передбачає розрахунок таких показників як: величина нормативу подушового фінансування, територіальної програми державних гарантій, надання безкоштовних послуг з охорони здоров'я, доходи та витрати продуцентів послуг охорони здоров'я, економічна ефективність платних послуг.

Збалансовану систему показників, що становить «отримувачі послуг», дозволить підвищити якість і доступність послуг у сфері охорони здоров'я. Показниками «отримувачі послуг» збалансовану систему показників є показники соціальної ефективності. Показниками соціальної ефективності –

доступності послуг, які є соціально значимими для одержувачів послуг сфери охорони здоров'я є:

- Забезпеченість ліжками на 10 000 населення;
- Задоволеність одержувачів послуг якістю послуг охорони здоров'я;
- Питома вага одержувачів послуг, які звернулися зі скаргами та ін.

Для оцінки соціальної ефективності пропонуємо розраховувати такі показники, а саме:

- Частка негативних відгуків одержувачів послуг, якість наданих їм послуг охорони здоров'я;
- Незадоволеність якістю послуги охорони здоров'я;
- Незадоволеність фахівцем;
- Незадоволеність умовами надання послуги.

Показники результативності послуг у сфері охорони здоров'я визначаються ступенем досягнення очікуваних результатів одержувачами послуг: показники смертності, частота дотримання стандартів якості послуг, лікарняна летальність [23, ст.44].

Для оцінки результативності послуг, що надаються при дистанційному консультування, пропонуємо розраховувати такі показники:

- Частота розбіжності діагнозу спеціаліста та спеціаліста;
- Консультанта при дистанційному консультуванні;
- Питома вага негативних результатів під час проведення експертизи послуги охорони здоров'я.

Збалансовану систему показників, що становить «внутрішні бізнес-процеси», дозволить підвищити ефективність системи надання послуг продуцентами сфери охорони здоров'я рахунок забезпеченості одержувачів послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я та спеціалістами. З урахуванням розвитку сфери охорони здоров'я у системі електронної економіки, пропонуємо розраховувати такі показники як, частка продуцентів послуг з охорони здоров'я, в яких є вихід в інтернет, питома вага комп'ютеризації робочого місця спеціаліста, забезпеченість продуцентів послуг

охорони здоров'я програмами, що дозволяють вести електронний документообіг (кількість наданих дистанційно послуг).

Показниками забезпеченості фахівцями є чисельність спеціалістів, укомплектованість фахівцями, забезпеченість спеціалістами загальної практики, коефіцієнт сумісництва та плинності персоналу. Склад, що складає «навчання та розвиток персоналу» дозволить підвищити мотивацію фахівців, яка орієнтована на результат, та розвинути їх професійну компетентність [34, ст.107]. Пропонуємо розрахувати такі показники:

- Коефіцієнт реалізації безперервної освіти спеціалістів продуцента послуг охорони здоров'я;
- Кількість спеціалістів, які мають наукові публікації;
- Кількість спеціалістів, які беруть участь у науково-практичних конференціях;
- Коефіцієнт "професійної зрілості" спеціаліста;
- Коефіцієнт "професійної мобільності" спеціаліста;
- Забезпечення профілактики синдрому «професійного вигорання» у спеціалістів;
- Соціальна підтримка спеціалістів.

Другий етап – проводиться збір статистичних даних та даних фінансової звітності продуцентів послуг охорони здоров'я з метою створення дослідницької бази для подальшого аналізу результатів діяльності продуцентів послуг. Третій етап – розраховуються показники для оцінки результатів діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я за чотирма складовими збалансовану систему показників (фінанси, одержувачі послуг, внутрішні бізнес-процеси, навчання та розвиток персоналу).

Четвертий етап – структуруються приватні показники за ознакою максимуму (наприклад, укомплектованість фахівцями з вищою освітою) та мінімуму (наприклад, лікарняна летальність).

П'ятий етап - проводиться нормалізація приватних показників, тобто приведення їх до єдиної шкали оцінки для сумісності їх максимальних та

мінімальних значень.

У оцінки ефективності діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, що надають послуги на тлі розвитку цифрової економіки, найбільшу питому вагу мають такі показники розділів:

1. «Фінанси» – величина нормативу подушевого фінансування, інвестиції до основного капіталу продуцентів послуг охорони здоров'я.

2. «Одержувачі послуг» – показники соціальної ефективності: забезпеченість одержувачів послуг продуцентами сфери охорони здоров'я (лікарняними установами, лікарськими амбулаторно-поліклінічними установами, фельдшерсько-акушерськими пунктами), задоволеність одержувачів послуг їх якістю та доступністю, показники народжуваності та смертність населення [44, ст.69].

3. «Внутрішні бізнес-процеси»:

- Кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних установ на одного мешканця на рік;

- Забезпеченість фахівцями та спеціалістами загальної практики у сільській місцевості;

- Кількість одержувачів послуг, яким надано екстрену послугу охорони здоров'я;

- Кількість дистанційно наданих послуг продуцентами послуг з охорони здоров'я;

- Питомий вага одержувачів послуг, які отримали своєчасну екстрену послугу охорони здоров'я, які проживають у важкодоступних районах;

- Питома вага продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, в яких є вихід в Інтернет та мають телемедичні центри та вузли;

- Питома вага робочих місць спеціалістів, оснащених комп'ютерним обладнанням;

- Питома вага продуцентів послуг з охорони здоров'я, які запровадили інформаційні технології.

4. «Навчання та розвиток персоналу»:

- Заробітна плата;
- Частка фахівців, які мають вищу кваліфікаційну категорію;
- Коефіцієнт реалізації спеціалістами безперервної освіти з використанням інтерактивних освітніх модулів.

Нормалізовані показники та їх питома вага для розрахунку інтегрального показника оцінки діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я, які надають послуги в системі інформаційних технологій.

Шостий етап – розрахунок інтегрального показника оцінки результатів діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я, які надають послуги в умовах цифрової економіки з урахуванням чотирьох складових збалансовану систему показників методом підсумовування отриманих значень. За розрахунковими даними:

1. Значення інтегрального показника фінансової складової збалансовану систему показників в Дніпрі становить 0,8300, що значно вище за цільовий. Значення (0,4562), оскільки цільові значення базового надання громадянам безкоштовних послуг нижче, ніж територіальна програма [55, ст.10].

2. Значення цільового показника за складовою «отримувачі послуг» (0,8633) вище, ніж значення інтегрального показника в Дніпровському краю (0,8253).

3. Значення цільового показника за складовою «внутрішні бізнес процеси» збалансовану систему показників (0,9890) вище, ніж значення інтегрального показника Львівської області (0,8866).

4. Значення інтегрального показника «навчання та розвитку персоналу» складової збалансовану систему показників по Дніпрі становить 0,7850, що вище цільового значення (0,7284).

Отримані результати обчислення інтегрального показника оцінки діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я, які надають послуги при їх інформаційно-комунікаційне забезпечення у розрізі оцінки виділених складових збалансовану систему показників.

Таким чином, інтегральна оцінка результатів діяльності продуцентів сфери охорони здоров'я при їх інформаційно-комунікаційному забезпеченні, дозволяє оцінити механізм управління розвитком сфери послуг з охорони здоров'я на тлі генези цифрової економіки з точки зору методів та інструментарію впливу (забезпечення одержувачів послуг віддалених та важкодоступних територій якісними послугами охорони здоров'я, що надаються в умовах цифрової економіки, на основі корекції компетентності спеціаліста з урахуванням його кваліфікації при наданні ним послуг, оптимізації організаційної інфраструктури та вдосконалення фінансового забезпечення продуцентів послуг охорони здоров'я, співфінансування проектів), а також структурних елементів даного механізму, тобто з урахуванням інтересів одержувачів послуг, продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та фахівців, які мають можливість здобуття дистанційної освіти [60, ст.144].

У цьому розділі представлені результати дослідження, тобто, розкрито практичні аспекти оцінки соціально-економічної ефективності надання послуг охорони здоров'я на основі використання інформаційно-комунікаційних технологій:

1. Проведено аналіз стану забезпеченості споживачів, які проживають у віддалених та важкодоступних територіях послугами охорони здоров'я.
2. Дана інтегральна оцінка, що відображає ключові аспекти роботи продуцентів послуг з охорони здоров'я.
3. Складено комплекс організаційно-економічних заходів для продуцентів послуг охорони здоров'я щодо формування функціональної стратегії розвитку послуг охорони здоров'я некомерційними організаціями віддалених та важкодоступних територіях країни на основі збалансованої системи показників, що є інструментом механізму керування розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах становлення цифрової економіки України.

## РОЗДІЛ 4

### СОЦІАЛЬНА ТА КОРПОРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

В останні роки ми стали свідком сплеску популярності ідей соціальної відповідальності бізнесу, що виявилось у різкому збільшенні кількості програм та обсягів фінансування, що виділяються компаніями для реалізації програм корпоративної соціальної відповідальності. За півстоліття концепція соціально-корпоративної відповідальності пройшла шлях від разових заходів готельних компаній до невід'ємної складової сучасного менеджменту будь-якої солідної компанії. Як у західних, так і в вітчизняних компаніях принципи соціально-корпоративної відповідальності все більше інтегруються в систему управління, запроваджуються посади віце-президента компанії, відповідального за корпоративну-соціальну відповідальність, створюються спеціальні департаменти та відділи. Крім того, публікація соціальних звітів та впровадження етичних кодексів стало загальноприйнятою практикою.

Причиною такої підвищеної уваги стали дві зустрічні тенденції. З одного боку, бізнес шукав нові шляхи підвищення ефективності в мінливому світі. З іншого боку, повсюдно суспільство почало застосовувати все більший запит на соціальну відповідальність бізнесу. Глобальні економічні кризи останніх років лише підкріпили зазначені тенденції. В умовах нестачі бюджетних коштів на підтримку високих соціальних зобов'язань уряду багатьох країн активно сприяли залученню бізнесу до вирішення актуальних соціальних завдань. На основі конкретно-історичного та неінституційних підходів буде проаналізовано взаємодію бізнесу, суспільства та держави у справі розвитку суспільства через соціально-орієнтованих програм, а також сприйняття експертним співтовариством цієї взаємодії.

Як заведено у науковому світі, до початку аналізу необхідно внести ясність у термінологію. У сучасній літературі зустрічаються два близькі за змістом поняття: корпоративна соціальна відповідальність та соціальна відповідальність бізнесу. Як правило, термін соціально-корпоративної

відповідальності використовується при описі соціальної відповідальності окремо взятої компанії, тоді як «соціальна відповідальність бізнесу» співвідносять з відповідальністю всього бізнес-спільноти. Звісно ж, що у реальному житті ці два поняття є тотожними. Більш того, один із засновників практики соціально-корпоративної відповідальності в Україні С.В. Турчин зв'язує появу двох термінів не з науковою чи практичною доцільністю, а з двома різними перекладами терміну «бізнес» з англійської мови, де він позначає окрему компанію.

У цьому дослідженні спиратимемося на термін «корпоративна соціальна відповідальність», так як він не тільки є найбільш поширеною, а й узагальнюючою назвою так званої «зонтичної» теорії, увібрала в себе такі готельні напрямки як корпоративне громадянство, корпоративна стійкість, корпоративна соціальна діяльність, корпоративна соціальна сприйнятливість та багато інших. Проблема формулювання основних положень теорії соціально-корпоративної відповідальності обумовлена широтою сфери, що розглядається. Досить складно описати межі соціальної сфери, так як зрештою під цей опис може потрапити будь-який аспект людського життя. З іншого сторони, сам термін «відповідальність» також відкриває поле для дискусії. Ми можемо розглядати відповідальність як синонім надійності та чесності у вчинках, а можемо як синоніми словами «борг» і "обов'язок".

У першому випадку соціально-корпоративної відповідальності виступає як добровільна благородна діяльність, у другому – фірма ставиться у підлегле, підзвітне становище перед суспільством, державою, акціонерами та усіма іншими сторонами, з ким вона взаємодіє. Звідси походить множинність підходів до визначення соціально-корпоративної відповідальності та наявності великого кількості різноманітних, іноді суперечать один одному шкіл усередині загальної зонтичної концепції соціально-корпоративної відповідальності. Перед тим як розпочати аналіз найвідоміших напрямків наукової думки у цій сфері розглянемо три основні підходи до соціально-корпоративної відповідальності:

теорія корпоративного егоїзму, теорія корпоративного альтруїзму та компромісні теорії.

Теорія «корпоративного егоїзму» асоціюється зі знаменитим висловлюванням Мільтона Фрідмана про те, що «єдина соціальна відповідальність бізнесу – це давати прибуток». В основі цієї точки зору лежить переконання, що головна турбота менеджменту компанії – забезпечити максимально можливі прибутки власникам капіталу, зокрема акціонерам компанії. Тому будь-яке відволікання коштів та ресурсів на сторонні цілі, включаючи соціальну відповідальність, є неприпустимим. Крім того, прихильники цієї теорії йдуть ще далі, доводячи, що соціально-корпоративної відповідальності веде до підриву фундаментальних засад зведеного ринку та навіть до соціалізму. За цією логікою головна загроза, яку несуть у собі всі ідеї соціально-корпоративної відповідальності полягає у підриві свободи підприємництва та конкуренції, а роль держави у всіх сферах суспільного життя значно зростає.

Теорія «корпоративного альтруїзму» виходить із абсолютно протилежних поглядів. Так, головні прихильники такого підходу Д. Девіс, Р. Фрімен та інші говорять про те, що сучасні компанії настільки великі та впливові, що у процесі своєї діяльності вони залучають до своєї орбіти максимально широкі групи так званих "співучасників". У процесі своєї діяльності, особливо у не багатих країнах велика компанія може стати більш потужною та впливовою ніж сама держава. Її діяльність прямо і опосередковано впливає на соціально-економічне становище в країні, відповідно, будучи причиною всіх цих змін компанія зобов'язана відповідати за наслідки.

Прихильники цього підходу наголошують на необхідності добровільного характеру програм соціально-корпоративної відповідальності. На їхню думку, компанія не може обмежитися. Біля витоків теорії стояли такі дослідники як Г. Боуен, Т. Левітт, М. Фрідман, Р. Фрімен, Дж. Гелбрейт, К. Девіс та інші. У своїх дослідженнях вони фокусувалися на внутрішніх джерелах соціально-корпоративної відповідальності. У їхньому поданні бізнесмен з однієї сторони

відбиває цінності, властиві суспільству, у якому функціонує його компанія, з іншого боку – він сам бере участь у формуванні цих цінностей. Взаємодіючи із суспільством, особливо з місцевими спільнотами, а також враховуючи інтереси всіх своїх партнерів бізнесмен сам визначає ті цінності, якими керуватиметься його компанія.

До 70-х років сформувалося уявлення про соціально-корпоративну відповідальність як відповідність економічним, правовим, етичним та дискреційним очікуванням товариства від підприємства. Найбільш чітко цей підхід було сформульовано А.А. Кероллом, який побудував знамениту модель, названу згодом «пірамідою Керолла». Піраміда Керолла була і залишається однією з найпопулярніших теоретичних конструкцій для опису соціально-корпоративної відповідальності.

Однак до 80-х років усі частіше почала лунає критика, пов'язана з тим, що в даній піраміді різні види відповідальності існують як окремі категорії, не перетинаючи і взаємодіючи один з одним. В той же час, ідеї філантропічної відповідальності (або дискреційної, як вона називалася на початковому етапі), навпаки, набули розвитку. Спочатку під нею розумілася сфера, де суспільство ще чітко не сформулювало свій запит і менеджмент компанії керується своїми уявленнями про потреб суспільства, роблячи свій самостійний вибір.

В результаті з'явилася концепція корпоративної соціальної сприйнятливості. Найбільш відомі імена – Р.Акерман, Р. Бауер та ін., а також значний внесок у розвиток власної теорії зробив згаданий вище А. Керол. У рамках цієї концепції увага концентрується на здатності компанії оцінити та вгадати громадські очікування та відповідно реагувати ними. У рамках цієї логіки стратегії менеджменту були поділені на реактивні, оборонні, адаптивні та проактивні. Представляється, що теорія корпоративної сприйнятливості є швидше уточнюючою щодо більш широкої концепції соціально-корпоративної відповідальності, ніж окремим напрямом.

Приблизно в ці роки розвивалося ще одне напрям – корпоративна соціальна діяльність. Грунтуючись на піраміді Керолла, С Вартік, Ф. Кохран і

Д. Вуд створили нову тришарову модель, в якій об'єднали моральні принципи, зовнішні фактори, що впливають на компанію, а також рішення, що приймаються менеджментом компанії в пропонованих умовах. У свою чергу всі три блоки поділяються ще на три фактори, куди орієнтується менеджмент компанії. Концепція, що набула найбільшого поширення в наші дні, а саме концепція співучасників, сформувалася до 90-х років. Початок цієї теорії було закладено Р. Фрімен. В основі лежить уявлення, що фірма працює не у вакуумі, а в реальному оточенні і для найбільш ефективної взаємодії доведеться враховувати інтереси всіх зацікавлених сторін (стейкхолдерів). До них можуть бути віднесені на внутрішньо-фірмовому рівні працівники компанії та акціонери, а на зовнішньому рівні – інвестори, постачальники, місцеві спільноти, ЗМІ, захисники навколишнього середовища, громадські організації.

Можна говорити про те, що теорія співучасників стала «мостом» між теоретичними конструкціями та практичними рекомендаціями для менеджменту компанії. Саме цим пояснюється той факт, що на сьогодні вона є головною теорією у межах соціально-корпоративної відповідальності. Аналіз поняття соціально-корпоративної відповідальності був би неповний без аналізу концепції "корпоративне громадянство". Під ним може розумітися як загальна ідентичність співробітників однієї фірми, так і уявлення про фірму як про цілісної структури. У першому випадку йдеться про те, що працівники компанії незалежно від її походження відчують себе її частиною аналогії зі своїми громадянством на національному рівні. У другому - компанія це суб'єкт, який, як і інші інститути, має свої права та обов'язки і цим формує суспільство.

Дана концепція була на піку популярності, коли стала очевидна криза мрії про загальне поняття добробуту. Вона була однаково прийнятна для менеджменту, суспільства та держави: компанія отримувала права, а не лише обов'язки обслуговувати громадські інтереси, держава – додаткові фінансові джерела, а суспільство – необхідні блага. У міру розвитку глобалізації теорія стала відходити на другий план, так як не змогла дати відповідь на питання які цивільні права ставляться до транс-національних корпорацій, чи як визначити

обсяг прав для компаній, які сильно відрізняються за розміром та фінансової могутності тощо.

Найбільш молодого та перспективного є теорія «корпоративної стійкості». Вона є продовженням та розвитком більш масштабної концепції – «сталий розвиток». Концепція сталого розвитку була сформульована 1987 р. у доповіді Брундтланда» і започаткувала нове розуміння цілей розвитку всього людства. Теорія корпоративної стійкості у певному сенсі є проекцією сталого розвитку на рівень однієї фірми. Серед найяскравіших послідовників цього напрямку варто назвати Дж. Елінгтона, Т. Діліка та багато інших. Так, саме Дж. Елінгтон вперше сформулював знамените сьогодні поняття потрійного результату (triple bottom line), тобто. відповідальність за трьома напрямками: економічним, соціальним та екологічним.

Важливо відзначити, що принцип потрійного підсумку лежить у основі сучасної системи нефінансової звітності, наприклад, міжнародних стандартів нефінансової звітності GRI (Global Reporting Initiative). Головна відмінність цього підходу від решти можна охарактеризувати як відхід від суто соціальних програм на користь більше широкого підходу, що включає всі три напрямки. З точки зору авторів концепції, досягнення будь-якої із заявлених цілей неможливе без досягнення успіху за іншими напрямками. Такий підхід призвів до того, що сьогодні концепція сталого розвитку, практично «поглинула» концепцію соціально-корпоративної відповідальності, зробивши її своєю частиною. Корпоративна соціальна відповідальність є зонтичною концепцією, що об'єднує під собою різні напрямки думки, які як доповнюють, і суперечать одна одній.

Найбільш популярними сьогодні у рамках концепції соціально-корпоративної відповідальності є концепції співучасників (стейкхолдерів), стійкого розвитку та корпоративної стійкості. Відбувається поглинання концепції соціально-корпоративної відповідальності більш масштабної концепції сталого розвитку. соціально-корпоративної відповідальності все частіше розглядається не як окремий напрямок, а частина політики для

досягнення цілей сталого розвитку. Аналіз позицій противників та прихильників соціально-корпоративної відповідальності свідчить, що зрештою обидві концепції ведуть до вирішенню тих самих проблем: збільшення прибутку компанії та зростання суспільного добробуту.

Незважаючи на різницю в походах сьогодні всіма визнано необхідність участі бізнесу у вирішенні соціально значимих задач, при цьому в основі цієї переконаності можуть лежати як етичні мотиви, так і прагнення максимально збільшити прибуток підприємства. Ефективність реалізації стратегій соціально-корпоративної відповідальності багато в чому залежить від зацікавленості персоналу підприємств. Організаційна ідентичність є одним з різновидів соціальної ідентичності, про що у формі сталого становища працівника у створенні, асоціації себе з нею та планування свого майбутнього в ній, висловлювання лояльності та прихильності даної організації, інтеріоризації корпоративних цілей, цінностей, норм і правил, прийняття рішень відповідно до інтересів організації.

Щоб мати можливість якимось чином оцінити організаційну ідентичність у рамках даного дослідження, пропонується низка параметрів-характеристик ідентичності персоналу, які включають у собі: робочу мотивацію, включеність у роботу, плинність кадрів, задоволеність роботою, кваліфікацію, солідарність колективу, місію, ціль та цінності організації, а також такі характеристики організаційного середовища, як імідж та статус організації. Такий параметр як задоволеність роботою, також включає ряд показників: наскільки цікава робота, яку виконує співробітник, кар'єрні перспективи, розвиток та навчання персоналу (підвищення кваліфікації), можливість самореалізації, задоволеність заробітною платою, прийняття стилю управління, задоволеність відносинами з керівником та справедливість керівника у прийнятті різних кадрових рішень.

Організаційна ідентичність визначається особливостями внутрішньо-організаційної культури праці. З одного боку, певний тип організаційної культури може проводити сприйняття персоналом практик соціально-корпоративної відповідальності в організації. З іншого боку, компанія,

впроваджуючи практики соціальної відповідальності, може змінити чи навіть зруйнувати існуючу у ній культуру. Отже, природа соціально-корпоративної відповідальності має бути узгоджена з організаційною культурою, що сприятиме ефективної роботи підприємства. На практиці соціально-корпоративної відповідальності впливає велика кількість соціальних факторів: структура внутрішньо-організаційних комунікацій, трудові конфлікти та вміння менеджменту їх вирішувати, наявність системи зворотного зв'язку між менеджментом та персоналом.

Вплив на практику соціально-корпоративної відповідальності має і такий фактор, як колективізм та індивідуалізм. Індивідуалізм відноситься до товариств із вільними зв'язками для людей. Колективізм, з іншого боку, означає відокремлення людей із групами (командами). Команда надає «захист» та стійке становище окремих її членів в обмін на лояльність та дотримання встановлених правил та норм. Переважає конформність у більш індивідуалістичному середовищі проявляється лідерство та дотримання особистим інтересам. Організаційна культура в більшості випадків визначає середовище, в якій розробляється стратегія організації та впроваджуються практики соціально-корпоративної відповідальності. Якщо культура організації сприяє відносинам із зацікавленими сторонами, правовим і етичним нормам і моральної поведінки, вона також впливатиме на розвиток. Орієнтована на відповідальність організаційна культура може стимулювати готовність взяти участь у впровадженні та позитивно оцінити ініціативи соціально-корпоративної відповідальності у компанії.

Корпоративна соціальна відповідальність як спосіб формування. Ідентифікація людини зі своїм місцем роботи є важливою аспектом для будь-якої компанії, особливо при врахуванні сучасних тенденцій, пов'язаних з цілями сталого розвитку ООН і які у зазначених стандартах соціально-корпоративної відповідальності. Компанія має бути впевнена у своїх співробітниках і тому, що персонал підтримає її перехід на нову модель корпоративної стійкості. В Україні наявність позитивної організаційної ідентичності зараз дуже

актуально, так як більшість компаній знаходяться на стадії переходу від моделі соціально-корпоративної відповідальності 1.0 до моделі соціально-корпоративної відповідальності 2.0, а найбільші українські компанії, які мають вихід на міжнародні ринки, що поступово рухаються до моделі соціально-корпоративної відповідальності 3.0.

Що стосується взаємовпливу корпоративної соціальної відповідальності та організаційної культури, то можна зробити висновок, що ефективність реалізації практик соціальної відповідальності залежить від того, чи є принцип етичності та відповідальності перед зацікавленими сторонами компанії переважаючий у конкретній організаційній культурі. Відповідно, прийняття співробітниками етичної культури, лояльність до соціально-відповідальної діяльності та розуміння необхідності реалізації такої діяльності в сучасних реаліях дозволяє сформувати сильну організаційну ідентичність працівників з компанією. Абсолютна полярність зазначених експертами тенденцій показує, що українські компанії сильно відстають від західноєвропейських компаній у сфері розробки і реалізації стратегій соціально-корпоративної відповідальності.

У той час, як міжнародні компанії вже на повну реалізують практики згідно концепції соціально-корпоративної відповідальності 2.0 і готують ґрунт до впровадження соціально-корпоративної відповідальності 3.0, багато українських компаній продовжують залишатися на першій стадії (орієнтація в основі на разові благодійні акції та соціальні проекти) і поки що не прагнуть виходити нові рівні. Що стосується швидшої трудової адаптації та соціалізації нових співробітників, то тут усі експерти погоджуються з тим, що слідування принципам корпоративної соціальної відповідальності та концепції сталого розвитку справді має належний ефект.

Це робиться для того, щоб персонал краще розумів, що корпоративна соціальна відповідальність як спосіб формування. яку політику у сфері сталого розвитку проводить компанія. «Ми дуже багато говоримо про стійкий розвиток у професійному середовищі, виступаємо в університетах, а на практиці людина часто не стикається з цим під час робочого процесу. Тому ми намагаємося

адаптувати програму молодих лідерів так, щоби на кожному етапі ротації щось було, навіть якщо це безпосередньо не пов'язане з їхньою діяльністю» – стверджує, наприклад, експерт. В іншій, вже українській компанії для нових співробітників проводять різноманітні посвяти, наприклад, літні корпоративні заходи – день народження компанії тощо.

Таким чином, програми розвитку персоналу дійсно мають ефект, і чим більша організація, тим більше значення цих програм адаптації. Тому що у невеликих організаціях існує пряма комунікація, вона породжується середовищем. А у великих компаніях найчастіше людина століття не завжди навіть може осмислити, чим він займається, і на якому рівні ієрархії, хто за що відповідає. Тому у філіях іноземних компаній і в багатьох українських корпораціях існують програми адаптації, включають менторство, корпоративні онлайн-курси, які покликані ввести людину у внутрішньо-фірмове соціальне середовище. Якщо організації існує сформована традиція соціальної відповідальності, то людина з перших днів починає розділяти ці цінності, інакше вона не зможе нормально працювати у цій організації. Він сприймає це як певну поведінкову матрицю. Використання різних практик включення нових співробітників у діяльність компанії є обов'язковою умовою для успішної організаційної адаптації.

Переходячи до питання, що ставлення співробітників до компанії, в якій вони працюють, може змінюватися під впливом реалізації в даний час компанії практикують соціально-корпоративної відповідальності, експерти, в основному, погоджуються з таким висновком. Дотримання компанії принципам соціальної відповідальності створює позитивну атмосферу у межах робочого процесу. Тобто у компанії має існувати певне середовище, де керівництво дотримується певної етики ведення бізнесу, створює певні умови. У цьому випадку співробітники включатимуться у реалізацію спільної стратегії соціально-корпоративної відповідальності компанії.

У результаті, на реальних прикладах, можна побачити якийсь сильний розрив у розвитку корпоративної соціальної відповідальності спостерігається в

українських та іноземних компаніях. Корпоративна культура постає як меж реалізації відповідальних практик, а на ідентичність персоналу впливають разові заходи з метою заохочення за виконання роботи та різні тренінги, що проводяться HR-відділом, які носять, в основному формальний характер.

Тут практикується та діяльність, яка дає позитивні ефекти як у напрямку позитивного впливу на зовнішнє середовище (на стейкхолдерів компанії), і у напрямі позитивного впливу на внутрішнє середовище (на співробітників).

Корпоративна соціальна відповідальність визначається як моральна цінність і стає невід'ємною частиною корпоративної культури компанії, яка відображається в місії, цілі та у повсякденній поведінці персоналу. Дослідження показало, що українські компанії все ще відстають від іноземних, але, проте, вони вже активно включені у розвиток корпоративної соціальної відповідальності: створюються спеціальні організації, такі як Асоціація етики бізнесу та соціально-корпоративної відповідальності та Національна Рада з корпоративного волонтерства проводяться різноманітні конкурси кращих соціальних та екологічних проектів.

В Україні також активно розвивається міжгалузєва кооперація компаній з метою реалізації масштабних соціально-відповідальних проектів, а ця діяльність, згідно з моделями корпоративної стійкості знаходиться вже в парадигмі реалізації моделі соціально-корпоративної відповідальності -1.0, коли компанії об'єднують свої зусилля та ресурси у вирішенні соціальних та екологічних проблем. А це означає, що за деякими напрямками, український бізнес йде все ж таки нарівні з міжнародними компаніями.

## РОЗДІЛ 5

### ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ

У даному розділі роботи розглянуто основні заходи і засоби захисту населення і територій в надзвичайних ситуаціях.

Для підвищення рівня громадського здоров'я органи державної влади повинні реалізувати ефективні механізми державної соціально-економічної політики, приймати програми громадської безпеки. Влада має нести відповідальність за управління людськими і матеріальними ресурсами, за визначення пріоритетів у їх розподілі, координації завдань з організації навчань, інформуванні громадян про ймовірність виникнення епідеміологічних загроз. В умовах глобальної соціально-економічної кризи необхідно відновлювати капітал довіри до влади і робити це можна єдиним способом, - надаючи достовірну, а головне доступну інформацію населенню.

Епідеміологічні загрози характеризуються невизначеністю, значними соціально-економічними наслідками, що створюють потенційну загрозу для суспільства, безпечної життєдіяльності громадян, нормального функціонування органів державної влади. Непередбачуваний перебіг епідемій, доволі висока смертність, відсутність ефективних препаратів і початкові заперечення існування епідемії як такої, не сприяють консолідованим діям, існуюча кількість інфікованих викликає соціальне занепокоєння, а інформаційні повідомлення посилюють почуття тривоги за здоров'я та життя громадян.

У близькому майбутньому слід очікувати подальшого розширення сервісів електронної держави, починаючи від доступу до публічних послуг і закінчуючи розвитком електронної демократії. Поширення отримують онлайн-сервіси, що дозволяють знизити число можливих контактів клієнтів один з одним та з співробітниками органів державної влади. Прогнозовано будуть домінувати механізми соціальної регуляції та соціального забезпечення мінімального рівня життя в обмін на обмеження громадянських прав, що є

глобальним трендом, який веде до перегляду принципів демократії на користь високого ступеня дисциплінарної регуляції суспільного життя.

Соціально-економічна криза змінює структуру зайнятості в секторі малого та середнього бізнесу і створює можливості для її зростання в окремих галузях, у тому числі цифровій галузі, логістиці, онлайн-торгівлі. Частка цих галузей росла і в докризовий період, отож значний вплив на зміну структури зайнятості повинні мати процеси цифровізації економіки, які прискорилися в умовах кризи у період епідеміологічних загроз. Як песимістичний сценарій можна очікувати відхід, або остаточне переміщення в тіньову економіку до половини суб'єктів малого та середнього бізнесу.

Криза пандемії COVID-19 спричинилася до базової суспільної трансформації, яка детермінована сучасним соціально-економічним станом в Україні. Пандемія спровокувала в Україні термінові заходи з пом'якшення наслідків довготривалого характеру для фінансово-економічних систем і національної безпеки в цілому. Посилює вплив пандемія COVID-19 й на існуючі соціально-економічні кризові явища і спалах хвороб, що лягають додатковим навантаженням на систему охорони здоров'я в нашій державі та провокують відсутність стабільності в суспільстві.

Трансформація державної соціально-економічної політики неможлива без інституційних перетворень, спрямованих на подальший розвиток базових соціальних, політичних й економічних інститутів суспільства, а будь-які фактори оптимізації в механізмах реалізації державної політики соціально-економічною сферою мають різне спрямування. Організаційно координуючи функціонування органів державної влади та інститутів громадянського суспільства слід зазначити, що низка значущих і необхідних кроків, що належать до сфери державної соціально-економічної політики, до цього часу ще не сформовані у боротьбі з епідеміологічними загрозами.

Як тільки соціально-економічна криза, яка викликана епідеміологічними впливами буде остаточно взята під контроль, необхідно буде вжити заходів для вирішення проблеми зростання темпів продуктивності економіки протягом

найближчого часу, і зосередити увагу на структурних реформах, необхідних для покращення довгострокових перспектив соціально-економічного зростання. Непередбачуваний перебіг епідеміологічних впливів, доволі висока смертність, відсутність ефективних препаратів є завданням органів державної влади для діяльності з протидії розповсюдження епідемій.

Органи державної влади повинні розширювати спектр медико-соціальних послуг з урахуванням адресності, соціально-демографічних характеристик споживачів даних послуг та їхніх потреб. Розуміючи логіку зазначених аргументів можна стверджувати, що суспільно-владна взаємодія у даній сфері має базуватися на показниках, за якими можна усвідомити рівень соціального капіталу, так як окремі частини суспільства по-різному реагують на пандемію, усвідомлюють реальність цієї загрози та готові виконувати жорсткі вимоги соціальної ізоляції. Невиконання необхідних функцій охорони здоров'я і соціального захисту населення спричинятиме негативні суспільні наслідки збільшуючи навантаження на соціум в майбутньому.

З метою захисту населення, зменшення втрат та шкоди економіці в разі виникнення надзвичайних ситуацій проводиться спеціальний комплекс заходів. Він передбачає проведення наступних дій:

Оповіщення та інформування.

1) Оповіщення про загрозу і постійне інформування населення досягається завчасним створенням і підтримкою в постійній готовності загальнодержавної, територіальних та локальних автоматизованих систем оповіщення населення в зонах можливого катастрофічного затоплення, районах розміщення радіаційно і хімічно небезпечних підприємств, інших потенційно небезпечних об'єктів.

2) Спостереження і контроль.

Спостереження і контроль за довкіллям, продуктами харчування та водою забезпечується: створенням і підтримкою в постійній готовності загальнодержавної і територіальних систем спостереження і контролю з включенням до них існуючих сил та засобів контролю незалежно від

підпорядкованості; організацією збору, опрацювання і передачі інформації про стан довкілля, забруднення продуктів харчування, харчової сировини, фуражу, води радіоактивними, хімічними речовинами і патогенними мікроорганізмам; надання населенню можливості придбати найпростіші засоби захисту і контролю для особистого користування.

### 3) Укриття в захисних спорудах.

Укриттю в захисних спорудах підлягає все населення відповідно до його належності до груп (працююча зміна, населення, яке проживає в небезпечних зонах тощо). Створення фонду захисних споруд досягається шляхом: комплексного освоєння підземного простору, міст і населених пунктів; масового будівництва в період загрози найпростіших сховищ та укриттів; завчасного будівництва за рішення Кабінету Міністрів України окремих сховищ та протирадіаційних укриттів.

### 4) Інженерний захист.

Заходи інженерного захисту території можуть істотно вплинути на ефективність цивільного захисту, так як передбачають проведення комплексу будівельних та інших заходів щодо запобігання виникнення надзвичайних ситуацій.

5) Евакуаційні заходи. В умовах неповного забезпечення захисними спорудами в містах та інших населених пунктах, які мають об'єкти підвищеної небезпеки, а також у воєнний час основним способом захисту населення є евакуація і розміщення його у приміській зоні.

Евакуації підлягає населення, яке проживає в населених пунктах, що знаходяться у зонах можливого катастрофічного затоплення, небезпечного радіоактивного забруднення, хімічного ураження, в районах прогнозованого виникнення локальних збройних конфліктів у 50-кілометровій прикордонній смузі, в районах виникнення стихійного лиха, великих аварій і катастроф (якщо виникає безпосередня загроза життю та заподіяння шкоди здоров'ю людини).

Залежно від обстановки, яка склалася на час надзвичайної ситуації, може бути проведено загальну або часткову евакуацію населення тимчасового або безповоротного характеру.

У мирний час евакуація населення планується на випадок:

- загальної аварії на атомній електростанції;
- усіх видів аварій з викидом сильнодіючих отруйних речовин;
- загрози катастрофічного затоплення місцевості;
- великих лісових та торф'яних пожеж, землетрусів, зсувів, інших геофізичних і гідрометеорологічних явищ з тяжкими наслідками, що загрожують населеним пунктам.

Евакуаційні заходи здійснюються за рішенням місцевих органів виконавчої влади, виконавчих органів рад, уповноважених органів з питань надзвичайних ситуацій та цивільного захисту населення відповідного рівня.

Евакуація населення здійснюється комбінованим способом, який передбачає у мирний час вивезення основної частини населення з міст і небезпечних районів усіма видами наявного транспорту у поєднанні з виведенням найбільш витривалої частини населення пішки.

#### б) Медичний захист

Заходами запобігання або зменшення ступеня ураження людей, своєчасного надання допомоги постраждалим та їх лікування, забезпечення епідемічного благополуччя в районах надзвичайних ситуацій є:

- планування і використання існуючих сил і засобів органів охорони здоров'я незалежно від їх відомчої належності;
- розгортання в надзвичайних умовах необхідної кількості лікувальних закладів;
- своєчасне застосування профілактичних медичних препаратів;
- контроль за продуктами харчування, питною водою і джерелами водопостачання;
- завчасне створення і підготовка спеціальних медичних формувань;

- накопичення медичних засобів захисту, медичного та спеціального майна і техніки;
- підготовка медичного персоналу та загальне медико-санітарне навчання населення.

#### 7) Біологічний захист

Захист від біологічних засобів ураження включає своєчасне виявлення чинників біологічного зараження, їх виду і масштабів, проведення комплексу адміністративно-господарських, режимно-обмежувальних і спеціальних протиепідемічних та медичних заходів.

Захист від біологічних засобів вимагає:

- своєчасного використання колективних та індивідуальних засобів захисту;
- введення режимів карантину та обсервації;
- знезаражування осередку ураження;
- проведення екстреної та специфічної профілактики;
- додержання протиепідемічного режиму об'єктами господарювання, лікувальними закладами і населенням.

#### 8) Радіаційний і хімічний захист.

Цей захист включає заходи з виявлення й оцінки радіаційної та хімічної обстановки, організацію і здійснення дозиметричного і хімічного контролю, розроблення типових режимів радіаційного захисту, забезпечення засобами індивідуального захисту, організацію і проведення спеціальної обробки.

Виконання вимог даного виду захисту досягається: завчасним накопиченням і підтримкою в готовності засобів індивідуального захисту і приладів радіаційної і хімічної розвідки та контролю, обсяги і місця зберігання яких визначаються диференційовано відповідно до встановлених зон небезпеки; забезпеченням зазначеними засобами перш за все особового складу формувань, який бере участь у проведенні рятувальних та інших невідкладних робіт в осередках ураження, а також персоналу радіаційно і хімічно небезпечних об'єктів економіки та населення, яке мешкає в зонах небезпечного

зараження навколо них; своєчасним впровадженням засобів, способів і методів виявлення й оцінки масштабів і наслідків застосування агресором зброї масового ураження й аварій (руйнувань) на радіаційно та хімічно небезпечних об'єктах господарювання, у тому числі літаків (вертольотів) цивільної авіації, для ведення повітряної радіаційної розвідки місцевості; створенням уніфікованих засобів захисту, приладів і комплектів радіаційної, хімічної розвідки та дозиметричного контролю як для воєнного, так і для мирного часу.

У сфері захисту населення і територій НС :

- ✓ планують і здійснюють необхідні заходи для захисту своїх працівників, об'єктів господарювання та довкілля від НС ;
- ✓ розробляють плани локалізації і ліквідації аварій (катастроф) з подальшим погодженням із спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади, до компетенції якого віднесено питання захисту населення і території від НС ;
- ✓ підтримують у готовності до застосування сили і засоби із запобігання виникненню та ліквідації наслідків НС ;
- ✓ створюють та підтримують матеріальні резерви для попередження та ліквідації НС ;
- ✓ забезпечують своєчасне оповіщення своїх працівників про загрозу виникнення або про виникнення НС .

У сфері захисту населення і територій від НС зобов'язане:

- ✓ дотримуватися заходів безпеки, не допускати порушень виробничої дисципліни, вимог екологічної безпеки;
- ✓ вивчати основні способи захисту населення і територій від наслідків НС техногенного та природного характеру, надання першої медичної допомоги потерпілим, правила користування засобами захисту;
- ✓ дотримуватися відповідних вимог у разі виникнення НС.

Системна діяльність органів державної влади у формуванні та реалізації соціально-економічної політики у період епідеміологічних загроз, виробленні політичних та управлінських рішень, посилення уваги вчених різних сфер знань

до цієї проблематики не є випадковими. Адже питання державної соціально-економічної політики, громадського здоров'я, соціального забезпечення стосуються широких верств суспільства. Світ швидко змінюється і це потребує відповідного реагування, адже зростання кількості населення, глобальні зміни клімату, стрімкий розвиток цифрової економіки, а також масштабні епідеміологічні загрози створюють як виклики, так і нові можливості.

Україна має суттєві стратегічні переваги завдяки природним ресурсам, географічному розташуванню та якості людського капіталу, що загалом може стати основою для економічного зростання держави. Натомість низка перепон стоять на заваді реалізації власного потенціалу, тому необхідно посилити свої позиції на світовій арені, що сприятиме підвищенню рівня добробуту населення, як основної мети державної соціально-економічної політики. Тому, Постановою Кабінету Міністрів України була затверджена Національна економічна стратегія на період до 2030 року, оскільки важливо мати узгоджене бачення щодо стратегічного курсу соціально-економічної політики, що враховуватиме глобальні тренди та внутрішні можливості держави.

Підставою для прийняття рішень щодо довгострокового розвитку держави та першим кроком у розробленні Національної економічної стратегії стало визначення рівня соціально-економічного розвитку України сьогодні та можливості для зростання в майбутньому. Враховуючи те, що останнім часом проблеми поширення епідеміологічних захворювань є властивою для будь-якої країни світу незалежно від її соціально-економічного рівня розвитку, в тому числі й для України, постає питання, як зменшити епідеміологічні впливи, економічне навантаження на бюджет держави, а також матеріальний тиск на українське суспільство.

Економічно розвинуті країни, де громадянин і реалізація його прав мають найвищу цінність удосконалюється формування державної соціально-економічної політики у період епідеміологічних загроз. Епідемії стали несподіваним і важливим каталізатором для позначення соціально-економічних контурів нових моделей громадянського суспільства у різних країнах світу.

Держава як регулятор суспільно-владних відносин зобов'язана створити умови для запобігання масового поширення епідемій, що ставить нові завдання перед службами соціального захисту населення на всіх рівнях, а відповідно й органами державної влади на місцях.

Дана передумова стає основою для пошуку ефективних механізмів реалізації державної соціально-економічної політики у період епідеміологічних загроз та вимагає наукового обґрунтування пропозицій в цьому напрямі. Спалахи епідеміологічних захворювань перевіряють на міцність національні системи охорони здоров'я, потенціал протидії, ступінь готовності та швидкість реагування на кризові явища епідеміологічного характеру. Для того, щоб забезпечити необхідний захист від епідеміологічних загроз, першочергова увага у тому числі повинна приділятися створенню безпечних умов праці громадян. Ключове значення має відводитися своєчасності подання інформації про поширення епідемій, засобам індивідуального захисту і навчання їх правильного використання.

Державна соціально-економічна політика має уособлювати нову систему механізмів державного управління, реалізовувати які необхідно у сукупності з застосуванням новітніх управлінських підходів на всіх структурно-функціональних рівнях. Стратегії соціально-економічного розвитку визначають ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної соціально-економічної політики у період епідеміологічних загроз, обґрунтовуючи нормативно-організаційні трансформації та реалізацію нових економічних механізмів. Також, потребує удосконалення чинна нормативно-правова база у контексті регулювання суспільно-владних відносин, що виникають у зв'язку з поширенням епідемій.

## ВИСНОВКИ

Актуальність теми роботи визначається не розробленістю системного підходу до формування та розвитку послуг сфери охорони здоров'я в умовах становлення цифрової економіки країни, яку можна ефективно використовувати в умовах переходу до четвертої промислової революції на платформі штучного інтелекту як окремо взятих суб'єктів України, так і для країни загалом.

Головний принцип побудови магістерського дослідження – проблемні наукові результати, основні положення та висновки магістерської праці представлені в семи основних групах проблем, які взаємопов'язані між собою.

Перша група розглянутих у дослідженні проблем пов'язана з систематизацією та розвитком теоретичних основ діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я за умов цифровізації економіки нашої країни. В умовах ринку особливо важливо визначити пріоритети розвитку лікувально-профілактичних установ, наголосивши на формування відповідної інфраструктури, що включає матеріально-технічне оснащення продуцентів послуг на основі інноваційних розробок у галузі ІТ технологій. На основі вивчення теоретичних, методологічних основ та практичного досвіду розвинених країн було проаналізовано національні моделі охорони здоров'я, а також визначені характеристики найбільш економічної та раціональної з них при наданні пацієнтам доступних та якісних послуг.

Друга група проблем, що порушуються в праці, пов'язана з розкриттям сутності механізму вдосконалення якості та ефективності надання послуг охорони здоров'я на сучасній цифровій платформі при масштабне застосування хмарних технологій. У запропонованій авторській трактуванні сутність механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я визначено як сукупність економічних ресурсів з одного сторони, та способів їх взаємодії для реалізації аналізованого економічного процесу надання послуг з іншого. Таке

трактування поняття «механізму» у сфері послуг дозволяє вирішити проблему усунення термінологічної невизначеності та нечіткості міркувань у теоретичних аспектах формування та розвитку сфери охорони здоров'я України.

Третя група проблем присвячена розвитку концептуального підходу до державне регулювання послуг охорони здоров'я. Визначено умови сталого розвитку сфери охорони здоров'я на основі підвищення ефективності реалізації програми державних гарантій надання споживачам безкоштовних послуг охорони здоров'я за рахунок надходження основної частини коштів із фонду. Запропоновано шляхи підвищення кваліфікації фахівців в умовах розвитку системи безперервної освіти, розвитку інформаційних технологій для надання послуг охорони здоров'я, зростання якості послуг з урахуванням дотримання професійних стандартів. Такий підхід забезпечує підвищення результативності та ефективності діяльності вітчизняних лікувально-профілактичних установ.

До четвертої групи проблем, що розглядаються в магістерській праці, слід віднести розробку моделі забезпечення споживачів, проживають у віддалених та важкодоступних регіонах країни, послугами охорони здоров'я із застосуванням інформаційно-комунікаційного технологій. Ця модель дозволяє на ранній стадії виявляти категорії пацієнтів від тих, хто не потребує постійного медичного спостереження, до потребують високотехнологічного медичного втручання. Це у свою чергу є основою для реалізації якісних управлінських рішень керівників продуцентів послуг сфери охорони здоров'я за умов скорочення лікувально-профілактичних установ у важкодоступних районах суб'єктів України.

Обґрунтованість наукових положень, висновків та рекомендацій підтверджується:

- Науковою методологією дослідження, заснованої на вивченні та узагальненні праць українських та зарубіжних учених з проблем формування та розвитку охорони здоров'я, інформаційної інфраструктури, теорії та практики сфери послуг, концептуальними підходами, втіленими у законодавчих актах

України та офіційні нормативно-методичні документи;

- Системним підходом та інструментами математичного, економіко-статистичного, фінансового та ситуаційного аналізу, методу статистичних оцінок та моделювання, а також апробацією та практичним використанням результатів дослідження.

Наукова новизна роботи полягає як у поставлених автором завданнях дослідження, і у методах, що використовуються їх вирішення. У праці вперше отримано такі наукові результати:

- Визначено механізм управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я як ресурсне забезпечення процесу, його речова частина і включає сукупність взаємозалежних елементів, "налаштованих" виконання функції надання послуг охорони здоров'я, що взаємодіють в умовах мінливої парадигми глобального ринку загалом;

- Запропоновано структурну схему механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я на основі передових досягнень у сфері хмарних технологій, побудові нейромереж, обробці великих даних, що складається з продуцентів послуг, фахівців, одержувачів послуг (пацієнтів), важелів та інструментів, що забезпечують функціонування його підсистем;

- Розроблено методику інтегральної оцінки результатів діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я на основі збалансованої системи показників, вперше визначених для даної системи, та включають показники їх діяльності такі як: кількість дистанційно наданих послуг продуцентами, питома вага одержувачів послуг, які отримали своєчасну екстрену послугу, які проживають у важкодоступних районах; питома вага продуцентів послуг, що мають вихід в інтернет, телемедичні центри та вузли;

- Питома вага робочих місць спеціалістів, оснащених комп'ютерним обладнанням; питома вага продуцентів послуг охорони здоров'я, які впровадили цифрові технології;

- Виявлено особливості концептуального підходу до державного регулювання у сфері послуг охорони здоров'я з урахуванням соціальних

принципів: права споживачів послуг на збереження та покращення здоров'я, віднесення здоров'я громадян до фактору забезпечення державної безпеки, економічна ефективність функціонування продуцентів сфери охорони здоров'я, отримання доступних висококваліфікованих послуг, яких необхідно дотримуватись при розробці законодавчих актів регулюючих організацію та функціонування державного та недержавного секторів сфери охорони здоров'я країни;

- Розроблено концептуальну архітектуру інформаційної системи для надання послуг охорони здоров'я в умовах цифровізації галузей народного господарства;

- Запропоновано комплекс інтеграційних заходів для забезпечення високої працездатності аналітичних модулів інформаційних систем регуляторів та установ охорони здоров'я України.

Надання консультаційної підтримки некомерційним організаціям сфери охорони здоров'я може бути у формі: організації консультаційного відділу при Міністерстві охорони здоров'я, компенсації витрат, зроблених некомерційними організаціями сфери охорони здоров'я та документально підтверджених на оплату консультаційних послуг. Залучення некомерційних організацій сфери охорони здоров'я на виконання програми державних гарантій надання одержувачам послуг безкоштовно – є формою організаційно-економічної підтримки, що сприяє формуванню та розвитку ринку послуг сфери охорони здоров'я, буде стимулом для залучення додаткових джерел фінансування у межах позабюджетної діяльності.

Фінансова підтримка здійснюється у вигляді бюджетного фінансового забезпечення Програми державних гарантій надання отримувачам послуг безкоштовно; фінансування державних замовлень, цільовими асигнуваннями виконання державних програм, а також виділення субсидій на реалізацію деяких видів діяльності продуцентів послуг, у тому числі надання соціальних послуг під час використання цифрових платформ; державних дотацій у модернізацію та реконструкцію сфери охорони здоров'я; пільгового

оподаткування, що сприятиме виникнення нових продуцентів послуг; створення умов отримання кредитних позик із низькою процентною ставкою.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження на розгляд представлені теоретичні положення, які сприяють формуванню механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах становлення цифрової економіки. Завдання дослідження вирішено практично у вигляді розробленої методики інтегральної оцінки результатів діяльності продуцентів послуг аналізованої сфери діяльності на основі науково обґрунтованої збалансованої системи показників оцінки діяльності продуцентів послуг за умов цифровізації галузей народного господарства. Результати дослідження апробовані у низці діяльності продуцентів послуг з охорони здоров'я, що підтверджується документально.

Слід відзначити, що застосування цифрових платформ для надання послуг охорони здоров'я в Україні перебуває на початку свого розвитку. При масштабному їх впровадженні на рівні суб'єктів України, що відповідає налаштуванню, наявності висококласних фахівців, організації інформаційної інфраструктури будуть досягнуті великі конкурентні переваги тільки в області, що розглядається нами, а й національної економіки країни в загалом. У цьому успішний розвиток послуг охорони здоров'я безпосередньо пов'язані з цифровізацією економіки України.

Практичні рішення поставлених завдань, які розглянуті у магістерській праці, необхідно реалізовувати з урахуванням застосування сучасних наукових досягнень у сфері цифровізації, управління бізнес-процесами продуцентів послуг, спрямованих на підвищення їхньої клієнто-орієнтованості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Авер'янов Вадим Борисович. Вибрані наукові праці / Упорядники: Андрійко О.Ф., (керівник колективу), Нагребельний В.П., Кисіль Л.Є., Педько Ю.С., Дерещ В.А., Пухтецька А.А., Кірмач А.В., Люлька Л.В. [За заг. ред.: Ю.С. Шемшученко, О.Ф. Андрійко]. Київ: Інститут держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2011. 448 с.
2. Адміністративне право України. Загальна частина. Академічний курс: [підруч.] / за заг. ред. академіка НАПрН України О.М. Бандурки. Харків: Золота миля, 2011. 584 с.
3. Апанасенко, К.І. Державне регулювання та нагляд (контроль) у сфері господарської діяльності : навч. посіб. Чернігів : ЧНТУ, 2018. 275 с.
4. Білокур Є.І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання. Дис... канд.. юрид. наук. 12.00.07. Одеса, 2015. 194 с.
5. Белей Є.Н. Контроль і нагляд у сфері охорони громадського здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки. 2018. № 5. С. 41-48.
6. Буряк І. О. Адміністративно-правове регулювання у сфері забезпечення права громадян України на охорону здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. юрид. наук: спец 12.00.07. Київ, 2013. 20 с.
7. Васечко Л. О. Місце сучасного медичного права у системі права України. Публічне право. 2016. № 3. С. 60-65.
8. Велика українська юридична енциклопедія: у 20 т. Х.: Право, 2016. Т. 3: Загальна теорія права / Редкол.: О.В. Петришин (голова) та ін.; Нац. акад.. прав. наук України; Ін-т держави і права імені В.М. Корецького НАН України; Нац. юрид. ун-т імені Ярослава Мудрого. 2017. 952 с.
9. Гаудер Пол. Верховенство права в реальному світі / Пол Гаудер; пер. з англ. Д. Вовк, В. Гончаров, К. Горобець та ін.; кер. проекту Д. Лученко; наук. ред. Д. Вовк. Харків: Право, 2018. 392 с.

10. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання громадського контролю за наданням медичної допомоги в Україні. Адміністративне право і процес. 2013. № 2. С. 139-149.
11. Головончук І. Опікунська рада при закладі охорони здоров'я: як створити й організувати ефективну роботу: інформаційно-метод. посіб. / І. Головончук, Д. Непочатова, Л. Сідельнік. Київ, 2013. С. 60.
12. Гомон Д. О. Сутність адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я. Південноукраїнський правничий часопис. 2015. № 1. С. 66-67.
13. Гринчук Ю.С., Шемігон О.І., Вихор М.В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. Ефективна економіка. 2019. № 4.
14. Грін О. О. Загальне медичне право: навчальний посібник: Альбом схем. Ужгород: Вид-во «ФОП Сабов А.М.», 2017. 208 с.
15. Демченко І. С. Вжиття заходів загального характеру, як складова виконання рішень Європейського суду з прав людини у справах пов'язаних з медициною. Журнал східноєвропейського права. 2015. № 11. С. 21–26.
16. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
17. Державний контроль у сфері господарської діяльності з медичної практики: МОЗ України планує взяти на себе це повноваження. Аптека. 2014. 28 вересня // <https://www.apteka.ua/article/30>.
18. Дудик І.М. Державний контроль Антимонопольного комітету України за узгодженими діями суб'єктів господарювання / І. М. Дудик; за заг. ред. В. П. Нагребельного. Київ : Вид. дім "Персонал", 2017. 167 с.
19. Єдинак Т.С. Контроль як функція державного управління: сутність та класифікація. Вісник Академії митної служби України. Серія : Державне управління. 2011. № 1. С. 26-31.

20. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку / [С. М. Прилипко, О. М. Ярошенко, Т. А. Занфірова, Я. А. Аркатов]. Харків : Право, 2017. 205, [1] с.
21. Зайчук О.В. Принципи права у контексті розвитку загальної теорії держави і права. Альманах права. Основоположні принципи права як його ціннісні виміри. Науково-практичний юридичний журнал. Випуск 3. К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2012. С. 21-27.
22. Ісаков М.Г. Державний контроль у сфері підприємницької діяльності: адміністративно-правові засади. Харків : НікаНова, 2014. 398 с.
23. Камінська Т. М., Костюченко О.Є. Правові засади розвитку договірної економіки в охороні здоров'я України. Економічна теорія та право. 2016. № 4. С. 57-66.
24. Князевич В.М., Авраменко Т.П., Короленко В.В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ при Президентіві України. 2016. № 1. С. 56-65.
25. Коваль А. М. Статус пацієнта: адміністративно-правове регулювання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Ірпінь, 2010. 20 с.
26. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 46-48.
27. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. Державне управління та місцеве самоврядування. 2015. Вип. 2. С. 147-159.
28. Лавриненко О. О. Адміністративно-правове регулювання профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. на

- здобуття наук. ступеня канд. юр. наук: спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; Інформаційне право». Київ, 2015. С.20, [1].
29. Лівак П. Є. Правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Ірпінь, 2010. 21 с.
30. Літінська Я.Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форм контролю за якістю надання медичної допомоги. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис. Розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17-18 квітня 2008 р. м. Львів) / Львів: Вид-во ЛОБФ „Медицина і право”, 2008. С. 149- 154.
31. Ліфінцев О.В. Принципи здійснення контролю у сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки». 2015. Вип. 3-2. Том 1. С. 156-159.
32. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. – 244 с.
33. Лозовська Л. І., Трофименко Г. С. Моделювання систем управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Дніпропетровськ: Герда, 2015. 197 с.
34. Майданик Р. А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63-74.
35. Мальцев О.В. Медицинское право. Сущность и особенности государственного контроля в сфере здравоохранения. Реформы в медицине. Материалы научного семинара. Пенза, 2016. С. 26-29.
36. Марцеляк О., Волошин Ю. До питання запровадження в Україні уповноваженого з прав людини у сфері охорони здоров'я // Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд: матеріали

- Всеукраїнської науково-практичної конференції (29 листопада 2018 року, м. Київ). Одеса: Фенікс, 2019. С. 81–84.
37. Матюха Л. Без (порядок) надання первинної медичної допомоги: хто буде крайнім?. Ваше здоров'я. 2018. 23 березня. С. 10–12.
38. Мороз М.І. Державна політика охорони здоров'я в Україні та основні засади її практичної реалізації. Наукові праці МАУП. 2012. Вип. 4. С. 58-61.
39. Надеждин В.П. Сущность государственного контроля. Учебное пособие. Орел, 2017. 37 с.
40. Оболенський О. Ю. Опорний конспект лекцій з навчальної дисципліни «Публічне управління» : наук. розробка / О. Ю. Оболенський, С. О. Борисевич, С. М. Коник. – Київ : НАДУ, 2011. 56 с.
41. Оксьом І.Г. Адміністративно-правові основи державного контролю у соціальній сфері. Публічне право. 2017. № 2. С. 64-72.
42. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я // Український медичний часопис. — 2017. — № 2. — С. 1—6.
43. Півоваров К.В. Особливості фінансового контролю як функції державного управління. Інвестиції: практика та досвід. 2013. № 13. С. 89- 92.
44. Принципи цивільного, господарського та адміністративного судочинства / [Брус І. І. та ін. ; за ред. Козьякова І. М.] ; Генер. прокуратура України, Нац. акад. прокуратури України. — Київ : Нац. акад. прокуратури України, 2018. — 257 с.
45. Приходько. Т. Громадський контроль у системі охорони здоров'я // Ваше здоров'я. – 2015. – 11 грудня // <http://www.vz.kiev.ua/gromadskij-kontrol-u-sistemi-oxoroni-zdorovya>.
46. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 // Офіційний вісник України. 2018. № 15. Ст. 507.

47. Романова А. А. Фінансування галузі охорони здоров'я як окремий елемент системи забезпечення права людини на здоров'я. Публічне право. 2013. №1(9). С.113—118.
48. Самілик Л.О. Адміністративно-правові основи регулювання охорони здоров'я громадян в Україні: дис. ... канд. юр. наук. Київ: спец. 12.00.07. Київ, 2013. 213 с.
49. Сіделковський О.Л. Правове забезпечення єдиного медичного простору України: до постановки питання. Публічне право. 2018. № 2. С. 126–131.
50. Сіделковський О.Л. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Публічне право. 2020. № 1. С. 116–123.
51. Скрипник О.А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. наук з держ. управл.: спец. 25.00.01 «Теорія та історія державного управління» / О.А. Скрипник. – Дніпропетровськ, 2011. – 20 с.
52. Сошинський С.О., Герус О.М. Система громадського контролю в галузі охорони здоров'я: ризики та вигоди для професійної спільноти і пацієнтів. Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. 2014. № 1. С. 76-81.
53. Співак М.В. Державна політика здоров'я збереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2016. 536 с.
54. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. Публічне право. 2013. № 2 (10). С. 57–63.
55. Стеценко С.Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. Публічне право. 2017. № 4. С. 57–61.

56. Тимошенко В. А. Наркополітика, екологія, громадське здоров'я. Наук. доповідь за матеріалами практики та аналізу національної стратегії щодо наркотиків. Київ: Логос, 2013. 24 с.
57. Токарев Г. М. Адміністративно-правове регулювання реформування охорони здоров'я в умовах запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування : дис... канд. юрид. наук : 12.00.07 Київ, 2012. 201 с.
58. Удовика Л., Тихомиров О., Дічко Г. Системи охорони здоров'я Польщі та України в компаративному вимірі. Конституційні засади медичної реформи в Україні: матеріали Медико-правового форуму (м. Харків, 6 груд. 2019 р.). Харків: Право, 2019. С. 95–96.
59. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019: Спільний звіт Всесвітньої організації охорони 183 здоров'я та Світового банку. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2019. 86 с.
60. Фан Ч. Система охорони здоров'я України: час змін // Дзеркало тижня. 2015. № 12.
61. Шатковська І.В. Адміністративно-правове забезпечення лікарської таємниці в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2010. 198с.
62. Шатковська Д. М. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я при соціально небезпечних захворюваннях : дис... канд. юр. наук. : спец. 12.00.07. Київ, 2016. 215 с.
63. Шафранчук В.П. Стандартизація у медицині: аргументи прихильників та опонентів. Державне будівництво сьогодні. Матеріали круглого столу (Херсон, 16 червня 2010 р.). Херсон, 2010. С. 89-91.
64. Шевчук Н. В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: дис... канд. юрид. наук :. 12.00.07. Київ, 2015. 200 с.
65. Шуткевич О. Медична реформа: вигляд знизу. Ваше здоров'я. 2018. 12 березня. С. 16–17.

66. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень. Київ, 2011. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/schodo-prioritetnikhnapyamiv-vdoskonalennya-vitchiznyanoi-sferi>.
67. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». Київ, 2018. 368 с.
68. Ярмач І.М. Поняття і зміст принципів публічності, законності, компетентності. Наше право. 2014. № 1. С. 174-180.
69. Del Puente A., Esposito A., Lombardi V., Bova A., Zecca R., Torella R. The complex interplay between health services administration, health professionals and patients // A challenge to take up. *Recenti Prog Med*. 2013 Feb. Vol. 104 (2). P. 49–53.
70. Sidelkovsky O. State, communal, departmental and private medical institutions in the single medical space of Ukraine: administrative and legal principles // *Visegrad Journal on Human Rights*. 2020. № 1. С. 196–200.
71. Todorovski N. Medical law and health law is it the same? // *Acta Medica Medianae*. 2018. Vol. 57 (2). P. 34–39.
72. Wattad, Mohammed S., Hrevtsova, Radmyla Yu., «Reflections on International Medical Law». *The International Journal «Medicine and Law»*. 2011. Vol. 30 (4). P. 449–460.