

РЕФЕРАТ

циклу наукових праць на здобуття щорічної премії Президента України
для молодих вчених на тему:

«Розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я України в умовах внутрішніх трансформацій і глобальних викликів»

Автор: к.е.н., с.н.с. Левицька Ольга Олександрівна

Мета циклу наукових праць – дослідження стану, тенденцій та проблем розвитку людських ресурсів системи охорони здоров'я України в умовах реформування галузі і глобальних трансформацій, розробка науково-методологічного інструментарію комплексного оцінювання кадрової політики в охороні здоров'я із врахуванням регіональної специфіки її формування; обґрунтування практичних рекомендацій щодо механізмів збереження та розвитку людського потенціалу системи охорони здоров'я на шляху ревіталізації галузі і забезпечення високих стандартів здоров'я.

Наукова новизна представленого циклу праць полягає у розробці науково-методологічних підходів до аналізу ефективності кадрової політики в охороні здоров'я, а також в обґрунтуванні впливу людського потенціалу галузі на стан здоров'я населення. Авторська методика інтегрального оцінювання здоров'я базується на комплексному вивченні демографічних, медико-санітарних індикаторів, показників рівня і якості медичної допомоги населенню, а також уможливорює високу чутливість інтегрального індексу здоров'я до зміни факторів формування та розвитку людського потенціалу галузі. Запропонований науковий підхід відкриває широкі перспективи у моделюванні кадрової політики в системі охорони здоров'я і дозволяє виявити основні важелі впливу на показники здоров'я населення України.

У циклі наукових праць «Розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я України в умовах внутрішніх трансформацій і глобальних викликів» розроблено категорійно-понятійний апарат предмету дослідження, що враховує еволюцію концептуальних підходів до управління людськими ресурсами, запропоновано авторське визначення людського потенціалу і кадрової політики у сфері охорони здоров'я за результатами аналізу дефініцій передових вітчизняних і зарубіжних науковців. На основі системологічного підходу автором досліджено структуру, види та особливості формування галузевої кадрової політики, нормативно-правову складову середовища її формування, а також систему індикаторів ефективності політики розвитку людського потенціалу охорони здоров'я регіону (на прикладі Львівської області) у порівнянні з міжнародними критеріями. Здійснено економіко-математичне моделювання взаємозв'язку підсистем кадрової політики та інтегрального індексу здоров'я населення (залежної змінної); обґрунтовано пріоритетні напрями та перспективні цілі державної політики розвитку людських ресурсів системи охорони здоров'я на основі комплексного аналізу людського потенціалу галузі та нормування кадрових показників відповідно до міжнародних рекомендацій та вимог українського законодавства.

У руслі гуманістичного підходу автор визначає категорію людського потенціалу системи охорони здоров'я як поєднання кількісних та якісних параметрів людських ресурсів, що є головним фактором життєздатності та розвитку галузі (ресурсний контекст). Людський потенціал розглядається також як об'єкт кадрової політики, котра регулює його величину і якість. Водночас, поняття кадрової політики в системі охорони здоров'я трактується як головний напрям (вектор) управління людськими ресурсами, який визначається системою теоретичних поглядів, ідей, імперативів та практичних заходів, форм і методів у конкретних соціально-економічних умовах. При цьому підкреслено складність і поліаспектність людських ресурсів галузі у зв'язку з їх поділом на: 1) реальні (активні) та потенційні (студенти, інтерни) людські ресурси; 2) медичних (лікарі і середній медичний персонал), допоміжних, управлінських та інших працівників, що забезпечують функціонування галузі; 3) в частині управлінських кадрів – на безпосередніх та опосередкованих організаторів охорони здоров'я різних рівнів. Разом ці категорії утворюють систему людських ресурсів – носіїв унікального потенціалу, збереження якого потребує ефективного управлінського механізму.

Автором висунуто і концептуально представлено наукову гіпотезу про те, що кадрова політика в системі охорони здоров'я в умовах реформування галузі є ключовим інструментом для збереження, зміцнення та розвитку її людського потенціалу, котрий, в свою чергу, значною мірою визначає стан здоров'я населення і якість медичних послуг у країні чи регіоні (рис. 1).

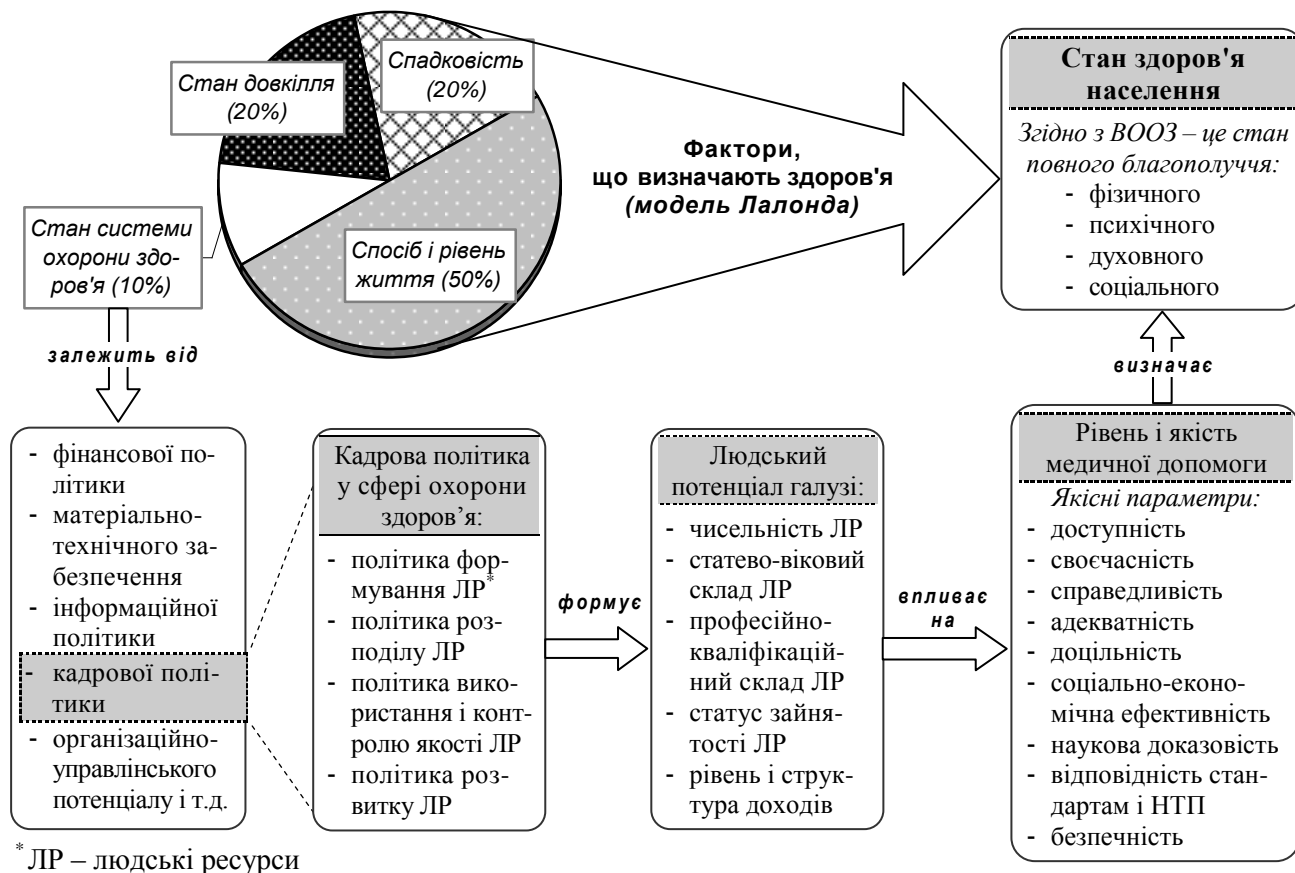


Рисунок 1 – Концептуальна модель впливу людського потенціалу системи охорони здоров'я і відповідної кадрової політики на рівень та якість медичної допомоги і стан здоров'я населення

На основі контент-аналізу нормативно-правової бази, звітних документів профільного міністерства та його територіальних підрозділів, висновків експертів-практиків та інших джерел, що висвітлюють питання людських ресурсів галузі, в авторських дослідженнях систематизовано особливості кадрової політики у сфері охорони здоров'я України, які полягають у тому, що вона:

1) не має чітких офіційно сформульованих цілей, пріоритетів і завдань (ризик зменшення людського потенціалу охорони здоров'я);

2) акцентує увагу в основному на невідкладних напрямках удосконалення кадрової роботи (реактивно-превентивний підхід), відсутність комплексного бачення системи управління людськими ресурсами охорони здоров'я;

3) переважно декларативна (більшість проголошуваних цілей і заходів є загальними, неконкретними);

4) формально закріплена у різних законодавчих, нормативних та програмних документах (автором підкреслена необхідність цільового стратегічного плану, програми чи концепції розвитку людських ресурсів у системі охорони здоров'я для узгодження практичних дій у цій сфері);

5) сприяє розвитку людського потенціалу галузі через міжнародні угоди України, котрі забезпечують обмін спеціалістами (медичними, викладацькими і науковими кадрами) у сфері охорони здоров'я, їх підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації на договірній основі;

б) поглиблює деструктивні наслідки, пов'язані із зростанням зовнішньої міграції медичних працівників, зменшенням кількості практикуючих лікарів, дисбалансом кількості лікарів та середнього медичного персоналу, дефіцитом кадрів первинної ланки охорони здоров'я, нестачею медичних працівників у сільській місцевості, низьким рівнем оплати праці у галузі (на 17% менший відносно показника в освіті, на 52% – порівняно з показником у промисловості);

7) відносно диференційована (існують соціальні пільги та заохочення для працівників сільських медичних закладів і первинної ланки охорони здоров'я, диференційований підхід до атестації і підвищення кваліфікації кадрів);

8) не гарантує високої ефективності зайнятості працівників, оскільки у вітчизняній охороні здоров'я спостерігається велика плінність кадрів, зростання безробіття серед випускників-медиків, недоукомплектованість штатних посад за окремими спеціальностями та в сільській місцевості.

Таку специфіку кадрової політики у галузі автор пояснює цілим набором методологічних, організаційних, структурних, аксіологічних і соціально-моральних труднощів її реалізації. Існує складність у передбаченні наслідків тих чи інших кадрових рішень, які можуть проявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованому аналізу, а також відсутність чітких критеріїв та методики оцінювання людського потенціалу та ефективності галузевої кадрової політики.

Для підтвердження висунутої наукової гіпотези розроблено методіку комплексного оцінювання стану здоров'я населення та апробовано її на прикладі Львівської області для подальшого використання при аналізі ефективності регіональної кадрової політики в медичній галузі. Автор зауважує, що жоден із традиційно використовуваних у міжнародній та вітчизняній практиці показників (коефіцієнт дитячої смертності, очікувана тривалість життя при народженні,

загальна захворюваність, індекси DALY, HALY і т.д.) не дозволяє дати репрезентативну оцінку рівня здоров'я населення відповідно до критеріїв-вимог Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). У зв'язку з цим загальну характеристику здоров'я населення можна отримати тільки шляхом об'єднання показників у складний комплекс. Одним із таких індикаторів може виступити запропонований у циклі наукових праць індекс.

Авторський підхід базується на багатомірному статистичному аналізі трьох груп індикаторів (демографічні показники, медико-санітарні показники, індикатори рівня та якості медичної допомоги) із 21 частковим індикатором та розрахунку інтегрального показника за допомогою методу Index-Numbers (зважування індексів багатомірних середніх величин відносно базового періоду). При розробці алгоритму обчислення інтегрального індексу здоров'я автором врахований вплив різних чинників (детермінант) на досліджуваний об'єкт, істотність та характер їх впливу, мультиколінеарні (висококорельовані) зв'язки і достовірність кореляції. Особливістю запропонованої методики є те, що вона дає змогу оцінити стан здоров'я населення із врахуванням як "негативних" показників (смертності, захворюваності, інвалідності, абортів, летальності і ін.), так і тих, що мають позитивний вплив (показники народжуваності, тривалості життя, доступності амбулаторної і стаціонарної допомоги, стаціонарозамінних форм лікування, сімейної медицини) на інтегральний індекс.

Початково методика була використана для оцінювання здоров'я населення Львівської області за період з 2000 по 2010 рр. Згодом розрахунки були продовжені до 2015 року і представлені в авторській науково-аналітичній записці «Комплексне оцінювання здоров'я населення регіону та його значення для реалізації медичної реформи в Україні (на прикладі Львівської області)». Результати дослідження враховані при розробці Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2017-2020 рр. та інших документів (лист № 02-вих-1493 від 26.12.2017 р., Львівська обласна рада).

Протягом аналізованого періоду (16 років) поступовий вихід регіону із соціально-економічної кризи, деяка стабілізація ринкових відносин, поліпшення якості життя сприяли нормалізації демографічних процесів у Львівській області, покращенню рівня та якості медичної допомоги, що в кінцевому результаті забезпечило позитивну динаміку інтегрального показника порівняно з 2000 роком, прийнятим за базовий. Рівень здоров'я жителів Львівської області протягом усього досліджуваного періоду був вищим від базового. Максимальне значення інтегрального показника здоров'я спостерігалось у 2012 році (1,52). Крім того, помітно різкий спад (до 1,23) рівня здоров'я населення області у 2008 році (рис. 2). Таку тенденцію можна пов'язати із соціально-економічною нестабільністю як загалом в країні та світі, так і в досліджуваному регіоні зокрема. Спад економічного розвитку, високий рівень безробіття, депопуляція, несприятливі зміни вікового складу населення, а також екологічні наслідки катастрофи на ЧАЕС не могли не вплинути на рівень здоров'я мешканців Львівської області, у результаті чого за останнє десятиріччя істотно зросли окремі показники смертності й захворюваності (зокрема пов'язані з онкологією, ВІЛ/СНІДом та іншими причинами).

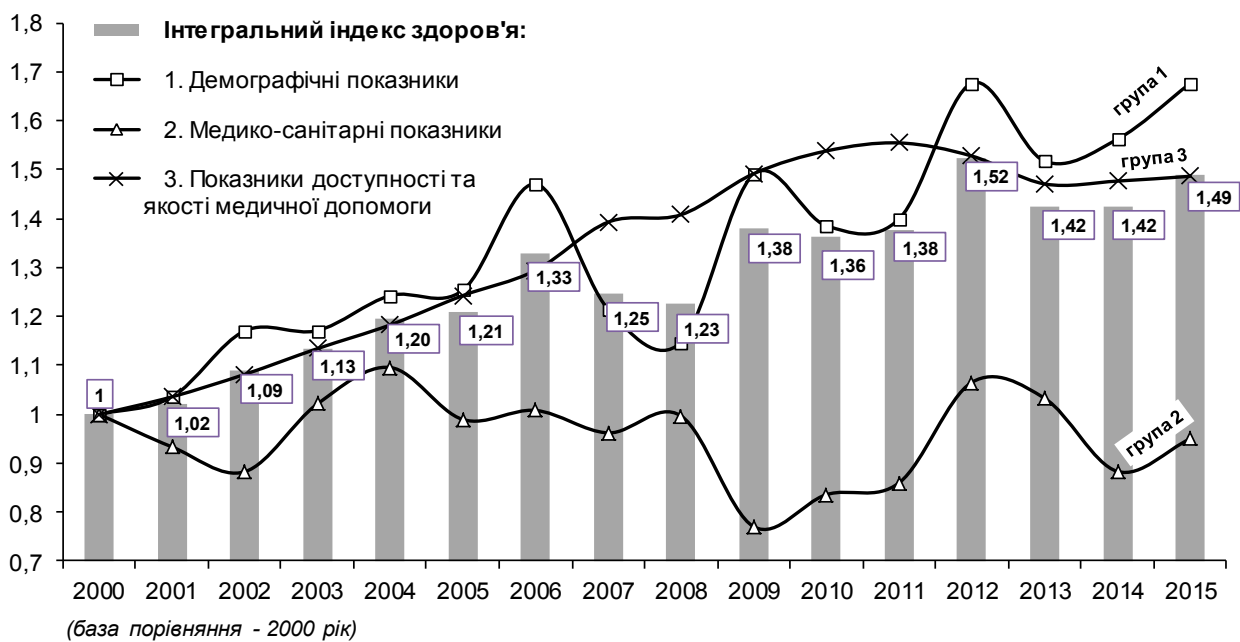


Рисунок 2 – Інтегральний індекс здоров'я населення Львівської області та його компонентна структура (2000-2015 рр.)

З практичної точки зору, авторська методика є універсальною, валідною, легко інтерпретованою, відтворювальною, чутливою до змін оцінюваних процесів, зручною для прогнозування зміни інтегрального показника та його компонентних груп, тобто відповідає усім критеріям ВООЗ.

Значна увага автором відводиться обґрунтуванню концепції аналізу людського потенціалу сфери охорони здоров'я за 5 функціональними напрямками відповідної кадрової політики (формування, розподіл, оцінювання та розвиток, мотивація працівників, контроль якості людського потенціалу і медичних послуг). Виявлено низку «вузьких місць» за кожним напрямком, зокрема:

- нерівномірність розподілу медичних працівників у країні та регіонах, невідповідність співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу (за рекомендацією експертів ВООЗ оптимальним вважається співвідношення 1 : 4 – 1 : 5, а в Україні, як і Львівській області, цей показник фіксується на рівні 1 : 2);
- гостру нестачу фахівців окремих спеціальностей у закладах охорони здоров'я (сімейних лікарів, фтизіатрів, патологоанатомів, акушерок, лаборантів, асистентів тощо);
- недостатню кількість практикуючих лікарів (особливо у сільській місцевості, де бракує понад 5 тис. спеціалістів) на тлі великої чисельності лікарських кадрів загалом;
- недоступність платної форми навчання у вищих медичних закладах вищої освіти Львівської області (для прикладу, в університеті рівень оплати є найвищим в Україні), що обмежує доступ мешканців інших міст та областей до регіонального ринку вищої медичної освіти;
- невідповідність чисельності і структури медичних кадрів стратегічним завданням реформування системи охорони здоров'я;
- несформованість інституту лікарів загальної практики (сімейної медицини) – основи первинної медико-санітарної допомоги;

- неефективну політику оплати праці і великий розрив між рівнем заробітної плати в охороні здоров'я та промисловості, що посилює відтік медичних кадрів (пропорція складає 1 : 2 при середньомісячній заробітній платі працівника охорони здоров'я в Україні у 2017 р. – 5023 грн.);

- відсутність єдиного комплексного документу (програми, стратегії) щодо реалізації кадрової політики в галузі як на національному, так і регіональному рівні.

У представленому циклі наукових праць проаналізовано також ефективність кадрової політики у системі охорони здоров'я на прикладі Львівської області. Ефективність оцінена в економічному, соціальному та інтелектуально-інноваційному аспектах. Так, економічну ефективність галузевої кадрової політики розраховано як співвідношення обсягу послуг у сфері охорони здоров'я, реалізованих населенню, та обсягу витрат бюджету області на персонал (у 2010 р. рівень економічної ефективності становив 0,30 або 30%). За основу соціальної ефективності взято попередньо розрахований інтегральний індекс здоров'я. Водночас, коефіцієнт інтелектуально-інноваційної ефективності кадрової політики становив 1,01, його значення було обчислено як відношення обсягу наукових та науково-технічних робіт у галузі медицини, виконаних науково-дослідними установами до обсягу загальних витрат на дослідження і розробки у галузі. У підсумку комплексний показник ефективності регіональної кадрової політики (E_k) в охороні здоров'я розраховувався за формулою $E_k = \sqrt[n]{E_1 \times E_2 \times \dots \times E_n}$ (де $E_1, E_2, E_3, \dots, E_n$ – види ефективності кадрової політики).

На основі такого авторського підходу з'ясовано, що рівень майже усіх видів ефективності кадрової політики в системі охорони здоров'я регіону за період з 2008 по 2010 рр. знижувався. Комплексний показник у 2010 р. становив 0,716 (на 9,29% менше порівняно з 2008 р.). Це свідчить про те, що ресурси, витрачені на проведення регіональної кадрової політики, не забезпечували відповідного результату – 28,4% з них використовувалися неефективно.

На увагу заслуговує здійснене автором економіко-математичне моделювання взаємозв'язку елементів кадрової політики (18 відібраних факторів) та інтегрального індексу здоров'я населення (залежної змінної) для виявлення основних важелів впливу на кінцеву мету галузі охорони здоров'я, яка полягає у поліпшенні стану здоров'я населення. Аналіз виконано на прикладі Львівського регіону. Відбір факторів для багатофакторного кореляційно-регресійного аналізу в межах кожної групи (функціонального напрямку кадрової політики) проводився за двома критеріями: наявність кореляції із результативною ознакою та відсутність мультиколінеарності.

За результатами моделювання (табл. 1) виявлено чотири ключові параметри рівняння регресії: частка середнього медичного персоналу сільської місцевості, рівень заробітної плати працівників, чисельність випускників-медиків та науковців у галузі. Найбільший вплив на залежну змінну (здоров'я населення) має частка середнього медичного персоналу сільської місцевості (*Beta*-коефіцієнт становить 0,382). Автор пояснює це тим, що доступність первинної медичної допомоги у сільській місцевості забезпечують переважно середні медичні працівники, тому навіть незначні зміни у забезпеченості

сільського населення такими спеціалістами здатні суттєво позначитись на показниках здоров'я. При цьому слід враховувати і те, що частка сільського населення у Львівській області складає майже 40% і є набагато більшою, ніж, наприклад, у східних регіонах України. Другим за величиною впливу є фактор заробітної плати штатних працівників у системі охорони здоров'я ($Beta = 0,308$). Слід підкреслити, що такий важливий параметр, як заробітна плата у сфері охорони здоров'я, не виконує ті функції, які на неї покладаються – відтворювальну, вартісну і спонукальну, оскільки рівень оплати праці у галузі є одним із найнижчих у соціальному секторі вітчизняної економіки. Ще однією важливою складовою людського потенціалу охорони здоров'я, за результатами моделювання, визначено чисельність випускників-медиків ($Beta = 0,295$). Серед параметрів рівняння регресії найменший внесок у варіацію інтегрального індексу здоров'я здійснює показник чисельності фахівців, які виконують наукові і науково-технічні роботи ($Beta = 0,281$), однак це теж важіль впливу.

Таблиця 1 – Результати побудови регресійної залежності рівня здоров'я населення від компонентів кадрової політики у системі охорони здоров'я (оцінка методом покрокової регресії з F -включенням, *Statistica 6.0*)

Параметри рівняння регресії і частинні коефіцієнти Фактори та множинні коефіцієнти	П О З Н А Ч Е Н Н Я	Стандартизовані регресійні коефіцієнти $Beta$	Стандартна похибка $Beta$ (σ_{Beta})	Нестандартизовані регресійні коефіцієнти (b)	Стандартна похибка b (σ_b)	t -критерій Ст'юдента, $t(5)$	Рівень значимості (p)	Частинна кореляція		
								частинні коефіцієнти кореляції	напівчастинні коефіцієнти кореляції	коефіцієнти детермінації
Вільний член	b_0			-0,155	0,113	-1,374	0,228			
Частка фонду заробітної плати штатних працівників	x_{42}	0,308	0,130	0,314	0,133	2,363	0,065	0,726	0,143	0,782
Частка середнього медперсоналу сільської місцевості	x_{25}	0,382	0,075	0,643	0,126	5,103	0,004	0,916	0,310	0,343
Чисельність штатних фахівців, які виконували наукові і науково-технічні роботи	x_{11}	0,281	0,091	0,305	0,099	3,082	0,027	0,809	0,187	0,558
Чисельність випускників за напрямом «Медицина»	x_{13}	0,295	0,099	0,243	0,081	2,988	0,031	0,801	0,181	0,623
Коефіцієнт множинної кореляції	R	0,99074069								
F-критерій Фішера	F	66,56358 > $F_{\text{табл.}}$ (модель адекватна)								
Коефіцієнт детермінації	R^2	0,98156711								
Скоригований коефіцієнт детермінації	$R_{\text{ск}}^2$	0,96682080								
Степені свободи	df	4, 5 при $p = 0,00016$								
Стандартна похибка	σ_Y	0,018312047								
Рівняння множинної регресії: $Y = -0,155 + 0,314 x_{42} + 0,643 x_{25} + 0,305 x_{11} + 0,243 x_{13}$										

Усі фактори, що увійшли до рівняння множинної регресії, є стимуляторами, оскільки регресійні коефіцієнти є додатними (за винятком b_0). Це означає, що зростання факторних змінних позитивно впливає на результативний показник.

Так, для прикладу, при 1%-му підвищенні значень кожної факторної змінної (x_{42} , x_{25} , x_{11} , x_{13}) у рівнянні множинної регресії величина інтегрального показника (Y) збільшиться на 1,2%, тобто на таку величину покращиться сукупний стан здоров'я населення регіону. На основі одержаного рівняння множинної регресії можна не лише прогнозувати значення результативної ознаки, а й передбачати її зміну залежно від поставлених цілей, що може суттєво підвищити ефективність кадрової політики в системі охорони здоров'я. Як свідчать результати економіко-математичного моделювання, серед усіх напрямків кадрової політики пріоритетною виявлено підсистему освітньо-наукового потенціалу галузі, котра є основою генерування і поширення нових знань в охорони здоров'я. Однак розвиток цієї підсистеми є проблематичним у контексті негативного впливу глобальних чинників.

Окрема частина циклу присвячена вивченню глобальних викликів для вітчизняної системи охорони здоров'я. Найбільше ризиків і загроз, на думку автора, породжує трудова міграція медичних працівників, масштаби якої постійно збільшуються. Велика частка молодих фахівців після закінчення навчальних закладів «відсіюється» через важкі, часто небезпечні умови праці, соціальну незахищеність, низький рівень оплати праці, а також загальне зниження престижності професії медичного працівника. У зв'язку з цим значна частина людських ресурсів охорони здоров'я емігрує, а держава не одержує назад коштів, які свого часу вклала у навчання таких фахівців, стаючи мимовільним експортером робочої сили для інших, як правило, розвинутих країн. В умовах нестабільної системи охорони здоров'я, котра зазнає постійних реформувань, відсутності належного мотиваційного механізму відтік людських ресурсів може поставити медичну галузь на межу розвалу, що спричинить втрату людських життів. Окрім того, високий рівень трудової міграції у вітчизняній сфері охорони здоров'я пов'язаний не лише з активною мобільністю медиків-практиків, але й з міграцією наукових кадрів, що завдає шкоди інтелектуально-інноваційному потенціалу галузі.

До основних здобутків автора у вивченні цих питань варто віднести оцінку тенденцій і характеру трудової міграції у системі охорони здоров'я України, розробку концептуальної моделі впливу міграції на людський потенціал галузі, обґрунтування факторів, що зумовлюють територіальну мобільність медичного персоналу, та підходів до їх класифікації, а також аналізу шляхів зменшення міграційних втрат у вітчизняній системі охорони здоров'я. З'ясовано, що протягом 2008 року з України за кордон виїхало біля 6 тис. лікарів, а за останні 5-6 років – понад 47 тис. медичних сестер. Втрати галузі продовжуються, набираючи все більших масштабів. Основними країнами призначення українських медиків є Німеччина і Великобританія, а також країни-сусіди (Польща, Чехія, Угорщина та Словаччина). Статистичні дані про кількість українських медичних працівників у цих країнах (відповідно до Єврокомісії і Міжнародної організації праці) налічують від кількох десятків до кількох сотень офіційно працюючих мігрантів-медиків з України (понад 800 лікарів у Німеччині і біля 300 у Польщі), хоча реальна їх чисельність більша. Ключовим фактором високої міграційної активності українських працівників

охорони здоров'я є вищі соціальні стандарти за кордоном. Рівень оплати праці в охороні здоров'я у більш розвинутих країнах порівняно з показником в Україні вищий у 20-25 разів (Великобританія, Данія, Норвегія, Ірландія) та у 5-6 разів (сусідні країни, за винятком Російської Федерації).

У авторських дослідженнях знаходить місце й інший аспект міграційної проблематики – розвиток інклюзивної охорони здоров'я в Україні в частині включення мігрантів до цієї системи. Проаналізовано досвід країн з охороною здоров'я, «дружньою до мігранта» (Італія, Франція, Аргентина, Бразилія, Португалія, Іспанія), де налагоджений доступ до медичних послуг для всіх вразливих категорій населення, включно з нерегульованими мігрантами. Для України зарубіжний досвід особливо важливий, враховуючи те, що з 2014 року великою проблемою стало стрімке зростання внутрішньої міграції (за рахунок 1,5 млн. вимушених переселенців). Автор підкреслює, що масові внутрішні переміщення мають подвійний вплив на соціально-економічну захищеність здоров'я населення України. З одного боку, значних втрат власного здоров'я зазнають самі переселенці в силу психоемоційної травми, а з іншого боку, може погіршуватися стан здоров'я решти населення, так як показники забезпеченості медичними установами і людськими ресурсами знижуються за рахунок притоку мігрантів в одні області та закриття лікарень, поліклінік, амбулаторій через військові дії в інших регіонах. Для мінімізації негативного впливу міграції на здоров'я мігрантів, що перебувають в Україні, запропоновано враховувати принцип інклюзивності при розробці державної кадрової політики у галузі.

Ще одним викликом для системи охорони здоров'я України та її регіонів є нова медична реформа і процеси децентралізації, які відбуваються одночасно. Ця проблематика стала предметом сучасних досліджень автора, зокрема, в контексті аналізу можливостей і ризиків нової моделі охорони здоров'я, що будується на засадах сімейної і страхової медицини, та орієнтується на нові механізми фінансування і кадрового забезпечення галузі.

За результатами дослідження знайдено слабкі ланки вітчизняної системи охорони здоров'я. Доведено необхідність посилення мотиваційної складової розвитку людського потенціалу охорони здоров'я для зменшення міграційних втрат медичних фахівців та науковців у галузі, їх відтоку в інші сфери економіки. Обґрунтовано потребу в удосконаленні підсистеми формування людських ресурсів охорони здоров'я в частині забезпечення підготовки медичних фахівців відповідно до потреб населення (особливо в сільській місцевості).

Практичне значення та унікальність циклу наукових праць полягає у комплексному підході до аналізу проблем розвитку людських ресурсів охорони здоров'я, а також в розробці методико-прикладного інструментарію для оцінювання та побудови проактивної кадрової політики в галузі. Головною ідеєю є збереження людського потенціалу вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах постійних реформувань галузі і масового відтоку її кращих фахівців.

По-перше, запропоновано авторську методику розрахунку інтегрального індексу здоров'я населення, що відповідає вимогам ВООЗ і може слугувати тестом ефективності медичних реформ та рівня медико-соціального благополуччя у регіоні та країні загалом.

По-друге, розроблено концептуальну модель аналізу галузевої кадрової політики за 5 функціональними напрямками і 42 індикаторами стану.

По-третє, автором рекомендовано запровадження постійного моніторингу людського потенціалу охорони здоров'я (як на державному, так і регіональному рівнях) на основі обчислення інтегрального показника здоров'я та аналізу індикаторів кадрової політики в галузі. Ефекти від запровадження такого моніторингу полягають у тому, що його результати стануть науково-інформаційним підґрунтям для: 1) економіко-математичного моделювання впливу компонентів кадрової політики на стан здоров'я населення (інтегральний показник); 2) побудови ефективної кадрової політики в галузі охорони здоров'я; 3) прогнозування наслідків тих чи інших кадрових змін.

По-четверте, застосовано механізм нормування стратегічних цілей кадрової політики відповідно до орієнтирів (вимог) ВООЗ та кращої міжнародної практики (в результаті автором виявлено невідповідність за 31 індикатором кадрової політики у вітчизняній системі охорони здоров'я).

По-п'яте, із врахуванням розробленого методичного і практичного інструментарію обґрунтовано пріоритетні напрямки державної політики у сфері збереження та розвитку людського потенціалу системи охорони здоров'я України та регіону. Пропонована кадрова політика базується на концепції сімейно-страхової медицини, засадах інклюзивної охорони здоров'я і принципах децентралізованого управління для досягнення високих стандартів здоров'я.

Науково-теоретичні положення, викладені в наукових працях циклу, можуть використовуватися у діяльності органів державної влади – Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Державної служби статистики України, їх територіальних представництв, обласних державних адміністрацій тощо, при розробці галузевої кадрової політики та цільових програм розвитку сфери охорони здоров'я.

Цикл наукових праць включає 31 публікацію, у т.ч. 1 одноосібну монографію, 3 колективні монографії (2 – видані за кордоном), 11 наукових статей (4 – у зарубіжних виданнях), 16 публікацій у матеріалах конференцій. Згідно бази даних Google Scholar загальна кількість посилань на публікації автора складає 54, h-індекс роботи – 3.

Загальна кількість впроваджень за циклом наукових праць: 7.

Результати досліджень були впроваджені на рівні Верховної Ради України (комітет з питань науки і освіти), регіональних органів державної влади та місцевого самоврядування Львівської області.

Автор циклу наукових праць

Кандидат економічних наук, старший науковий співробітник відділу проблем соціально-гуманітарного розвитку регіонів
ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього НАН України»

Левицька О.О.