

Водночас, рівень тінізації економіки та рівень корупції в нашій країні залишається загрозливо високим. Для вирішення цієї проблеми й протидії цим негативним явищам недостатньо лише декларувати боротьбу з ними. Необхідно прийняти дієве законодавство, спрямоване на виконання міжнародних зобов'язань, що містяться у документах ООН, Ради Європи, групи ГРЕКО, у Стамбульському плані дій та інших, до виконання яких приєдналася Україна [4, с. 350].

Таким чином, для боротьби з корупцією доцільно досліджувати історію еволюції суспільств. Цікавий результат полягає в тому, що економіка „пам'ятає корупцію і в коротко-, і в довгостроковому періодах. Суспільство, що складається з індивідумів, які „заражені корупцією, перетворюється на суспільство, де корупція стає звичним явищем – традицією. Внаслідок цього виникає „ганебне коло корупції, коли нове покоління страждає від хабарництва попередників. У цій моделі вірогідніший перехід суспільства з низького рівня корумпованості на вищий, ніж навпаки [4].

Список використаних джерел:

1. Конституція України від 28.06.96. – Київ.: Преса України, 1997.
2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реалізації державної антикорупційної політики», 14.05.201.
3. Конвенція про корупцію у контексті цивільного права (ETS 174) : прийнята Радою Європи (м. Страсбург) 9 верес. 1999 р. і відкрита для підписання Україною 4 листоп. 1999 р. // Матеріали міжнар. Семінару «Антикорупційні розслідування та стратегія попередження корупції», Київ, 15-16 трав. 2002 р. – К., 2002. – С. 63.
4. Флейчук М. І. Легалізація економіки та протидія корупції у системі економічної безпеки : теоретичні основи та стратегічні пріоритети в умовах глобалізації / М. І. Флейчук. – Львів : Ахілл, 2008. – 660 с.

Вовк С.М.

*кандидат економічних наук, доцент,
Донецький державний університет управління*

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ МЕДИЧНОГО КЛАСТЕРУ НА ЕТАПІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ

Реалізація реформ з децентралізації в Україні розпочалася у 2014 році коли було ухвалено базові документи. Кінцева мета яких є поліпшення умов існування населення держави. Це є важливим кроком для формування ефективної системи медичної допомоги населенню як на муніципальному і регіональному рівні, так і країни в цілому.

Сьогодні, наукові та практичні кола дискутують питання о серйозних проблемах які існують у охороні здоров'я. Одна з багатьох проблем, це обмеженість наявних фінансових ресурсів держави, яка зменшує можливості перетворень у цій сфері. Нинішня система охорони здоров'я не задовольняє нікого: ні пацієнтів, які платять за послуги не завжди високої якості, ні

постачальників медичних послуг, які не можуть раціонально використовувати свої ресурси і отримувати дохід, професіоналізм яких постійно перебуває під сумнівом, а бюрократична тяганина все більше наповнює роботу, ні держава, яка постійно вкладає величезні кошти бюджету для розвитку, але втрачає працездатне населення.

За роздумом Боссерта Т. [1, с. 1515], формування медичного кластеру в умовах децентралізації влади є рішенням для інновацій та продуктивності системи охорони здоров'я. Тобто, пропанаючи більшу автономію в області мобілізації та використання місцевих ресурсів, зменшується бюрократична тяганина при прийнятті рішень, а це у свою чергу дасть можливість підвищити рівень та якість медичних послуг.

Незважаючи на повідомлення закордонних вчених [2, с. 12] про досягнення у децентралізації управління у секторі охорони здоров'я, існують також проблеми, що стоять перед її реалізацією. Найважливішою проблемою було те, що в більшості країн децентралізація не досягла передбачуваної мети збільшення місцевої влади, оскільки багато урядів часто впроваджуючи децентралізацію делегували, а не передавали повноваження до місцевих лікарень. Тому відповідальність за управлінням в наданні державних послуг, особливо які стосуються фінансів, були прешкоджанням у розвитку медичної сфери у регіонах.

На сучасному етапі політика вирівнювання рівня регіонального розвитку в Україні змінилася політикою сфокусованого розвитку, що передбачає створення громад, покликаних стати опорними зонами зростання з концентрацією в них найбільш цінних фінансових, організаційних, технологічних, людських та інших ресурсів. У цьому зв'язку особливу роль у розвитку регіональної економіки набувають кластери, як ринкові форми просторової локалізації, що володіють значним потенціалом.

Реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі передбачає створення відповідних механізмів управління в межах як самої медичної сфери, так і лікувальних закладів на території відповідних громад. Деякі вітчизняні вчені [4, с. 567; 4, с. 32; 5, с. 189; 6, с. 53] вважають що, у створенні Національної стратегії реформування охорони здоров'я на 2015-2020 [7] було покладено принцип кластеризації.

За визначенням, наведеним у Національній стратегії реформування охорони здоров'я, госпітальний округ – це інструмент співробітництва громад, щоб ухвалювати рішення стосовно мережі закладів медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та об'єднаних територіальних громад [7].

Тому, застосування кластерного підходу бачиться нам найбільш перспективним саме на регіональному рівні. В першу чергу, це обумовлено територіальним аспектом, тобто найбільш тісні та ефективні зв'язки між учасниками кластера відбуваються в межах регіону-суб'єкта, що зазначено в класичному визначенні кластера Портера Е.М. [8, с. 47], основоположника кластерної концепції.

Кластери системи охорони здоров'я відрізняються від інших типів інтегрованих структур тим, що мають більш широкую розгалужену структуру.

Кластер об'єднує всі компоненти процесу – від постачальників медичних послуг і продукції до споживачів кінцевого продукту. Основною метою об'єднання є досягнення конкретного економічного результату – надання конкурентоспроможних послуг. Це сприяє підвищенню ефективності діяльності кожної окремої організації і прискорення розвитку економіки регіону в цілому.

В узагальненому визначенні медичний кластер, особлива форма кластерної моделі, оскільки медицина являє собою діяльність, орієнтовану на внутрішній ринок. Основою розвитку медичного кластера стає комплексна структура, що включає представників науки, медичної освіти, органів влади, практичної охорони здоров'я та бізнесу. Найчастіше вони формуються при наявності в регіоні медичного університету або високотехнологічного медичного лікувального закладу.

Особливо це, треба враховувати на етапах реформування медичної галузі, а саме при створенні госпітальних округів. Це обґрунтовується тим що, у госпітальному окрузі по-перше створюються об'єднання лікувальних закладів відповідно до певної території, межі якої можуть встановлюватися місцевою владою, по-друге до нього входить багатопрофільна медична установа, навколо якої впорядковується мережа медичних закладів.

Таким чином, створення розгалуженої системи мереж медичних кластерів надасть можливість підвищити якість роботи медичних закладів, спрямувати найбільш ефективно їх фінансування та поліпшити медичні послуги населенню.

Список використаних джерел:

1. Bossert T. Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science & medicine*. 1998;47(10):1513–1527. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00234-2
2. Martinez-Vazquez J, McLure C, Vaillancourt F. Revenues and expenditures in an intergovernmental framework. In: Bird R, Vaillancourt F, editors. *Perspectives on fiscal federalism*. Washington, DC: World Bank; 2006.
3. Говорухін С.О. Кластеризація об'єктів із нечітко заданими значеннями характеристик / С.О. Говорухін // Штучний інтелект. – 2012. – № 4. – С. 567-576.
5. Романовська Ю.А. Кластери в системі охорони здоров'я в умовах децентралізації / Ю.А. Романовська // Часопис економічних реформ. – 2016. – №. 1. – С. 32-38.
6. Грабовський Р.С. Перспективи утворення кластерів у львівській області / Р.С. Грабовський, О.Р. Тимчишин, Х.Р. Бренич // Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій ім. Ѓжицького. – 2015. – №. 17, № 1(4). – С. 188-192.
7. Дегтяр А.О. Формування альтернативних механізмів державного управління розвитком медичного страхування на основі кластерів / А. О.Дегтяр, О.В. Пивоваров // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. – 2013. – №. 2. – С. 53-57.
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років: наказ МОЗ № 522 від 24.07.2014 року.
9. Портер Е. М. Конкурентна стратегія: Методика аналізу галузей і конкурентів/ Майкл Е. Портер; Перек. з англ. – М: Альпина Бізнес Букс, 2005. – 454 с.