

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МІСЬКОГО  
ГОСПОДАРСТВА  
ІМ. О. М. БЕКЕТОВА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**Соколенко Анна Сергіївна**

УДК 331.582+338.48

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНІВ В**  
**САНАТОРНО-КУРОРТНИХ КОМПЛЕКСАХ**

Спеціальність 08.00.05 – розвиток продуктивних сил і регіональна економіка

Подается на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело \_\_\_\_\_ А.С. Соколенко

Науковий керівник – Писаревський Ілля Матвійович, доктор економічних наук, професор

ХАРКІВ – 2018

## АНОТАЦІЯ

Соколенко А.С. Відновлення трудового потенціалу регіонів в санаторно-курортних комплексах. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.05 – розвиток продуктивних сил і регіональна економіка. – Харківський національний університет міського господарства імені О.М. Бекетова, Харків, 2018. – ДВНЗ “Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника”, Івано-Франківськ, 2018.

У дисертаційній роботі отримано результати вирішення важливого наукового завдання обґрунтуванні теоретичних положень і розробці практичних рекомендацій щодо відновлення трудового потенціалу регіонів в санаторно-курортних комплексах. Досліджено здоров'я працездатного населення і заходи по його підтримці і відновленню як базової економічної категорії, яка виражає в собі вклад трудового потенціалу в кінцеві результати виробничого і ринкового процесів. Досліджено, що здоров'я людини, як життєва енергія є ресурсом, відмінним від інших складових ресурсної бази економіки і відмінність його в тому, що воно є продуктивним ресурсом, здатним збільшувати вартість економічної системи, вартість товарів і послуг, що постачаються на ринок. Розкрита сутність зв'язку здоров'я людини і економіки, а також визначено, що в цілісній триєдиній системі «здоров'я людини – трудовий потенціал – ефективна економіка» увага суспільства і системи управління має бути пропорційно розподіленою між цими частинами цілого і підкріплена відповідним розподільчим механізмом ресурсного забезпечення соціальних та економічних нормативів життєдіяльності населення країни, регіонів, окремих підприємств і установ. Визначено особливості наукового напрямку «економіка здоров'я»: предмет дослідження – зв'язок економіки з життям і здоров'ям людини; науковий пошук – визначити закономірності та фактори впливу економіки на здоров'я

і здоров'я на економіку; прикладне завдання – зорієнтувати медицину і економіку на збереження і примноження ресурсів здоров'я людини.

Досліджено роль санаторно-курортних комплексів в відновленні здоров'я працездатного населення. Встановлено, що оздоровлення в санаторно-курортних установах дозволяє скоротити кількість днів непрацездатності в 2,5-3 рази; зменшити потребу в госпіталізації в 2,4 рази; скоротити витрати на лікування хворих у поліклініках і стаціонарах в 2,6-3 рази; зменшити виплату допомоги з тимчасової непрацездатності в 1,8- 2,6 рази; знизити збиток виробництву у зв'язку із захворюваністю робітників і службовців у 2-3 рази. Досліджено поняття санаторно-курортне лікування і зроблені висновки, що в основу санаторно-курортної допомоги покладені найбільш гуманні, соціально і науково обґрунтовані прогресивні принципи: профілактична і реабілітаційна спрямованість, спадкоємність між амбулаторно-діагностичними, стаціонарними та санаторно-курортними установами, висока кваліфікація і спеціалізація допомоги, що надається.

Проблема відновлення здоров'я працездатного населення має переважно свій регіональний аспект, обумовлений різними кліматичними умовами, відмінностями в галузевій структурі регіонів України, і в умовах праці і по-різному сформованим регіональним системам медичного забезпечення і охорони здоров'я. За індикативними показниками стану здоров'я населення ранговим методом виділено п'ять груп регіонів. Регіональний показник поширеності хвороб серед працездатного населення в Київській області складає 168 941,3 людей, а у Харківській області 147 776,3 людей.

Досліджено, що відсутній єдиний підхід до тривалості лікування та відпочинку в санаторіях. Тривалість коливається від 10 до 24 днів. Середня вартість лікування у Харківських оздоровницях складає від 220 до 350 грн за один день лікування при одному виді захворювання в різних СКК.

Досліджено комплекс проблемних ситуацій щодо стану здоров'я працездатного населення в Україні та в її регіонах, їх використання та

розвитку СКК, а саме: зростання рівня захворюваності, зростання цін на оздоровлення та відпочинок, зниження рівня доступності до системи оздоровчих послуг для населення, низька (а іноді і збиткова) рентабельність функціонування оздоровчих закладів.

Досліджено вітчизняний та закордонний досвід фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Виявлено, що Україна виділяє на фінансування охорони здоров'я 7,8 % від ВВП, загалом держави з достатньо високим рівнем людського розвитку виділяють 6,2 % (Румунія, Болгарія, Туреччина, Казахстан), коштів, які виділяються, недостатньо, тому що обсяг ВВП в Україні значно менший в порівнянні з іншими державами.

На матеріалах роботи СКК Харківщини проаналізовано потужність закладів СКК, структуру оздоровчих послуг (у відповідності до структури захворювань), завантаженість санаторіїв, строки перебування, витрати на лікування. Система СКК регіону (працює в постійному режимі, має змінний коефіцієнт завантаження протягом року, задовольняє не більше 10% потреб регіонального працездатного контингенту, який потребує оздоровлення. Будинки відпочинку, профілакторії та інші заклади оздоровлення не відповідають структурі попиту, а вплив сезонного фактору значно зменшує їх ресурсні можливості. Доведено, що в Харківському регіоні достатньо рекреаційних ресурсів для задоволення потреб в відновленні трудового потенціалу, але можливості діючих СКК не задовольняють потреби.

Проведено дослідження рекреаційного потенціалу Харківського регіону, в результаті якого виявлено, що регіон має достатньо високий потенціал для розвитку санаторно-курортних установ. Територія області відноситься до двох рекреаційних систем, які виділяються в Україні, у складі яких сформувалися 8 рекреаційних зон загальною площею 443,4 тис. га. На території трьох районів регіону функціонують чотири основних оздоровниць, три з яких місцевого значення, це санаторії: «Високий», «Роща» в Харківському районі; курорт державного значення «Березовські мінеральні води» в Дергачівському районі. Санаторії «Високий», «Роща», «Бермінводи»

(Дергачівський район), знаходяться в Харківській рекреаційній зоні. Інші рекреаційні зони не мають у своєму складі клінічних санаторіїв.

Досліджено відповідність рекреаційних зон та потенціалу СКК Харківщини різновидам захворювань. В дослідженні розкритий зміст і проведені оцінки відповідності між собою трьох потенціалів: стану захворювань, можливостей діючого комплексу оздоровчих закладів, рекреаційного ресурсу. Згідно виконаних розрахунків слідє що потенціал оздоровчих закладів Харківщини використовується значно більше, ніж в інших регіонах але в цілому він не забезпечує потреби в оздоровленні, що і є стимулом розвитку. В рекреаційному потенціалі регіону є достатньо значна невикористана база лікувальних факторів. У відносно розвинутому стані оцінюється і регіональна інфраструктура, яку слід удосконалювати і розвивати не «в цілому», а під реальні проекти новобудов.

Досліджено недостатньо розроблену теорію і практику ведення регіональної політики щодо відновлення працездатності трудових ресурсів. Розглянуто фактори впливу на здоров'я працездатного населення та запропоновано напрямки роботи по розвитку оздоровчих закладів в тому числі санаторно-курортних установ. Пропонується організувати наукову та підготовчу роботу до розбудови нової інформаційної системи для обслуговування охорони здоров'я і для оцінки її вкладу в економіку регіону, в здоров'я та добробут населення. В цій інформаційній системі виділено блоки: стан (потенціал), проблеми (їх характер і гострота), фактори впливу, ресурси, структурна перебудова (кластерні форми), управління процесом розвитку оздоровчих закладів, в т. ч. СКК.

Розроблено модель «відповідності» потенціалів в завданнях управління розвитком СКУ. Концепція «відповідності» елементів системи в тематичному аспекті дослідження має завдання розкрити взаємодію і пропорційність 3-х потенціалів: потенціалу наявних потужностей оздоровчих закладів ( $\Pi_n$ ), рекреаційного потенціалу як можливостей розвитку системи оздоровчих заходів ( $\Pi_p$ ), потенціалу захворювань в регіоні ( $\Pi_3$ ).

Розроблена розширена модель попиту на оздоровчі послуги системи СКУ та виділені фактори впливу на розвиток. В дослідженні показано, що стратегія розвитку має орієнтуватись на показники самодостатності та економічної безпеки регіону, а в своєму арсеналі прийняття рішень опиратись на надійну інформаційну базу, яка на даний час є неповною і незадовільною. З цих причин залишається недостатньо дослідженою система протиріч в розвитку і параметри якості процесу розвитку.

Розроблена модель оцінки і розрахунку результату відновлення здоров'я в СКК при поділі відпустки на дві частини – по 12 днів, замість 24-х днів, як практикувалась раніше. Розрахунки проведені на фактичних даних діяльності 3-х Харківських санаторно-курортних закладів: «Бермінводи», «Високий», «Роща». Розрахункова величина зменшення втрат в цілому в регіоні при проведенні заходів оздоровлення в 12 днів становить 198 млн. грн. на рік, що становить 3,1% ВРП.

*Ключові слова:* трудовий потенціал регіонів, здоров'я, відновлення, санаторно-курортний комплекс, працездатність, рекреаційні потенціал.

## ANNOTATION

A.S.Sokolenko Restoration of labor potential of regions in health resort complexes. - The manuscript.

Thesis research to obtain a Ph.D. in Economics, majoring in 08.00.05 - Development of Productive Forces and Regional Economy. - O.M. Beketov National University of Urban Economy in Kharkiv, Kharkiv, 2018. - SHEE 'Vasyl Stefanyk Precarpathian National University', Ivano-Frankivsk, 2018. The thesis research shows the results of solving key scientific task, grounds theories and develops practical recommendations for the restoration of labor potential of regions in health resort complexes. There has been studied the health of the able-bodied population and measures for its support and recovery as a main economic

category expressing the labor potential contribution to the production and market processes end results. There has been studied that human health, being the life energy, is a resource that differs from other resource base components of the economy and the difference lies in the fact that it is a productive resource able to raise the cost of the economic system as well as the cost of goods and services supplied to the market. There has been found the main idea of relation between the human health and the economy and determined that the triune entire system of 'health – labor potential - successful economy' public attention and control system should be distributed between the two parts of a whole and supported by the appropriate distribution mechanism to provide social and economic standards of life of the population of the country, regions, some enterprises and establishments with the resources. There have been determined the features of the scientific direction 'economy of health': the subject of the study is the relation between the economy and human life and health; scientific research is to determine the principles and factors of the economy influencing health and vice versa; the application task is to give guidance to medicine and economy on preserving and multiplying the human health resources.

There has been studied the contribution of health resort complexes to the recovery of health of the able-bodied population. It has been found that the recovery in the health resort institutions makes it possible to reduce the number of days of disability by 2,5-3 times; reduce the need for admission by 2,4 times; reduce the expenses for treatment of patients in clinics and hospitals by 2,6-3 times; reduce the payment of temporary disability benefits by 1,8-2,6 times; reduce the production loss due to the morbidity rate of workers and employees by 2-3 times. There has been studied the concept of health resort treatment and concluded that the core of health resort help consists of the most humane, socially and scientifically grounded advanced principles: prevention and rehabilitation orientation, succession between ambulatory-diagnostic, inpatient and health resort institutions, high qualification and specialization of the assistance given.

The problem of the able-bodied population health recovery essentially has a regional aspect, determined by different climatic conditions, differences in the sectoral structure of the regions of Ukraine, labor conditions, as well as regional systems of medical and health care formed in more than one way. According to the indices of the public health state received using a rank method, there have been determined five groups of regions. The regional indicator of morbidity rate in the able-bodied population in Kyiv region is 168 941.3 persons, and in Kharkiv region it is 147 776.3 persons.

It has been found out that there is no consistent approach to the duration of treatment and rest in sanatoriums. Duration ranges from 10 to 24 days. The average cost of treatment in Kharkov health resort institutions varies from 220 to 350 UAH per day of treatment of one type of disease in different health resort complexes.

There has been studied a set of problem situations concerning the health status of the able-bodied population in Ukraine and its regions, their use and development of the health resort complexes, in particular: the morbidity rate increase, health and rest services prices increase, reduction of the level of accessibility to the system of health services for the population, and weak (and sometimes lossmaking) profitability health improving institutions.

There have been studied the domestic and foreign experience of the financial provision of the health care system. It has been discovered that Ukraine provides 7.8% of GDP to the health care system, in general, the above-average human development countries (Romania, Bulgaria, Turkey, Kazakhstan), provide 6,7%. These finds are insufficient because the volume of GDP in Ukraine is much lower if compared to other countries.

According to the materials of work of the health resort complexes of Kharkiv region, there has been analyzed the capacity of the health resort complexes, the structure of health-improving services (based on the diseases structure), the resorts load, duration of stay, and expenses for treatment. The health resort complexes system of the region works constantly, has a variable load rate during the year, satisfies at most 10% of the needs of the able-bodied population of



the region requiring health improvement. Rest houses, preventative centers and other health-improving institutions fail to correspond to the demand structure. Also, the influence of seasonal factors dramatically reduces their resource capacities. It has been proven that Kharkiv region has sufficient recreational resources to restore labor potential, but the capabilities of the existing health resort complexes are not enough.

Having studied the recreational potential of Kharkiv region it has been discovered that the region has a high potential for the development of health resort institutions. The territory of the region belongs to two recreational systems, which are separated in Ukraine, consisting of 8 recreation areas with the total area of 443.4 thousand hectares. In the territory of three areas of the region, there are four main health resort intuitions functioning, three of which are of local significance, in particular: resorts 'Vysokyi', 'Roshcha' in Kharkiv region; the resort of state significance 'Berezovski mineral waters' in Derhachiv district. Resorts 'Vysokyi', 'Roshcha', 'Berminvody' (Derhachiv district), are located in Kharkiv recreation area. Other recreation areas do not have clinical resorts.

There has been studied the correspondence of recreation areas and the potential of the health resort complexes of Kharkiv region to the types of diseases. The study shows the content and assessments of correspondence between three potentials: diseases state, the capabilities of the existing complex of health-improving institutions, and recreational resource. Based on the calculations it is concluded that the potential of health-improving institutions of Kharkiv region is more widely used than in other regions, but in general, it fails to satisfy the needs in health-improving, thus stimulating the development. The recreational potential of the region has a very large base of treatment factors staying unused. The regional infrastructure is assessed to be above average, which should be improved and developed not 'in general', but based on real projects of new buildings.

There has been studied the poorly-developed theory and practice of driving the regional policy on the restoration of labor resources working capacity. There have been reviewed the factors influencing the health of the able-bodied population

and offered the directions of the development of health-improving institutions to work on, including health resort institutions. It has been offered to organize scientific and arrangement work to develop a new information system for healthcare maintenance and assess its contribution to the economy of the region, health, and well-being of the population. The following blocks have been distinguished in this information system: state (potential), problems (their nature and severity), influencing factors, resources, restructuring (cluster forms), management of the process of health-improving institutions development, including the health resort complexes.

There has been developed a model of 'correspondence' of potentials in the health resort institutions management tasks. The concept of 'correspondence' of the system elements in the study topical aspect is to show the interaction and proportionality between three potentials: the potential of existing capacities of health-improving institutions ( $P_n$ ), the recreational potential enabling the development of the health-improving measures system ( $P_r$ ), and the diseases potential in the region ( $P_z$ ).

There has been developed an expanded model of demand for health-improving services of the health resort institutions system and determined the development influencing factors. The study shows that the development strategy should pay special attention to the indicators of self-sufficiency and economic stability of the region. During making decisions it is necessary to use reliable information base that is incomplete and unsatisfactory for today. As a result, the system of contradictions in the development and development process quality parameters are poorly studied.

There has been developed the model of assessment and calculation of the result of the recovery of health at the health resort complexes if a leave is divided two parts - 12 days each instead of 24 days, as it was before. Calculations were made based on the actual data of the activities of 3 health resort institutions in Kharkiv: 'Berminvody', 'Vysokyi', and 'Roshcha'. The calculated loss reduction

in general in the region during a 12-day recovery is 198 million UAH per year, representing 3.1% of VPR.

*Key words:* labor potential of the regions, health, restoration, health resort complex, working capacity, recreational potential.

## **СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

Статті у наукових фахових виданнях:

1. Писаревський І.М., Соколенко А.С. Резерви санаторно-курортної підтримки відновлення трудового потенціалу регіонів / І.М. Писаревський, А.С. Соколенко // Вісник Волинського інституту економіки та менеджменту № 19 від 30.11.2017 – 2017. – С. 228- – 236.

2. Соколенко А.С. Загострення протиріч в секторі «економіки здоров'я»/ А.С. Соколенко // Науковий міжнародний журнал «ScienceRise»: ТОМ 2, № 1 (19) (2016) – Харків, 2016. – 84 с. – С. 60-62.

3. Писаревський І.М., Соколенко А.С. Економіка і здоров'я продуктивного населення: завдання розвитку санітарно-курортних установ регіону./ І.М.Писаревський, А.С. Соколенко // Науковий міжнародний журнал «Технологічний аудит та резерви виробництва»: № 1/4 (33) (2017) – Харків. – 2017– С. 13-19.

4. Соколенко А.С. Регіональне управління трудовим потенціалом регіону А.С. Соколенко // Вісник Хмельницького національного університету № 6 від 29.11.2017 – 2017. – С. 76-82

5. Sokolenko Anna. Situation and development of health support system in Ukraine// (2015), scientific journal «EUREKA: Social Sciences and Humanities» Number 1, Tallinn. 2016. P. 47-53.

Матеріали наукових конференцій:

1. Соколенко А.С. Людський капітал як фактор економічного розвитку держави/ А.С. Соколенко: Проблеми та шляхи досягнення соціо-еколого-економічної безпеки на мікро-, мезо- та макрорівні: матеріали всеукр. наук.-

практ. інтернет-конф. (29 квітня 2016 р). / відп. ред. В.О. Морохова. – Луцьк: РВВ Луцького НТУ, 2016. – С. 227-230

2. Соколенко А.С. Розвиток людського капіталу - завдання санаторно - курортних установ харківського регіону / А.С. Соколенко: Пріоритети розвитку національної економіки в контексті євроінтеграційних та глобальних викликів: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конф. Частина 2 ( 20-21 квітня 2016 р.)/ . – Харків : ХНУБА, 2016 – 110-112 с.

3. Sokolenko Anna. Formation of the scientific basis for the development of sanatorium establishments//(2016) «The Ninth International Conference on Eurasian scientific development». Proceedings of the Conference (May 20, 2016). «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. 2016. 178-180 P.

4. Соколенко А.С. Фактори впливу на формування попиту на послуги санаторно-курортних установ/А.С. Соколенко//Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Туризм: міжнародний досвід та національні пріоритети»(26 травня 2017 року) / Житомирський національний агроекологічний університет.- Житомир 2017 р. – С. 125-129.

## ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНУ	22
1.1. Здоров'я як складова трудового потенціалу: фактор економічного розвитку регіону	22
1.2. Регіональні особливості відновлення трудового потенціалу	31
1.3. Санаторно-курортні комплекси як основа відновлення трудового потенціалу регіону	40
1.4. Інструменти регулювання відновлення трудового потенціалу регіону	54
РОЗДІЛ 2 АНАЛІТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В РЕГІОНАХ	61
2.1. Аналіз фінансового забезпечення охорони здоров'я трудового потенціалу регіонів	61
2.2. Аналіз та оцінка сучасного стану санаторно-курортних закладів регіонів	72
2.3. Структурно-просторовий аналіз відповідності рекреаційних зон регіону та потенціалу санаторно-курортних комплексів різновидам захворювань трудового потенціалу регіонів	88
2.4. Методичний підхід до управління розвитком санаторно-курортних комплексів регіонів	98
РОЗДІЛ 3. НАУКОВО-ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНІВ ЧЕРЕЗ САНАТОРНО-КУРОРТНІ КОМПЛЕКСИ	116
3.1. Організаційні передумови процесу відновлення трудового потенціалу регіонів	116
3.2. Практична реалізація умов відновлення трудового потенціалу регіонів	126
3.3. Розробка інформаційного забезпечення до розвитку санаторно-курортних комплексів регіону	162
ВИСНОВКИ	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	176
ДОДАТКИ	200

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У зв'язку з ускладненням ситуації щодо стану здоров'я в регіонах країни виникає гостра потреба прийняття невідкладних заходів, направлених на вирішення проблем оздоровлення населення і, в першу чергу, тих верств, що своєю працею здійснюють реальний вклад в економіку країни. Тому наукове дослідження умов і механізмів санаторно-курортної підтримки трудового потенціалу є своєчасним, актуальним і реально затребуваним практикою життя, оскільки невирішених проблем в сфері економічного забезпечення здоров'я та його зворотного впливу на розвиток економіки залишається ціла низка. Серед них і такі питання, як управління розвитком санаторно-курортних комплексів (далі СКК), результат заходів оздоровлення, вклад економіки у розвиток трудового потенціалу та інші. Основні з цих питань включені в завдання нашого дослідження.

**Рівень наукової розробки теми.** Проблематика зв'язку і взаємовпливу здоров'я та економіки, виникнення хвороб та реакції на цей процес системи охорони здоров'я, витрат на підтримку здоров'я та розробки організаційно-економічних програм забезпечення умов оздоровлення не обділена увагою вчених та практикуючих фахівців.

Істотний внесок у дослідження проблеми впливу здоров'я населення на економічне зростання країн зробили зарубіжні та вітчизняні вчені В. Решетіло, О. Гонта, В. Азор, Г. Беккер, А. Зон, Р. Лукаш, Р. Солоу, В. Геєць, І. Лукьяненко, В. Онікієнко, А. Філіпенко, Дж. Майксиз, Дж. Боуен.

З українських вчених проблемам розвитку рекреаційної галузі присвячені праці М. Багрова, О. Байдика, А. Бузні, Б. Буркінського, О. Виноградової, П. Гудзя, Н. Коніщевої, Ф. Мазура, В. Мацолі, Ф. Поклонського, В. Савенко, Т. Ткаченко, В. Цибуха, О. Шаптали.

Вагомий вклад в розгляд здоров'я з економічних позицій внесли Е.Г. Агапова, Р. Гладких, В.А. Гройсман, В. С. Захаров, В. Кашин, М. Кубі, А.В. Решетніков, О. Рожин.

Роль санаторно-курортних оздоровчих закладів у забезпеченні стану здоров'я, з урахуванням їх регіональної специфіки, розкрита в працях А.Н. Разумова, Н.Г. Истошина, П.В. Гудзь, К.А. Німець, М.М. Мазура та інших. В сучасних умовах критичної ситуації в системі охорони здоров'я та підвищення рівня захворюваності населення наукові положення, рекомендації та реформаційні заходи запропонували Кизим М.О., Доровский О.В., Варзін С.А., Писаревський І.М., Тарасковська О.Ю., Биченко Л.А.

Незважаючи на вагомий внесок вчених в дослідження проблеми, складні недостатньо вирішені питання залишаються.

Сьогодні бракує економічних досліджень, що розглядають здоров'я як показник ресурсу розвитку підприємства, регіону і національної економіки. Санаторно-курортний комплекс з економічних позицій розглядається частково, епізодично і найчастіше в організаційному аспекті, недостатньо досліджена роль санаторно-курортних установ у відтворенні трудового потенціалу та у підвищенні показників економічної діяльності за рахунок оздоровлення працездатного населення в санаторно-курортних закладах. Складність і недостатність науково-практичної розробки оздоровчих систем та їх впливу на економічні результати людської діяльності, наявність низки невирішених питань в сфері СКК, об'єктивна необхідність їх осмислення і розробки заходів щодо покращення ситуації щодо працездатності робітників, фахівців та управлінського персоналу визначили вибір теми дисертаційної роботи, мету і логіку дослідження.

**Зв'язок з науковими програмами, планами, темами.** Дисертацію виконано відповідно до «Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми збереження і розвитку трудового потенціалу України на період до 2017 року». Дисертаційна робота виконана у Харківському національному

університеті міського господарства імені О.М. Бекетова в рамках держбюджетної науково-дослідної роботи «Сучасні технології управління міським і регіональним розвитком (номер державної реєстрації 0107U000025), а також науково-дослідницької роботи за темою «Регулювання соціально-економічного розвитку міського комплексу: теорія, методологія, практика (номер державної реєстрації 0113U000575).

**Мета і завдання дослідження.** Мета дослідження полягає в узагальненні теоретичних положень і розробці практичних рекомендацій щодо відновлення трудового потенціалу регіону через санаторно-курортні комплекси.

Відповідно до поставленої мети дослідження в дисертації сформульовані і вирішені *такі завдання:*

- визначити інформаційну базу та оцінити специфіку санаторно-курортних комплексів регіону;
- визначити регіональні особливості відновлення трудового потенціалу;
- розробити інструментарій щодо відновлення трудового потенціалу регіонів;
- провести аналіз щодо наявних рекреаційних можливостей для відновлення трудового потенціалу регіону;
- провести структурно-просторовий аналіз умов формування розвитку санаторно-курортного комплексу (СКК);
- сформулювати методичний підхід до управління розвитком СКК регіону;
- визначити організаційні передумови процесу відновлення трудового потенціалу регіону;
- запропонувати фінансове забезпечення охорони здоров'я населення в регіонах та реалізувати умови відновлення трудового потенціалу регіону.

**Об'єктом дослідження** є процес відновлення трудового потенціалу регіонів.



**Предметом дослідження** є подальший розвиток теоретичних, методологічних та прикладних аспектів відновлення трудового потенціалу регіону за допомогою санаторно-курортних комплексів.

**Методи дослідження.** Теоретичною та методологічною основою дисертаційного дослідження є фундаментальні положення економічної теорії, наукові праці з проблем економіки здоров'я та ефективності праці, концептуальні розробки з питань розвитку складноструктурованих економічних систем, інституційна теорія регулювання організаційно-економічних відношень, теорія регіонального розвитку.

В дослідженні враховані законодавчі та нормативні акти, методичні та інструктивні матеріали міністерств та відомств України, матеріали зарубіжного досвіду, статистична звітність, а також власні дослідження дисертанта та результати їх практичного використання.

Для вирішення окремих завдань дослідження використані спеціальні методи: узагальнення, аналізу та порівняння – для уточнення і структурування понятійного апарату, системного та структурологічного аналізу – для виявлення проблемних ситуацій та побудови логіки дослідження, класифікації та групування – для уточнення масштабів та різновидів захворювання, моделювання і прогнозування - для виявлення структурних зв'язків та тенденцій розвитку в системі санаторно-курортних закладів, економіко-статистичний – для визначення факторів впливу на процес відновлення здоров'я, техніко-економічного аналізу – для визначення витрат на оздоровлення, економіко-математичні методи – для моделювання системи ефектів і проведення розрахунків впливу заходів оздоровлення на кінцеві результати економічної діяльності, експертні методи – для оцінювання проблемних ситуацій та протиріч, графічного моделювання – для наочного відображення динаміки змін, взаємозв'язків між елементами системи, представлення логічного зв'язку і послідовності операційних технологій в управлінні розвитком СКУ.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в наступному:

*удосконалено:*

- понятійно-термінологічний апарат, який пропонується сформувати за принципами побудови герменевтичного кластера з ключовими словами: стан здоров'я, трудовий потенціал, система оздоровлення, результати економічної діяльності, його відмінність полягає в тому, що підґрунтям кластерного групування понять і визначення взаємозв'язку між ними є змістовна і функціональна сутність «капіталу здоров'я» як чинника підвищення трудового потенціалу і корисного вкладу в економіку регіону;

- сутнісний зміст і базові складові системи знань з «економіки здоров'я», як наукового напрямку розширення знань щодо природи, ролі і ефекту використання людського капіталу і його різновиду «трудоного потенціалу», відмінність від існуючого полягає у формуванні рекомендацій з позицій ефективності підтримки в нормативному стані здоров'я працюючих: керівників, спеціалістів, робочих, що дало змогу формування механізму розподілу витрат на оздоровлення за критеріями: віддачі у виробництві та забезпеченні соціального ефекту;

*дістали подальшого розвитку:*

- теоретико-концептуальні положення розвитку регіонального санаторно-курортного комплексу, які, на відміну від існуючої науково-проектної практики, визначають і враховують взаємовплив трьох потенціалів: стану здоров'я, потужностей оздоровлення і ресурсно-рекреаційної бази регіону;

- методичний підхід до відновлення трудового потенціалу в системі санаторно-курортних закладів шляхом зменшення порогу втомлюваності і укріплення здоров'я за умов розподілу терміну річної відпустки на дві частини;

- методичний підхід до оцінювання результатів оздоровлення, який, на відміну від існуючого, ґрунтується на результатах сучасних психофізіологічних досліджень процесу праці і втомлюваності від роботи та

дозволяє уточнити методику розрахунків ефекту у виробництві від оздоровлення в СКК;

- моделювання процесу управління розвитком системи оздоровчих закладів, яке, на відміну від існуючого, включає логіко-структурне моделювання, операційно-технологічні процедури й розширену за межі статистики інформаційну базу, що дозволяє апробацію на практиці розрахункового інструментарію.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що вони можуть бути використані в актуальних завданнях регіональної політики оздоровлення населення і підвищення результату виробництва:

- Методичні підходи до оцінювання потенціалу рекреації і оздоровлення дозволять розробити якісну програму розвитку регіону.
- Нормативна база створює умови для оцінки і прогнозування стану здоров'я та очікуваного ефекту від розширення заходів оздоровлення.
- Операційні управлінські технології слугують інструментом формування збалансованого механізму взаємодії між учасниками оздоровчого процесу і організації виробництва.

Результати дослідження використані у практичній роботі Департаменту економіки і міжнародних відносин Харківської обласної державної адміністрації (довідка про впровадження № 04-23/3940 від 31.10.2017). Окремі положення використані в учбовому процесі Харківського національного університету міського господарства імені О.М. Бекетова при викладанні дисциплін: «Управління сталим розвитком» та «Курортологія» (довідка про впровадження № 05-458 від 07.11. 2017).

**Особистий внесок здобувача.** Усі наукові результати отримані автором самостійно. З наукових робіт виконаних у співавторстві, в дисертації використано лише ті ідеї, розробки, положення і розрахунки які є результатом особистої роботи здобувача і становлять індивідуальний внесок автора в систему наукових знань.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи розглянуто та схвалено на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, серед яких: міжнародна науково-практична конференція «Інноваційні аспекти розвитку обладнання харчової і готельної індустрії в умовах сучасності» (м. Харків, ХДУХТ, 8-11 вересня 2015 р), всеукраїнська студентська науково-технічна конференція «Сталий розвиток міст» (Харків, ХНАМГХ, 2010), XXXVII науково-технічна конференція викладачів, аспірантів, співробітників ХНУМГ ім. О.М. Бекетова (Харків, ХНУМГ, 2014), «Проблеми та шляхи досягнення соціо-еколого-економічної безпеки на мікро-, мезо- та макрорівні» (Луцьк, РВВ Луцького НТУ, 29 квітня 2016 р), всеукраїнська науково-практична конференція «Пріоритети розвитку національної економіки в контексті євроінтеграційних та глобальних викликів: матеріали» (Харків, ХНУБА, 2016), VII міжнародна науково-практична інтернет конференція «Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє (інноваційний ліфт)» (Харків, ХНУМГ імені О.М. Бекетова, 13 квітня 2016 р), «The Ninth International Conference on Eurasian scientific development». «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. (Vienna, May 20, 2016), «Young Researchers in Globalized World: Vistas and Challenges» (Kharkiv, May, 2017), всеукраїнська науково-практична конференція «Туризм: міжнародний досвід та національні пріоритети» (Житомир, 26 травня 2017 року), «Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє (інноваційний ліфт)» (Харків, ХНУМГ імені О.М. Бекетова, 28 квітня - 22 травня 2017 року), IX міжнародна науково-практична конференція «Регіональна, галузева та суб'єктна економіка України на шляху до євроінтеграції» (Харків, ХНУБА, 2017).

**Публікації.** За результатами дослідження опубліковано 20 наукових праць, серед них: 9 статей у фахових виданнях з них: 2 статті у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз Index Copernicus, РИНЦ, CrossRef, WorldCat Directory of Open Access Journals (DOAJ), Bielefeld Academic Search Engine (BASE), ResearchBib, Directory of Research Journals

Indexing (DRJI), Directory Indexing of International Research Journals, Ulrich's Periodicals Directory, Scientific Indexing Services (SIS), 1 стаття у виданні, що входить до міжнародних наукометричних баз Index Copernicus, Google Scholar , 1 у зарубіжному науковому виданні на англійській мові, 6 у фахових виданнях України), 11 тез і доповідей у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій (1 з них зарубіжна конференція на англійській мові, 1 в Харкові на англійській мові). Загальний обсяг публікацій складає – 7,59 др.арк. з них особисто автору належить 7,20 др. арк.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 207 найменувань та додатків. Основний зміст дисертації викладено на 166 стор. Робота містить 39 рисунків, в т.ч. 4 рисунка розміщених на окремих сторінках, 34 таблиці, в т.ч. 3 таблиці розміщених на окремих сторінках.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЙОГО ВПЛИВУ НА ЕКОНОМІЧНИЙ РОЗВИТОК РЕГІОНУ

### 1.1. Здоров'я як складова трудового потенціалу: фактор економічного розвитку регіону

Економіка і здоров'я людини знаходяться в прямій залежності між собою і потребують певного балансу як уваги суспільства, так і витрат на забезпечення соціально-економічного розвитку. В цьому питанні (розподілу ресурсів і уваги) слід виходити з аксіоматичного постулату, що «успішна конкурентна економіка створюється здоровим людським капіталом». Економічна наука в різні часи серед найбільш вагомих і активних факторів виробництва виділяла (дещо по різному) труд, трудові ресурси, людський капітал. І хоча зі зміною технологічних укладів змінюється і важелі економічного розвитку та відбувається перетік людського ресурсу з виробництва в сферу послуг, принципово роль людського ресурсу чи капіталу залишається домінуючою серед інших різновидів капіталів (природні, фінансові, техніко-технологічні).

Як і всякий капітал, людський теж в процесі використання зазнає старіння, зношується, зменшує продуктивність, вибуває з активного економічного процесу. А отже у суспільстві є соціальна, економічна і моральна необхідність постійно підтримувати цей ресурс в надійному, продуктивному і здоровому стані, проявляючи турботу про кожну людину, про її фізичне, психічне та моральне, здоров'я та достойний рівень життя. В такому аспекті автор розглядає бінарну систему «людина – економіка», виділяючи в ній категорії «економіка здоров'я» і «ефективність використання здорового працівника» в виробництві.

«Здоров'я» в понятійному значенні має свої герменевтичні складності і відтінки. Але в нашій темі ми його розглядаємо під кутом зору зв'язку з економікою. Відомо, що у XXI столітті здоров'я перестає бути лише соціальною категорією і постає категорією економічною. На сьогоднішній день існує ряд визначень здоров'я. Наведемо трактування деяких авторів, що займаються проблемою.

Так, Всесвітня організація охорони здоров'я дає наступне визначення. Здоров'я – «це не тільки відсутність хвороб, а й певний рівень фізичної підготовленості та функціонального стану організму» [16].

Гладких Р. розглядає здоров'я як «капітал, цінність якого не можна переоцінити і дозволяє людині добре вчитися, працювати і, в кінцевому підсумку, забезпечувати собі матеріальний достаток» [64].

Кашин В. визначає здоров'я людства з його досвідом і знаннями як «капітал економіки, на основі якого може бути зроблений економічний ривок» [79].

Схоже визначення у Кубеева М.: «здоров'я нації - економічний ресурс держави» [76].

Попченко Т.П. розглядає здоров'я з позицій приватної власності: «здоров'я - найвища цінність, особистий ресурс, капітал і власність людини, і визначає, в першу чергу, трудові можливості індивідуума» [9].

У цивілізованих країнах вже давно говорять про здоров'я як про головне надбання нації, усвідомивши, що це перший стратегічний, хоча і достатньо обмежений ресурс. Адже трудовий процес здійснюється шляхом витрачання людського капіталу, природною основою якого є резерви здоров'я. Ті структури, які у нас звикли називати «кадровими органами», на Заході позначають аббревіатурою – HRM - humane resources management- «Управління людськими ресурсами» [2].

Здоров'я народу, будучи узагальнюючою характеристикою рівня і якості життя населення, залежить від структури та стандартів споживання, забезпеченості житлом, умов побуту, ступеня розвитку культури, соціально-

політичної комфортності та демократичності суспільства, а також відображає умови праці та стан навколишнього середовища. Проблема зв'язку здоров'я і економіки має історичні корені. Ще У. Петті в книзі «Слово мудрості» (1664 р.) підрахував вигідність здорових робітників, обґрунтувавши об'єктивну залежність між смертністю людей від епідемій і втратами від цього держави, між витратами на попередження захворюваності і втратами в результаті розповсюдження останніх.

Економічну оцінку здоров'ю надавали А. Сміт (прогрес суспільства є стан бадьорості і здорової енергії всіх його класів), Т. Мальтус (чим більше чисельність населення, тим менше його здоров'я). К. Маркс досліджував життєздатність робітників, порівнюючи тривалість життя в різних умовах праці – в різних сферах діяльності (ковалі, пекарі). Г. Беккер вже впевнено визначив, що в здоров'я економічно вигідно вкладати інвестиції. М. Гроссман відстоював положення, що само по собі здоров'я не є споживчим благом, а більш важливо як об'єкт інвестування, оскільки здорова людина більш вільна у виборі виду діяльності, більш задоволена життям і більш позитивно відноситься до неринкових цінностей. Отже, з цих міркувань закономірно виникає поняття «економіка здоров'я». Категорія «економіка здоров'я» має свої понятійні і змістовні складності, але, на нашу думку, головний сенс її складає такий постулат: здорова людина є надійним і ефективним учасником економічного процесу, а здорова і відповідальна суспільна економіка цілеспрямовано вкладає частину свого прибутку в здоров'я людини, колективу, нації. Складний феномен «Здоров'я» характеризується широким спектром проникнення в різні сфери життя і діяльності людини, соціуму, в основи устрою держави. В спрощеному варіанті зв'язки здоров'я з соціумом і економікою представлені на рис. 1.1.

В сфері здоров'я, що координується державною політикою, має бути найбільший рівень відкритості, прозорості, громадської участі у прийнятті рішень, а окрім цього – найбільша ступінь відповідальності державної адміністрації та бізнесу перед громадянином.





Рис. 1.1. Основні зв'язки здоров'я з економікою, соціумом, державною політикою

В теоретичному плані економіку здоров'я слід розглядати з позицій теорії розширеного відтворення. «Расширенное воспроизводство здоровья населения – это максимально возможное сохранение его потенциала при наличных ресурсах природы и экономики» [81].

Проблема «збереження та розширеного відтворення здоров'я» набуває все більшої гостроти в умовах, коли змінюється його основна парадигма: здоров'я розглядається не тільки як продуктивний виробничий ресурс, але й як економічне благо (багатство) нації, а потреби в його збереженні і примноженні виникають в усіх учасників системи (держава, бізнес, домогосподарство, громадська спільнота). Загострення цієї проблеми пов'язано і з розробкою нової стратегії проведення реформ в сфері медичного обслуговування населення, в якій державна підтримка галузі, медичне страхування і платні послуги для населення мають сформувати збалансовану систему розподілу джерел фінансових і економічних механізмів підтримки здоров'я. Складність в тому, що наслідки такої реформи, скоріш, непередбачені, ніж реально розраховані. І причина в тому,

що економіка здоров'я – досить нове явище і її особливості ще досконало не вивчені.

«По сути, экономика здоровья – это новый подход к решению проблем, присущих нашему здравоохранению и экономике... Здоровье и есть основной капитал экономики».

Здоров'я, як життєва енергія, є відмінним ресурсом від інших (газ, вугілля, земля), оскільки воно є продуктивним ресурсом, здатним збільшувати вартість економічної системи, вартість товару чи послуг, що продукується нею і постачаються на ринок. «Сущность здоровья как социально-экономической категории проявляется в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам на его восстановление и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно-полезной деятельности» [111].

Говорячи про економіку здоров'я І. Кашин відмічає, що «объектом данной науки являются ресурсы здоровья. Причем на индивидуальном, корпоративном, региональном и национальном уровнях... и далее - здоровье больше, чем ресурс: как газ, лес, уголь, это – производительный ресурс или капитал, так как все, что производится связано с расходом жизненной энергии, здоровья». [79]

Економіка здоров'я пропонує оцінювати не тільки наявний стан здоров'я, але й вплив економічної політики, законопроектів, міжнародних норм і ініціатив та інституційних правил на систему здоров'я. Звідси найтісніші зв'язки економіки здоров'я як науки з системою трудових відношень, з економією та з «індустрією здоров'я». Зокрема в індустрії здоров'я в складному механізмі взаємодій входять три сектори: державний, корпоративно-приватний та самодіяльний. Третій (самодіяльний) сектор «слід розглядати як специфічну послугу людини самій собі, яка зменшує її витрати на медпрацівників, методистів, тренерів.

За результатами інтерв'ю А. Антонової з керівником Департаменту економіки здоров'я Vision International People Group, В.І. Кашиним (Росія)

можна визначити такі важливі особливості наукового напрямку «економіка здоров'я»: предмет дослідження – зв'язок економіки з життям і здоров'ям людини; науковий пошук – визначити закономірності та фактори впливу економіки на здоров'я і здоров'я на економіку; прикладне завдання – зорієнтувати медицину і економіку на збереження і примноження ресурсів здоров'я людини[79].

Науковий підхід до економіки здоров'я своїм об'єктом розглядає ресурси здоров'я, методи його оцінювання і заходи оздоровлення. А тому в комплекс характеристик оцінювання стану здоров'я і ефективності його в економічній діяльності включені такі складові: фізичне, психічне, генетичне здоров'я, образ та умови життя, інвестиції в здоров'я, система показників економічної і соціальної ефективності оздоровлення [ 73 ].

В цьому же дослідженні В. Кашин відмічає, що «сьогодня зв'язок економіки с жизнью и здоровьем человека пока не является приоритетом внимания ... скорей наоборот ... Получается, что в России есть самая крупная теневая экономика нездоровья, и вес ее в ВВП почти 43%» [ 79].

Проблема здоров'я в економічному плані на даному етапі загострюється, що викликано багатьма причинами. В Україні проявляє себе негативна тенденція - зниження кількості носіїв людського капіталу в працездатному віці. Процес системної трансформації в Україні проходив паралельно з катастрофічним і масовим знеціненням накопиченого раніше людського капіталу, в тому числі і в його прямому економічному сенсі. У світі в середньому вклад людського капіталу становить 64% у ВВП, в Росії 14% в Україні (15,2%) [14].

Орієнтуючись на ефективність використання потенціалу здоров'я, правомірно ставитись до нього як до рушійної сили економіки. У теоретичному аспекті це розглядається як капітал, що забезпечує розвиток економіки, на що і вказують багато дослідників.

А.І. Добринін [50] і співавтори відзначають, що людський капітал - це наявний у людини запас здоров'я, знань, навичок, здібностей, мотивацій, які

сприяють зростанню його продуктивності праці і впливають на зростання доходів. У цьому визначення термін «здоров'я» поставлений на перше місце.

З часом економісти прийшли до висновку, що людський капітал необхідно не просто використовувати як ресурс, а підтримувати його в моральному, економічному, фізичному і трудовому стані, розвивати цей капітал у процесі всього життєвого циклу людини. Але це «підтримування і розвиток людського капіталу» вимагає коштів, тобто вкладень, інвестицій. Найважливішими напрямками вкладень в людський капітал зарубіжні економісти вважають освіту і практичну підготовку на виробництві, охорону здоров'я та медичне обслуговування, народження дітей і догляд за ними.

Паралельно з людським капіталом, використовується і поняття «капітал здоров'я» - «на макрорівні формування людського капіталу вирішальне значення набуває капітал здоров'я» [46]. Зміцнення здоров'я вимагає інвестицій. Теоретична модель інвестицій в здоров'я як в людський капітал побудована на ключових моментах розуміння життєвого циклу людини, трудової віддачі, втрат від непрацездатності та передчасного відходу з життя. Ранній, передчасний відхід від активної діяльності - збиток економіці, так як йде з економічного процесу роками накопичений капітал знань, умінь, дисципліни і відповідальності. Досвід свідчить про те, що здорові люди більш продуктивні і більше приділяють увагу освіті та інтелектуальному розвитку.

У наукових колах капітал освіти має давню історію і йому присвячено чимало економічних досліджень. До капіталу здоров'я інтерес проявився недавно, 15-20 років тому. З урахуванням економічної цінності людини і в умовах погіршення стану здоров'я в суспільстві, економісти стали надавати особливого значення тому факту, що захворюваність, травматизм, інвалідність, смертність - в економічному сенсі це реальний і істотний збиток у виробництві та обороті суспільних благ. Звертаючи на це увагу, А. І. Бабенко [16] підкреслює, що слід розробляти управлінські технології за критеріями зростання людського капіталу здоров'я. Зараз інвестиції в людину

або в людський капітал спрямовуються і на зміцнення здоров'я. Відзначимо, що такі інвестиції довготривалі і забезпечують ефект протягом усього життя людини.

В сфері забезпечення здоров'я економічна наука здійснює пошук суб'єктів управління здоров'ям, їх ролей і вкладу, бар'єрів і зловживань, конфліктних ситуацій в системі оздоровлення, витрат на ці цілі, результативності використання цих витрат (ефект оздоровлення). Науковому дослідженню підлягає і зарубіжний досвід підтримки здоров'я трудоресурсного потенціалу, соціальні стандарти і нормативи здоров'я населення. Здоров'я розглядається і як сумарний результат взаємодії чотирьох функціоналів:

$$f_a = \left\{ \begin{array}{l} \text{виховання, освіта, трудовий процес, спосіб життя,} \\ \text{ситуація в соціумі} \end{array} \right\}$$

$$f_b = \left\{ \begin{array}{l} \text{медицина, екологія, геронтологія, туризм, спорт, культура,} \\ \text{валеологія} \end{array} \right\}$$

$$f_v = \{ \text{питна вода, харчування, фармація, послуги, ЖКГ, економіка} \}$$

$$f_c = \{ \text{економіка, держава, місцева влада, ринок} \}$$

Функціонали включають:  $f_a$  – залежності здоров'я від людини і її способу життя;  $f_b$  – залежність здоров'я від системи охорони здоров'я;  $f_v$  – залежність здоров'я від сфери життєзабезпечення;  $f_c$  – залежність здоров'я від економіки, держави, ринку, механізмів управління здоров'ям.

В концептуальному баченні позитивних змін, що стосуються здоров'я населення і його активної частини, трудового потенціалу однаково важливо використати два підходи: організаційно-системний (структурно-елементний і функціональний підхід) і процесний (характер і механізми розвитку). Оскільки організаційно-системний підхід більш досліджений, звернемо увагу на процесний підхід (рис. 1.2).

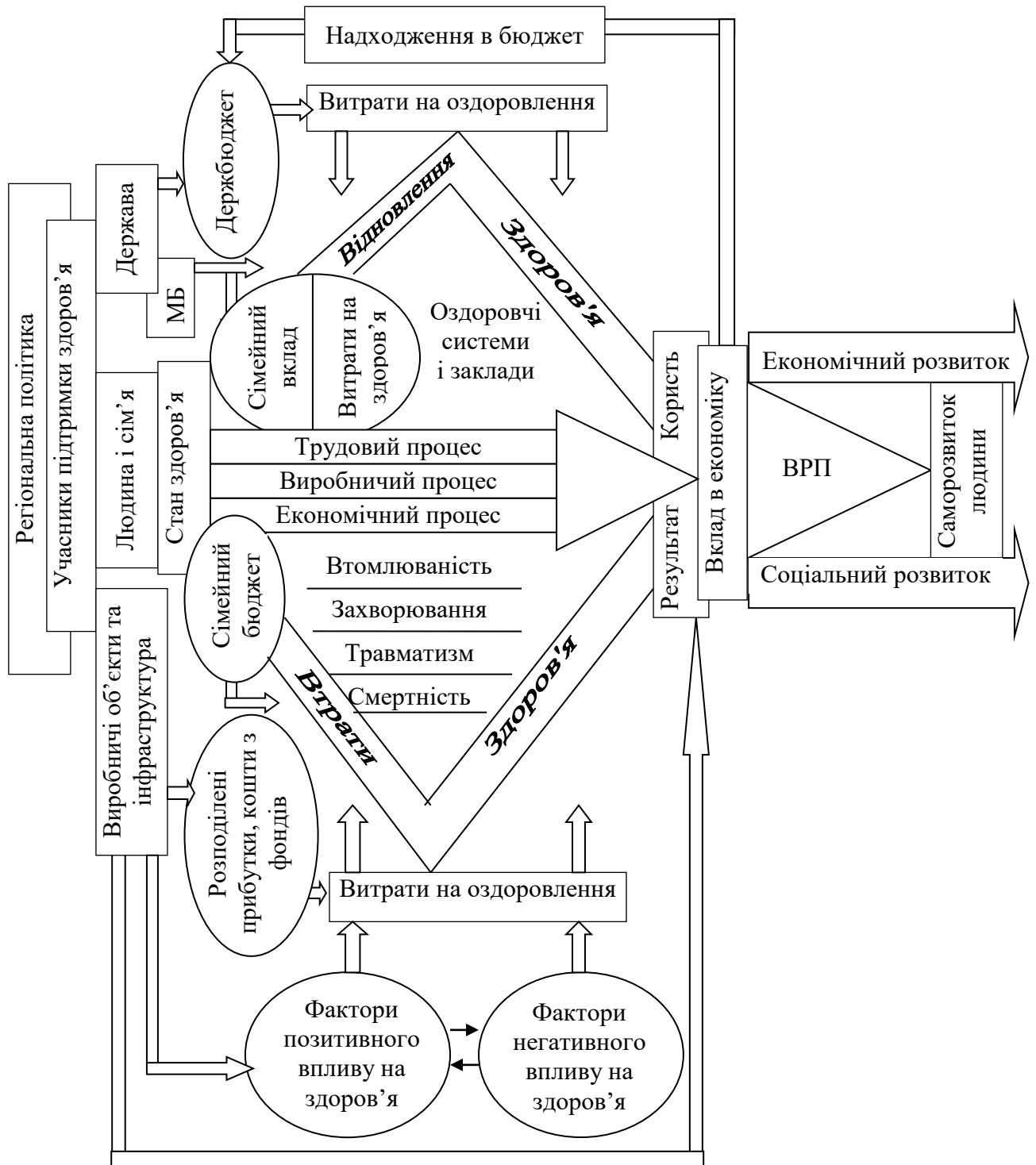


Рис. 1.2. Здоров'я в структурі головних процесів розвитку (процесний підхід)

На рис. 1.2 показано, що розвиток економічних систем інтегровано включає декілька процесів – виробничий, трудовий, економічний, витратний (втрати здоров'я) і оздоровчий (відновлення здоров'я). І всі ці процеси (окрім втрат здоров'я) з економічних позицій потребують фінансових витрат, які в цілому і здійснюють вклад в економічний розвиток.

З позицій оцінки ефективності вкладення коштів в економіку здоров'я можна виділити два різних ефекти: перший - ефект вкладу трудових ресурсів в економіку і другий (зворотній) ефект вкладу економіки в трудові ресурси, тобто в людину і її здоров'я: ефект заходів профілактики та оздоровлення, в т.ч. і з метою забезпечення продуктивності та якості людського капіталу, який використовується у виробництві чи сфері послуг.

При розгляді таких ключових категорій як «економічне зростання», «економічний розвиток», переконуємося, що увагу дослідників концентрується на економіці як на безперечній «главності» і самодостатності економічної діяльності в суспільному розвитку. Ця діяльність, а точніше її результати, оцінюється як основоположне благо, що формує достаток громадян, міць країни і цивілізаційний рівень суспільства. З такою ціннісною позицією, визнаною в науковому світі і в суспільстві, можна погодитися, з тією лише поправкою, що економіка хоч і найголовніша складова в життєзабезпеченні окремої людини і суспільства в цілому, але вона не є саме життя, в її біологічному, соціальному і духовному прояві, а виступає лише як механізм, інструмент, засіб забезпечення життя і розвитку цивілізації. А оскільки життя первинне, а економіка вторинна то буде правильним в центр уваги суспільних наук, у тому числі і економіку, ставити саму людину, з його інтересами, бажаннями і можливостями. В ім'я людини необхідно вибудовувати і весь механізм управління розвитком особистості, економіки, суспільства.

## **1.2. Регіональні особливості відновлення трудового потенціалу регіонів**

Сучасні процеси економічного розвитку все більш опираються на цільові установки та на потреби суспільства. А серед потреб головна – захист здоров'я. «Добробут суспільства - це не просто сума індивідуальних корисностей, а щось більше. В якості цього «щось» виступає громадське

здоров'я, як характеристика функціонування і розвитку соціального організму. Тому незалежно від того, до якої економічної моделі тяжіє охорону здоров'я тієї чи іншої країни, держава об'єктивно присутній в цій галузі в набагато більшій мірі, ніж у більшості інших» [155].

При цьому необхідна переоцінка результатів економічного розвитку суспільства з точки зору зміцнення здоров'я населення з позицій впливу на здоров'я людини необхідно також оцінити сформовану структуру народного господарства країни, його матеріально-технічну базу, соціальну інфраструктуру, природний та техногенний стан навколишнього середовища.

У 2008 р. ВООЗ схвалила «Глобальний план дій з охорони здоров'я працюючих на 2008–2017 рр.». План дій зачіпає всі аспекти охорони здоров'я працюючих, включаючи первинну профілактику професійних ризиків, охорону і зміцнення здоров'я на робочому місці, умови зайнятості та більш чітке реагування систем охорони здоров'я на здоров'я працюючих. Цей план будується на деяких загальних принципах. Усі працюючі повинні мати можливість користуватися сприятливими умовами праці. Умови праці на робочому місці не повинні призводити до погіршення здоров'я і благополуччя. Пріоритет повинен надаватися первинній профілактиці професійних ризиків для здоров'я. З метою задоволення установами охорони потреб працюючого населення на комплексній основі повинні бути задіяні всі компоненти системи охорони здоров'я [201].

Держава всіма заходами повинна впливати на скорочення підприємств, які споживають ресурс здоров'я, приймаючи рішення про скорочення шкідливих виробництв, важких умов праці, з високим ризиком травматизму та ін. На даний час як стан здоров'я українців, так і стан системи його підтримки і захисту визивають у суспільстві і науковців досить обґрунтовану збентеженість і критику. Реальні умови життя та трудова діяльність населення своїм наслідком визначають економічні успіхи країни. Ситуація в регіонах України, що стосується здоров'я населення, досить складна.



Кількість економічно активного населення працездатного віку в регіонах України за різними оцінками складає 20 млн. осіб (табл. 1.1.) [148].

Таблиця 1.1

## Економічно активне населення за регіонами у 2016 році

	Січень–березень		Січень–червень		Січень–вересень		Січень–грудень	
	усього, у віці 15-70 років	з них працездатного віку	усього, у віці 15-70 років	з них працездатного віку	усього, у віці 15-70 років	з них працездатного віку	усього, у віці 15-70 років	з них працездатного віку
<b>Україна</b>	<b>17986,1<sup>3</sup></b>	<b>17335,6<sup>3</sup></b>	<b>18074</b>	<b>17375</b>	<b>18154</b>	<b>17438</b>	<b>18098</b>	<b>17396,0</b>
Вінницька	742,7	715,7	747,5	715,3	749,3	717,0	741,2	710,4
Волинська	437,6	429,4	437,9	430,7	441,7	433,7	440,4	432,9
Дніпровська	1607,4	1567,9	1608	1571	1599	1562	1594	1555,0
Донецька <sup>2</sup>	887,8 <sup>3</sup>	861,1 <sup>3</sup>	883,6	854,8	880,2	853,3	877,7	852,1
Житомирська	573,4	545,8	574,0	544,6	576,6	543,4	571,2	537,5
Закарпатська	564,4	544,8	573,7	549,7	578,6	555,5	571,8	550,5
Запорізька	828,5	795,3	825,1	792,7	827,1	790,8	825,5	789,9
Івано-Франківська	600,0	569,6	603,1	570,3	609,8	577,5	609,5	578,1
Київська	795,5	784,3	790,2	776,1	791,2	777,3	790,6	777,6
Кіровоградська	435,7	420,2	438,8	422,8	437,1	420,6	436,6	419,7
Луганська <sup>2</sup>	366,4 <sup>3</sup>	344,1 <sup>3</sup>	366,9	343,2	366,3	342,9	362,7	339,5
Львівська	1119,7	1103,5	1132,8	1116,2	1137,7	1120,3	1134,7	1116,5
Миколаївська	558,5	539,0	557,9	538,5	559,0	541,0	558,2	540,9
Одеська	1064,2	1029,2	1085	1050	1090	1052	1086	1048
Полтавська	649,0	636,9	657,4	644,4	660,7	646,0	664,3	649,1
Рівненська	540,5	493,1	539,4	489,1	542,3	489,3	541,4	489,9
Сумська	505,5	491,0	514,6	492,6	524,3	499,7	523,3	500,4
Тернопільська	456,3	443,7	458,3	445,4	462,9	450,5	460,3	449,1
Харківська	1295,2	1253,6	1312	1271	1327	1288	1324	1285,8
Херсонська	486,7	477,6	494,0	484,8	497,4	487,9	496,6	487,2
Хмельницька	563,6	555,8	554,6	543,4	556,8	544,9	557,1	544,3
Черкаська	571,9	558,1	582,9	567,8	583,4	569,3	580,2	566,3

Чернівецька	396,6	358,7	401,1	358,1	404,5	361,2	404,9	360,5
Чернігівська	477,3	455,1	483,5	458,3	487,0	461,3	483,9	459,7
м. Київ	1461,7	1362,1	1450	1343	1462	1351	1460	1354,4

[148]

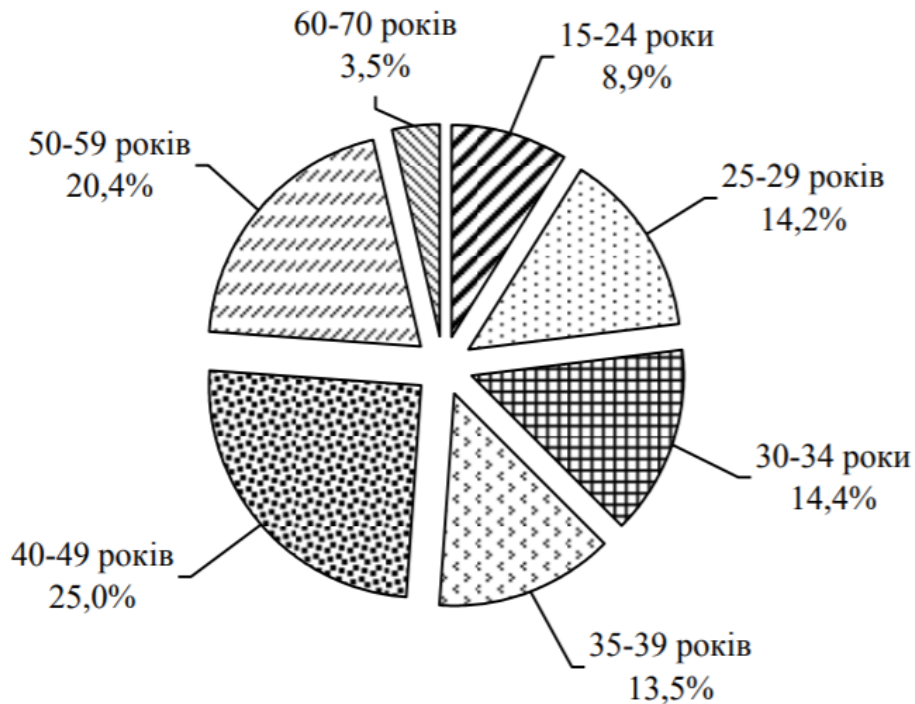


Рис. 1.3. Вікова структура економічно активного населення регіонів України

Отже, оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я як основи для збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку [201].

Протягом 2011–2016 рр. рівень розповсюденості хвороб та первинної захворюваності працездатного населення України мали тенденцію до зниження, але в 2016 р. обидва ці показники зросли відносно 2015 р. (поширеність на 1,3%, захворюваність на 0,7%). Загалом у 2016 р. рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності працездатного населення був нижчим за показники 2012 р. (табл. 1.2).

Аналіз структури поширеності хвороб серед працездатного населення

показав, що перші п'ять рейтингових місць посідають: хвороби системи кровообігу – 24,2% (33213,2 на 100 тис. відповідного населення), хвороби органів дихання – 18,1% (24833,7 відповідно), хвороби органів травлення – 10,9% (15021,4), хвороби сечостатевої системи – 8,0% (10937,6), хвороби кістково-м'язової системи (7663,0) (рис. 1.4)[ 201].

Таблиця 1.2

Динаміка поширеності та захворюваності працездатного населення України за період 2012–2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Найменування показника	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	148 371,4	147 000,8	147 394,7	135 706,2	137 437,6
Захворюваність населення	61 937,5	59 711,2	59 168,3	54 118,2	54 480,1

Протягом 2012–2016 рр. серед працездатного населення України триває тенденція до зниження поширеності деяких інфекційних та паразитарних хвороб відносно 2012 р. (на 18,26%, з 4348,4 у 2012 р. до 3554,5 у 2016 р. на 100 тис. відповідного населення) і травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 15,9%, з 5447,0 до 4581,0 відповідно), при цьому спостерігається зростання рівня поширеності ендокринних хвороб з 6892,8 у 2012 р. до 7011,3 у 2016 р. (на 1,72%) та природжених вад розвитку з 363,0 до 379, 2 відповідно (на 1,42%). Слід зауважити, що у 2016 р. по відношенню до 2015 р. відбулося зростання рівнів поширеності хвороб серед працездатного населення за більшістю класів хвороб, за винятком деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників. У структурі поширеності хвороб за останні п'ять років зростає частка новоутворень (з 2,1% в 2012 р. до 2,2% в 2016 р.), ендокринних хвороб (з 4,7% до 5,1% відповідно), хвороб нервової системи (з 3,7% до 3,9%), хвороб ока (з 4,7% до 4,8%), хвороб системи кровообігу (з 23,6% до 24,2%), хвороб органів травлення (з 10,7% до 10,9%), хвороб

кістково-м'язової системи (з 5,5% до 5,6%), хвороб сечостатевої системи (з 7,8% до 9,0%) (табл.1.3.).

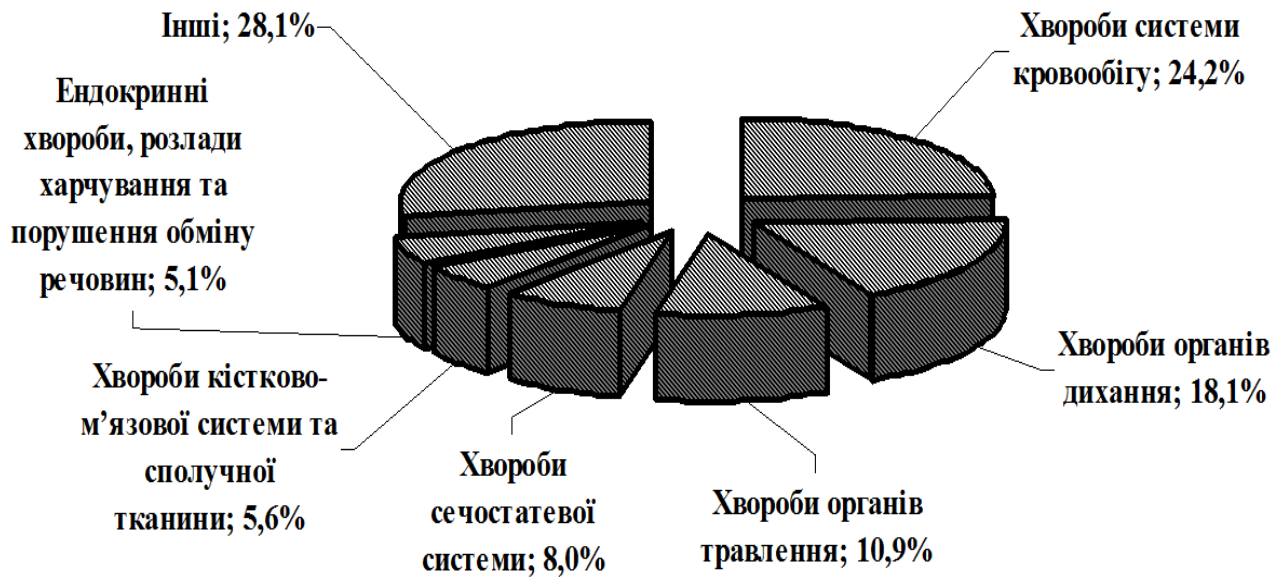


Рис. 1.4. Структура поширеності хвороб серед працездатного населення України за класами хвороб у 2016 р. (%)

Таблиця 1.3

Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед працездатного населення України за основними класами хвороб у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	2012	%	2015	%	2016	%	2016/2012	2016/2015
Усі хвороби, у т.ч.:	148371	100	135706	100	137437,6	100	-7,37	1,28
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4348,4	2,9	3604,6	2,7	3 554,5	2,6	-18,2	-1,39
новоутворення	3063,4	2,1	2951,2	2,2	3 035,4	2,2	-0,91	2,85
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1224,7	0,8	1144,8	0,8	1 136,6	0,8	-7,19	-0,72

Продовження табл. 1.3

ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	6892,8	4,7	6836,0	5,0	7 011,3	5,1	1,72	2,56
розлади психіки та поведінки	5557,9	3,8	4795,7	3,5	4 807,7	3,5	-13,0	0,25
хвороби нервової системи	5500,0	3,7	5277,7	3,9	5 367,6	3,9	-2,41	1,70
хвороби ока та його придаткового апарату	7028,3	4,7	6455,6	4,8	6 562,3	4,8	-6,63	1,65
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3074,6	2,1	2751,4	2,0	2 780,6	2,0	-9,56	1,06
хвороби системи кровообігу	35078,6	23,6	32 756,6	24	33 213,2	24,2	-5,32	1,39
хвороби органів дихання	27798,2	18,7	24 424,9	18	24 833,7	18,1	-10,6	1,67
хвороби органів травлення	15822,6	10,7	14 871,8	11	15 021,4	10,9	-5,06	1,01
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4780,9	3,2	4289,4	3,2	4 388,5	3,2	-8,21	2,31
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8157,2	5,5	7525,1	5,6	7 663,0	5,6	-6,06	1,83
хвороби сечостатевої системи	11565,0	7,8	10 750,9	7,9	10 937,6	8,0	-5,42	1,74
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	365,0	0,3	359,3	0,3	370,2	0,3	1,42	3,03
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5447,0	2,9	4643,2	2,7	4 581,0	2,6	-15,0	-1,3

Найвищі рівні поширеності хвороб серед працездатного населення в 2016 р. спостерігалися у Дніпропетровській області (186722,0 на 100 тис. відповідного населення), м. Києві (175156,5 відповідно), Рівненській області (173106,4 відповідно). Вищий за загальноукраїнський показник поширеності хвороб виявлено у 21 регіоні України. Протягом 2012–2016

рр. у 13 областях країни тривала тенденція до збільшення рівня поширеності хвороб серед працездатного населення відносно 2012 р., у трьох регіонах відбувається зниження вищезазначеного показника (табл. 1.4).[ 202]

Таблиця 1.4

Динаміка регіональних показників поширеності хвороб серед працездатного населення України у 2012, 2015, 2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни (%)	
	2012	2015	2016	2016/ 2012	2016/ 2015
<i>Область</i>					
Вінницька	184 924,4	167 212,9	168 941,3	-8,64	1,03
Волинська	156 087,7	150 867,1	152 173,0	-2,51	0,87
Дніпропетровська	178 496,9	185 643,3	186 722,0	4,61	0,58
Донецька	142 295,1	56 099,0	123 398,2	-13,28	119,97
Житомирська	123 714,0	127 232,4	129 952,7	5,04	2,14
Закарпатська	151 587,7	142 746,2	142 522,6	-5,98	-0,16
Запорізька	104 034,3	103 676,9	106 965,3	2,82	3,17
Івано-Франківська	166 228,8	168 656,4	170 345,9	2,48	1,00
Київська	162 064,4	160 660,4	166 293,7	2,61	3,51
Кіровоградська	143 247,2	147 401,1	148 401,6	3,60	0,68
Луганська	115 325,7	30 170,4	92 702,0	-19,62	207,26
Львівська	138 955,0	134 397,9	136 015,0	-2,12	1,20
Миколаївська	132 327,8	144 425,3	149 029,3	12,62	3,19

Продовження табл 1.4

Одеська	154 532,1	151 276,2	150 294,4	-2,74	-0,65
Полтавська	146 214,2	138 099,8	141 172,2	-3,45	2,22
Рівненська	163 889,0	166 782,1	173 106,4	5,62	3,79
Сумська	123 443,6	125 782,5	129 467,7	4,88	2,93
Тернопільська	149 499,2	149 015,9	151 665,0	1,45	1,78
Харківська	158 866,4	147 760,8	147 776,3	-6,98	0,01
Херсонська	146 286,1	140 510,7	142 865,8	-2,34	1,68
Хмельницька	147 426,2	150 610,9	151 654,2	2,87	0,69
Черкаська	150 089,4	133 850,4	131 696,9	-12,25	-1,61
Чернівецька	171 696,4	169 264,0	172 342,6	0,38	1,82
Чернігівська	155 020,5	155 109,3	157 255,5	1,44	1,38
<i>Місто</i>					
Київ	175 243,3	173 847,8	175 156,5	-0,05	0,75
Україна	148 371,4	135 706,2	137 437,6	-7,37	1,28

За індикативними показниками стану здоров'я населення ранговим методом виділено п'ять груп регіонів (рис. 1.5):

*група 1* – регіони з найменшим негативним проявом індикаторів – Волинська, Закарпатська та Чернівецька області;

*група 2* – регіони з низьким негативним проявом індикаторів – м. Київ, АР Крим, Івано-Франківська, Полтавська, Сумська, Тернопільська та Харківська області;

*група 3* – регіони з середнім рівнем негативного прояву індикаторів – Донецька, Житомирська;

*група 4* – регіони зі значним негативним проявом індикаторів – Дніпропетровська, Київська, Луганська, Одеська, Хмельницька та Черкаська,

Запорізька, Львівська, Миколаївська, Рівненська та Херсонська області;  
області;

група 5 – регіони з найбільшим негативним проявом індикаторів  
- Вінницька, Кіровоградська та Чернігівська області.



Рис. 1.5. Групи регіонів України за індикативними показниками стану здоров'я населення

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на посилення профілактики та забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення якості медичної допомоги та доступності медичних послуг, створення стимулів для здорового способу життя населення та здорових умов праці.

### 1.3. Санаторно-курортні комплекси (СКК) як основа відновлення трудового потенціалу регіону

Втрати здоров'я, втомлюваність, стресові стани формують відношення працівника до своєї роботи, до результатів, до ситуації в колективі і регіоні. В Україні на даний час недостатньо розроблена теорія і практика ведення



регіональної політики. В ній недостатньо використовується облік медико-демографічних проблем і стану регіону в їх зв'язку з економікою, не враховуються аналітичні і прогностичні оцінки збитку від низької якості здоров'я і захворювання населення, не визначаються розрахункові показники витрат на покращення здоров'я.

Однією з причин цього неврахування слід вважати брак в регіонах аналітичної і нормативної інформації щодо факторів впливу:

- на захворюваність;
- на працездатність;
- на ефект від оздоровлення;
- на розвиток системи ОЗ (СКК).

Таку аналітичну роботу автор рекомендує сконцентрувати в такому системному варіанті (рис. 1.6).

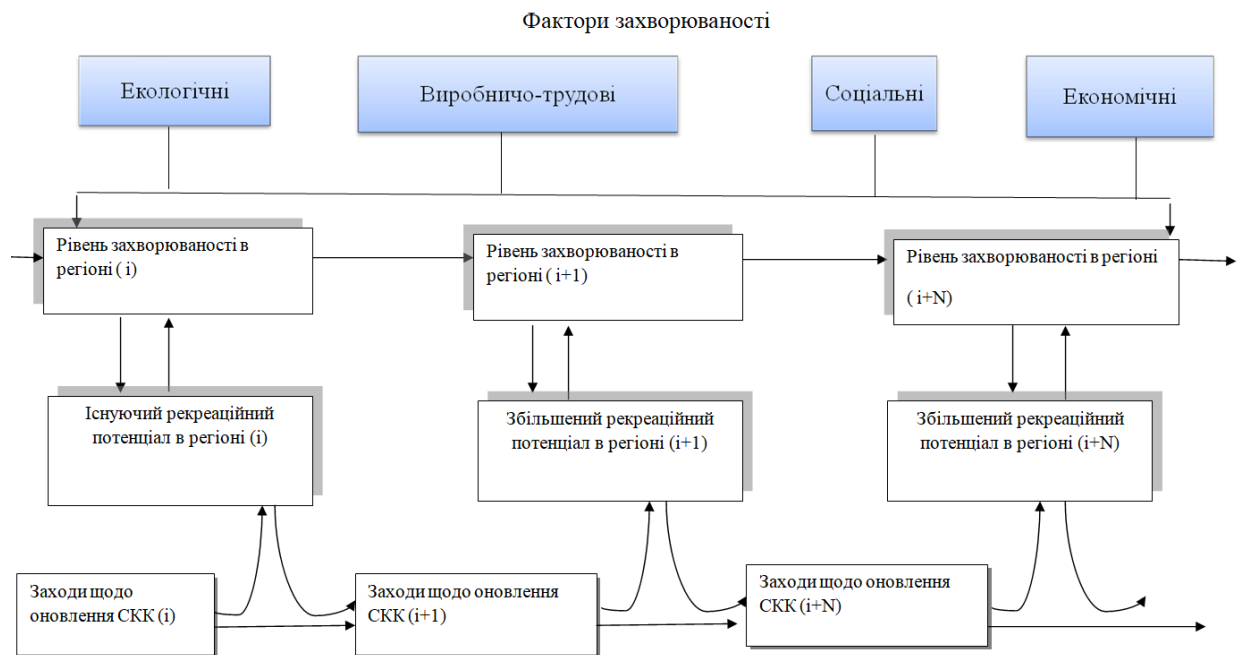


Рис. 1.6. Напрямки аналітичної і проектної роботи по розвитку системи оздоровчих закладів

З наведеної на рис. 1.6 логіко-структурної моделі слідує, що в регіоні має бути організована наукова та підготовча робота до розбудови нової інформаційної системи для обслуговування охорони здоров'я і для оцінки її

вкладу в економіку регіону, в здоров'я та добробут населення. В цій інформаційній системі виділимо блоки: стан (потенціал), проблеми (їх характер і гострота), фактори впливу, ресурси, структурна перебудова (кластерні форми), управління процесом розвитку оздоровчих закладів, в т. ч. СКК.

В регіональній політиці щодо укріплення здоров'я виділимо три завдання: оцінка вигод від оздоровлення, рішення дотаційних питань (з бюджетних ресурсів), перебудова оздоровчої системи з формуванням механізму управління процесом перебудови.

Відмітимо, що вигоду від підвищення рівня здоров'я населення ( $B$ ) можна представити виразом:

$$B = B_1 - I, \quad (1.1)$$

де  $B_1$  – збільшення валового випуску у зв'язку з підвищенням рівня здоров'я населення,  $I$  - обсяг інвестицій в охорону здоров'я і соціальну сферу, необхідний для досягнутого рівня здоров'я [ 104 ].

Дотації регіонам треба розраховувати не стільки на підтримку виробничо-технічної бази, скільки на відновлення й якісне покращення людського капіталу.

В регіональній політиці щодо укріплення здоров'я виділимо три завдання: оцінка вигод від оздоровлення, рішення дотаційних питань (з бюджетних ресурсів), перебудова оздоровчої системи з формуванням механізму управління процесом перебудови.

Система охорони, підтримки і укріплення здоров'я є складовою частиною «здорової, соціально відповідальної економіки» і в історичному процесі вона відпрацювала складну, багатoproфільну і територіально розгалужену множину різновидів заходів, установ і методів забезпечення здоров'я. Серед різновидів організаційної групи закладів охорони здоров'я виділимо комплекс санітарно-курортних установ в координатах розміщення його по регіонах.

Санаторно-курортні установи (СКУ) грають провідну роль у відновленні здоров'я. Ефективність оздоровлення, що проводиться в санаторно-курортних установах, досить висока, що вже підтверджено науковими дослідженнями та доведено на практиці. Оздоровлення в СКУ дозволяє скоротити кількість днів непрацездатності в 2,5-3 рази; зменшити потребу в госпіталізації в 2,4 рази; скоротити витрати на лікування хворих у поліклініках і стаціонарах в 2,6-3 рази; зменшити виплату допомоги з тимчасової непрацездатності в 1,8- 2,6 рази; знизити збиток виробництву у зв'язку із захворюваністю робітників і службовців у 2-3 рази [ 14 ].

Реалізація профілактичних пріоритетів системи охорони здоров'я із застосуванням сучасних технологій оцінки та відновлення здоров'я - суть діяльності відновлювальної медицини. У ролі її ведучої ланки виступає санаторно-курортна галузь, що виконує соціально значиму функцію з профілактики, лікування та реабілітації населення та розвиває профілактичний напрям як найбільш актуальний і перспективний у вирішенні проблем зміцнення здоров'я нації. Ефективність лікування, що проводиться в санаторно-курортних установах, досить висока, що постійно підкреслюється науковцями і фахівцями [14,15]. Але конкретних прикладних економічних досліджень, в яких здоров'я розглядається як фактор розвитку підприємств та регіонів на даний час дійсно бракує.

У сфері збереження здоров'я громадян, крім розвитку медицини, очевидна необхідність позитивного ставлення людини та суспільства до здорового способу життя. Формування такого ставлення забезпечується відповідною державною політикою. Крім законодавства, просвітницької роботи та пропаганди, необхідне реальне вкладення коштів в систему охорони здоров'я населення. Ключову роль у цій системі відводиться саме санаторно-курортного лікування як важливому фактору реабілітації та профілактики захворювань.

Велика Радянська Енциклопедія дає наступне визначення цього поняття: «санаторно-курортне лікування» - вид лікувально-профілактичної

допомоги, що надається у спеціалізованих стаціонарних установах та заснований на застосуванні головним чином природних лікувальних факторів (клімату, мінеральних вод, лікувальних грязей та ін.) [157].

Розмова О. М., Лімонов В. І., Семенов Б. М. розглядають "санаторно-курортне лікування" як елемент схеми "поліклініка - лікарня - санаторій", який виконує соціально значиму функцію з профілактики, лікування та реабілітації, тобто, вирішує завдання по зміцненню здоров'я нації [31].

Багато в чому схоже визначення «санаторно-курортного лікування» в доповіді Істоміна Н. Г.: «санаторно-курортне лікування» - провідна частина реабілітаційної допомоги, що займає важливе місце в системі охорони здоров'я та направлено на профілактику, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення» [89].

В основу санаторно-курортної допомоги покладені найбільш гуманні, соціально і науково обґрунтовані прогресивні принципи: профілактична і реабілітаційна спрямованість, спадкоємність між амбулаторно-діагностичними, стаціонарними та санаторно-курортними установами, висока кваліфікація і спеціалізація допомоги, що надається. Рекреаційна сфера, основу якої становлять заклади СКУ, по праву може вважатися особливою галуззю господарства, так як впливає на всі фази суспільного відтворення.

Значимість санаторно-курортного лікування обумовлена збереженням несприятливих тенденцій у стані здоров'я населення (триваючим процесом передчасного старіння населення та високим рівнем захворюваності дорослого населення, підлітків і дітей), і тієї роллю в їх подоланні, яка відводиться курортній справі у сучасній концепції розвитку української системи охорони здоров'я. В умовах курорту, при використанні різних природних лікувальних факторів, досягаються найкращі результати при мінімальних витратах часу в лікуванні ряду хронічних захворювань, а такі важкі хвороби як туберкульоз, вроджені і набуті дефекти опорно-рухового

апарату і, особливо, спинальні захворювання взагалі не мають альтернативи у порівнянні з методами лікування в спеціалізованих санаторіях.

Треба визнати, що нинішній державний контроль за заходами з охорони праці та здоров'я малоефективний. Необхідно відзначити, що за останні десятиліття особливо слабо ведеться робота з профілактики профзахворювань, що обумовлено тяжким становищем вітчизняної охорони здоров'я.

В Харківському регіоні рівень розвитку оздоровчої системи не задовольняє потреб населення, а тому завдання його розвитку мають бути опрацьовані в аналітичному і проектному плані. Логіка такої роботи представлена в круговому зв'язку (в циклі) «реперних точок» розвитку СКК (рис. 1.7). В послідовності визначені вісім складових оцінки ситуації і розробки програми розвитку – від «потреб в оздоровленні» до «сукупності економічних ресурсів» на їх задоволення. Враховані рекреаційно-ресурсні можливості, профільна відповідність СКК структурі захворювань, конкурентна ситуація, традиції населення щодо оздоровлення. В центрі системи знаходяться «банк даних» вирішення проблеми, стратегія розвитку СКК і механізм управління розвитком. Роль постановки цілей і визначення ресурсів покладається на регіональну політику в сфері здоров'я. Роль виконавця завдань по досягненні цілей відводиться рекреаційно-оздоровчому менеджменту.

Обмежуючі фактори: відношення до свого здоров'я, вартість оздоровлення, інвестиційні ресурси. Відомо, що інвестиційні ресурси є змінною величиною, що залежить від рівня економічної діяльності в регіоні (свої ресурси) і стану інвестиційного клімату (залучені ресурси). При високих параметрах ефективності і прибутковості системи СКК потік інвестицій може швидко прискоритись і збільшити свою масу. Різноманіття природних лікувальних факторів, багатство курортних ресурсів і висока ефективність їх застосування в практиці вітчизняної охорони здоров'я здавна привертала особливу увагу, яку у всі часи приділяли розвитку курортної бази

країни – лідери економічного розвитку. Є в Україні і своя історична практика розвитку СКК (Закарпаття, Одеса, Харків).

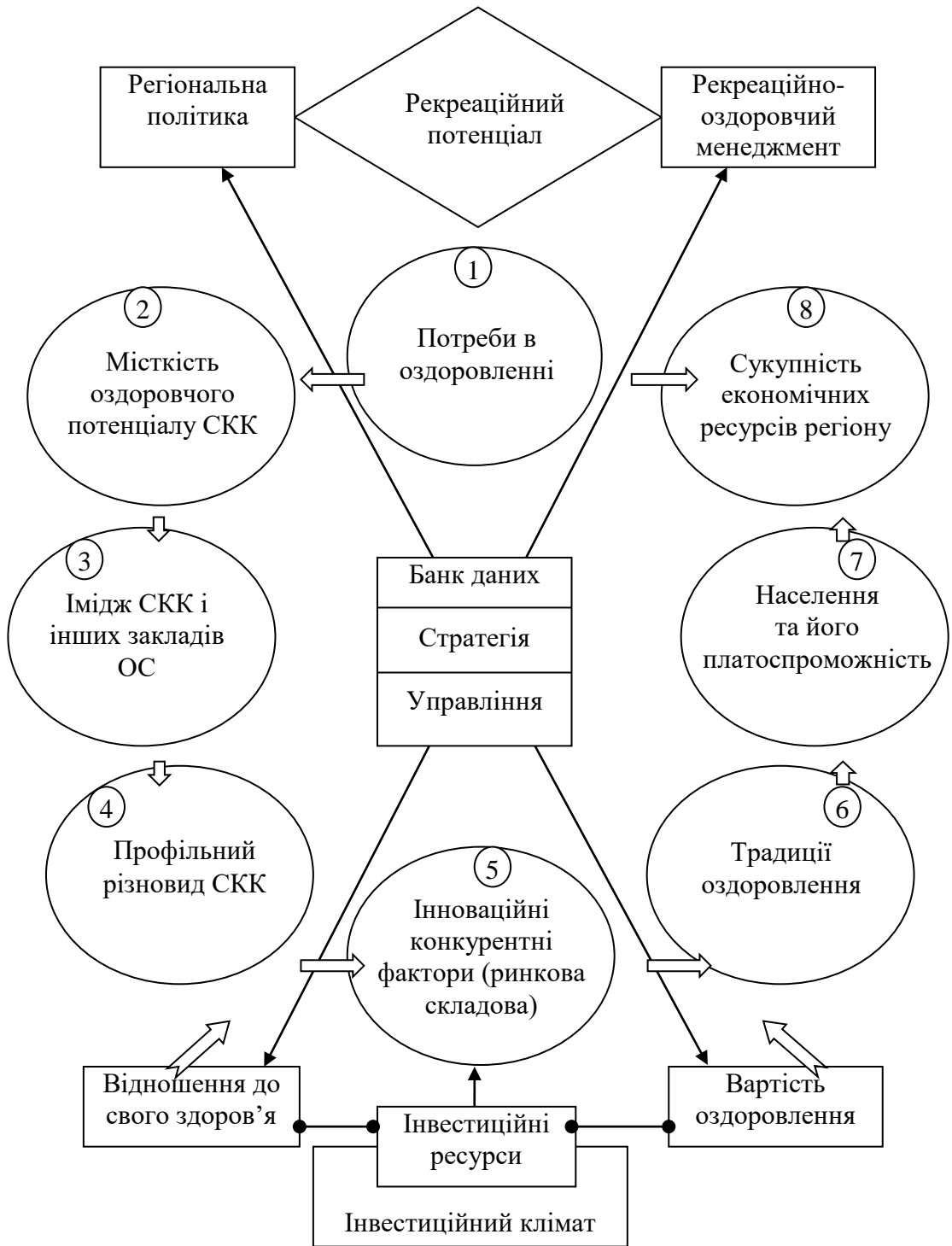


Рис. 1.7. Модель «реперних точок» підготовчої роботи для розвитку санаторно-курортних комплексів в регіоні

Ефективний розвиток санаторно-курортної галузі в Україні позитивно впливає на стан здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності, скорочення витрат на лікування хворих в поліклініках і стаціонарах. Окрім того буде сприяти покращенню стану інфраструктури санаторно-курортної галузі і лікувально-оздоровчих місцевостей, забезпечення економічної стабільності та прибутковості всього санаторно-курортного комплексу, дасть можливість зберегти і раціонально використовувати унікальні цінні природні лікувальні ресурси України, підвищити рівень надання санаторно-курортних послуг та конкурентоспроможність вітчизняної санаторно-курортної сфери на міжнародному ринку [55].

Мережа санаторно-курортних закладів України на сьогоднішній день складає більш ніж 3,1 тис. закладів (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Кількість санаторно-курортних закладів України за період з 2013 по 2016 роки [154]

	Кількість закладів - усього		
	2013/2014	2014/2015	2015/2016
1	2	3	4
<b>Україна</b>	<b>3110</b>	<b>3073</b>	<b>3041</b>
АР Крим	556	553	554
Вінницька	31	30	30
Волинська	72	68	67
Дніпропетровська	162	158	145
Донецька	367	357	353
Житомирська	22	23	22
Закарпатська	69	6]	60
Запорізька	199	201	195
Івано-Франківська	35	35	36

Продовження табл 1.5

Київська	86	88	85
Кіровоградська	42	41	39
Луганська	93	92	88
Львівська	124	121	114
Миколаївська	164	163	169
Одеська	420	432	434
Полтавська	45	44	42
Рівненська	25	23	23
Сумська	31	28	27
Тернопільська	18	17	18
Харківська	95	96	96
Херсонська	235	236	236
Хмельницька	20	18	17
Черкаська	61	61	63
Чернівецька	14	12	11
Чернігівська	45	42	42
м. Київ	53	47	49

Коефіцієнт використання спеціалізованих закладів по Україні (середнє значення) 0,46 або 46 %. В системі санаторних закладів він становить 50 % в пансіонатах з лікуванням 40 %, в санаторіях-профілакторіях 44 %, на базах відпочинку – 30 %.

Низький рівень завантаження є струмуючим фактором розвитку закладів санаторно-курортної сфери. Теоретично, можна було припустити, що перехід власності під контроль підприємств буде обнадійливим. Виявилось інше – в секторі підприємців – середній рівень завантаження СЗР – 24 %, а більше 50 % показують тільки 2 регіони (Волинський – 75 %, Івано-



Франківський – 55 %). Отже на даний час приватизація системи оздоровчих закладів в Україні не задіяна, як неефективна стратегія.

Завантаження санаторіїв:

- Високий рівень (65 – 75 %)
  - Вінницька область
  - Рівненська область
  - Кіровоградська область
  - Івано-Франківська область
  - Харківська область (66%)
  - Хмельницька область
- Середній рівень (45 – 64 %)
  - Волинська
  - Дніпропетровська
  - Житомирська
  - Закарпатська
  - Полтавська
  - Тернопільська
  - Чернівецька
- Низький рівень (20 – 44 %)
  - Запорізька
  - Миколаївська
  - Сумська
  - Черкаська
  - Чернігівська

Деякі особливості розвитку СЗР і санаторіїв характеризують «структурні підрозділи сфери сервісу» навіть в ретельному секторі їх 1808 одиниць, п'ять з яких в сумі (заклади харчування, автостоянки, сауни, пральні та плавальні басейни) становлять більше 70 %, інші підрозділи – пункти прокату, заклади торгівлі, перукарні – не набули поширення.

У санаторіях України працюють 25 097 штатних працівників, санаторно-профільних – 4163, пансіонатах з лікуванням – 692, базах і пансіонатах відпочинку – 7700. Представимо в санаторному секторі найбільш потужні за чисельністю штатних робітників області (в санаторних закладах).

Львівська – 6419

Одеська – 2502      Щодо баз відпочинку,      Запорізька – 1230

Закарпатська – 2207      то лідирують      Одеська – 788

Полтавська – 2199      Миколаївська – 692

Харківська – 1177

Херсонська – 678

м. Київ – 1172

Зв'язок між рівнем доходності і чисельністю штатних працівників можна прослідкувати на шестірки лідерів (по чисельності персоналу санаторно-курортного сектору (табл. 1.6)).

Таблиця 1.6

Зв'язок між рівнем доходності і чисельністю штатних працівників (по чисельності персоналу санаторно-курортного сектору)

№ з/п	Області	Доход (тис. грн.)	Штатна чисельність персоналу	Питомий доход на 1 штатного, тис. грн.
1	Львівська	657 089	6 419	103,0
2	Одеська	174 606	2 502	70,0
3	Закарпатська	261 817	2 207	118,0
4	Полтавська	183 206	2 199	88,0
5	Харківська	93 489	1 177	85,0
6	м. Київ	81 302	1 172	70,0

Тривалість перебування в СЗР (середній термін) визначається в широкому діапазоні: від 5,7 діб в Дніпропетровській обл. – до 38 діб в Чернівецькій, при середньому значенні по Україні – 13,4 дні.

Там, де СЗР знаходяться у відомі фізичних осіб (підприємців), середній термін перебування утримується в діапазоні 1,4 – 7,2 днів. Отже фізичні особи проводять відпочинок з оздоровленням в коротких термінах: середнє значення по Україні – 5,2 дні. Санаторні заклади в підприємницькому секторі відсутні. Дохід в секторі підприємців СЗР – 55401,7 тис. грн. Більше 80% якого припадає на 4 регіони: Одеський, Запорізький, Миколаївський, Харківський, остання частина розподіляється на 11 регіонів, а 9 регіонів не показують наявності в них закладів у володінні підприємців.

Основні показники спеціальних засобів розміщення України (середні) і  
Харківської області

	Україна	Харківська область
Кількість одиниць оздоровчих закладів (спеціалізовані засоби розміщення), в т. ч. санаторних закладів санаторії- профілакторії	1426	71
Осіб (в СЗР), в т.ч. всього	1463838	52430
в санаторних закладах		
в санаторіях-профілакторіях		
Кількість ліжок СЗР	233531	10143
санаторії	58527	2353
санаторії-профілакторії	17407	560
бази відпочинку	112643	6195
Обслуговування іноземців (СЗР) всього	339502 в т. ч.	2520
санаторії	271061	2520
санаторіїв-профілакторії	1648	-
Загальна площа СЗР всього	8636128	192020
в т. ч. санаторії	3360888	50620
санаторії-профілакторії	373654	21961
бази і будинки відпочинку	3518239	87200
Житлова площа , м <sup>2</sup> СЗР всього	2132736	85440
в т. ч. санаторії	780094	21098
санаторії-профілакторії	124989	5255
бази і будинки відпочинку	795286	50049
Обслуговано іноземців (осіб) СЗР	22766	211
в т. ч. санаторії	17448	211

Кількість санаторіїв в регіональному розміщенні розподілена таким чином (рис. 1.8)

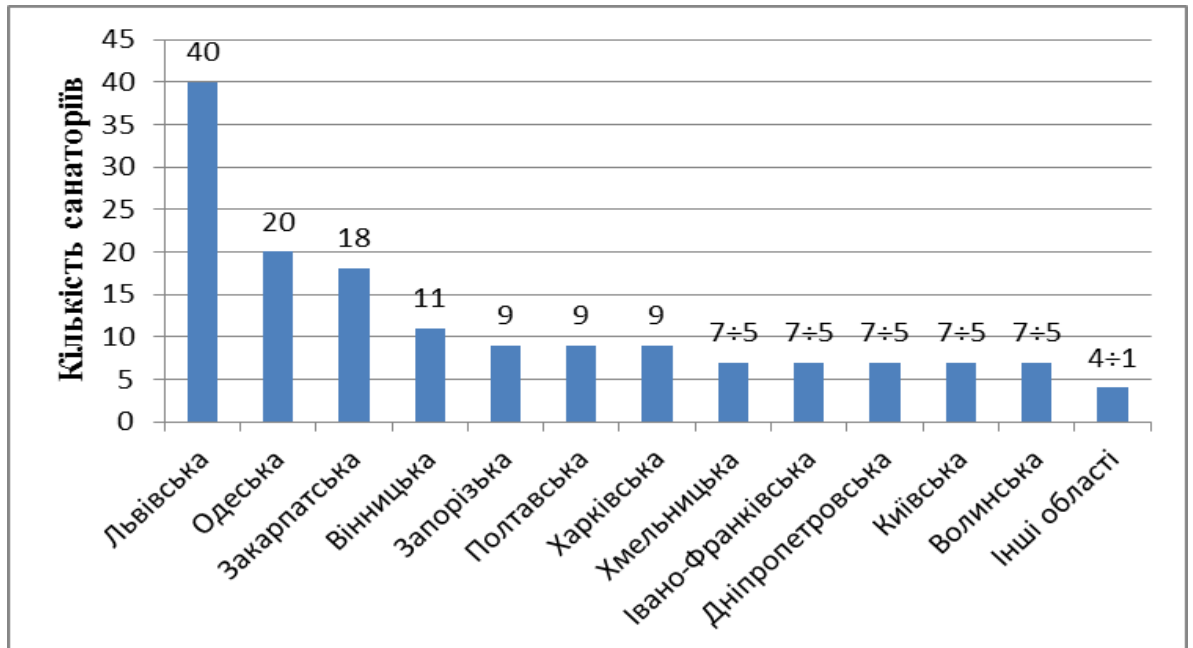


Рис. 1.8. Кількість санаторіїв в регіональному розміщенні

Таблиця 1.8

Обсяги зайнятих площ санаторіями

	Загальна площа	Житлова площа	Відношення заг/житл.
М. Київ	1167054	87761	13/1
Львівська область	445982	186675	2,4/1
Вінницька	354030	61955	5,7/1
Одеська	344551	104300	3,1/1
Закарпатська	344140	60486	5,8/1
Полтавська	100296	40576	2,5/1
Запорізька	84444	50191	1,7/1
Кіровоградська	78226	4004	19,5/1
Харківська	50620	21098	2,3/1
Волинська	48198	13909	3,4/1

Середня житлова площа санаторіїв становить  $(50\ 191\ \text{м}^2 : 9) = 5624\ \text{м}^2$ .

Доход на 1 м<sup>2</sup> житлової площі Харківського санаторію – 93 489 тис. грн. : 50 191 м<sup>2</sup> – 1,8 тис. грн., операційні витрати 99162 : 50 181 = 1,98 тис. грн. З інтегрованої оцінки прибутковості санаторно-курортного бізнесу маємо результат його збитковості. Але аналізуючи в розрізі районів ситуацію в Харківській області, визначаємо, що збитковими були тільки 3 райони, а інші 5 мали прибуток. Отже прибутковість санаторно-курортних послуг є реальністю і є залежною від організації і управління процесом надання послуг.

Інша сторона аналізу, не менш важлива, ефективність діяльності санаторно-курортних закладів в Україні. Щодо ефективності СКУ, то варто визначити в порівняльному значенні і в відносних показниках, наприклад, на одного оздоровленого (а), на 1 ліжко-місце (б) на 1 м<sup>2</sup> житлової площі санаторіїв (в). Перш за все, порівнюючи в регіонах такі показники як «вартість перебування» і «операційні витрати», стає зрозумілим, що в тих регіонах де ці показники близькі між собою (Волинська, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Хмельницька) там економічні механізми більш відлагоджені, а там де між ними недопустимо значні розбіжності (Івано-Франківська, Київська, Одеська), там ці механізми в санаторному секторі практично не працюють. Зокрема в Київській області загальна вартість перебування в 6 разів більше ніж сума операційних витрат (46,5 млн. до 7,3 млн. грн.), в Хмельницькій області, навпаки, вартість перебування нижче операційних витрат. Для цього має бути якийсь дотаційний механізм. Ефективність роботи СКУ, розрахована на кількість ліжок (дохід на 1 ліжко) в регіональному розрізі має значення (Д/К) = середнє значення по Україні 37 200 грн./рік; 40 000 грн./особу; 28 000 грн./м<sup>2</sup>.

В дослідженні вже зазначено, що увага до проблем організації санаторно-курортної справи зумовлена негативними тенденціями в стані здоров'я населення. Разом з тим, санаторно-курортний потенціал країни перебуває в стані хаотичного переформатування і знаходиться в режимі незадовільного керування. Але більшість складових розвитку СКК і головні

механізми цього розвитку знаходяться на регіональному рівні і в рамках регіональної програми оздоровчого і соціально економічного розвитку регіонів. В дослідженні аналіз ситуації, розрахунки і рекомендації розвитку СКК виконані на прикладі Харківського регіону у другому розділі.

#### **1.4. Інструменти регулювання відновлення трудового потенціалу регіонів**

З ринковою економікою в проблематику укріплення здоров'я ввійшли нові економічні відношення і нові механізми регулювання систем оздоровлення. Останні – несформовані, невідлагоджені, а тому і неефективні. Щоб цей процес реформ і трансформацій в системі зменшив пагубний вплив на здоров'я нації треба настроїти державу і галузь на позитивні результати, а також необхідно під оздоровчу модель підвести наукову базу. Ця база складна, розгалужена, нова. А тому навіть окремі незначні успіхи в цій діяльності, а також наукові знання є важливим позитивом, що слугує вирішенню проблеми «здоров'я – економіка – соціум».

Виходячи з наведених положень щодо зв'язку здоров'я з економікою, в наукових дослідженнях важливо враховувати характер взаємодії між собою блоків: економіка, здоров'я, медицина і оздоровлення (рис.1.8.).

Наведений комплекс потрійної проблематичності треба розглядати через призму змін, трансформацій, реформ. При чому реформи треба розуміти і проводити в системному варіанті, включаючи в них: розвиток мед забезпечення, розвиток туристсько-рекреаційної сфери, розвиток ЖКГ (житлово-комунального господарства), розвиток економіки в структурі місцевого самоврядування, розвиток людського потенціалу і самої людини – особистості. Зараз в Україні з часів незалежності: на сім мільйонів скоротилася чисельність населення (у тому числі і шляхом міграції), висока смертність, низька середня тривалість життя - на 4-8 років менше, ніж у європейських країнах.

Україна посідає перші негативні місця в рейтингу Європейських країн з розповсюдження СНІДу та дитячої смертності. Доповнює «мозаїку» негативів той факт, що в Україні «не актуалізується належним чином здоровий спосіб життя і не реалізується державна стратегія здорового способу життя» [137]. Така ситуація вимагає до себе не просто уваги, не епізодичного пошуку додаткових коштів, а дійсно важливих управлінських рішень - перебудови і реформ.

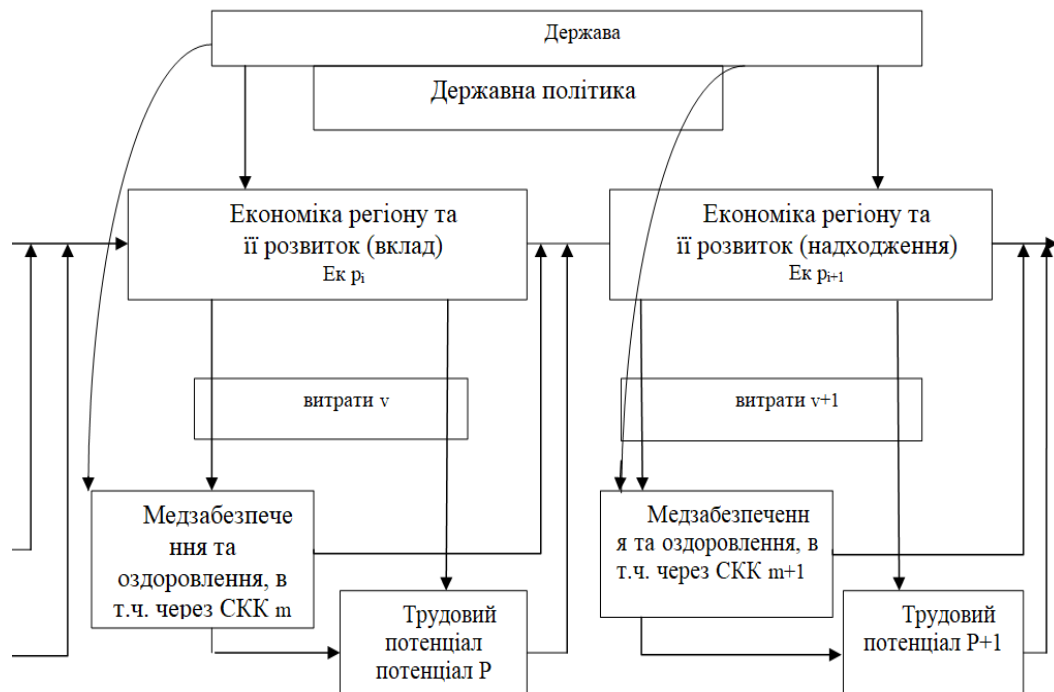


Рис. 1.8 Взаємозв'язок економіки, медицини та здоров'я (розроблено автором)

В даний час в Україні визріває «третя хвиля» реформ. Як впливає з представлених концептуальних положень в цій роботі «головною метою реформ галузі є побудова нової моделі охорони здоров'я, яка б забезпечила рівний і справедливий доступ населення до забезпечення послугами охорони здоров'я при збереженні соціально прийнятого обсягу державних гарантій. Разом з цим доведено, що як чинники хвороб, так і можливість управління ними, виходять за межі компетенції галузі охорони здоров'я».

Таким чином, виникає необхідність більш широкого підходу до змін у сфері охорони здоров'я, який би підсилив її ефективні зв'язки з іншими галузями і секторами сфери послуг, що забезпечують підтримку і поліпшення здоров'я населення, рівний доступ до якісних медичних послуг у разі захворювання, повноцінну реабілітацію та відновлення працездатності.

Виходячи з авторського підходу до феномену здоров'я, складної критичної ситуації в цій сфері та оцінювання ключової ролі в суспільстві оновленого механізму управління процесом зміцнення здоров'я, стратегія повинна бути націлена на визначення шляхів вирішення цієї проблеми.

Перше, що реально можливо – це перегляд державної політики в цьому питанні забезпечення здоров'я нації. Друге - діагностика і концептуальна розробка реформ, маючи на увазі не тільки реформу Міністерства охорони здоров'я, а й реформу з метою створення комплексного повноцінного інституту національного здоров'я, що значно ширше галузевого підходу. Третє - постановка програмної методології управління здоров'ям нації та розробка проектної частини економічної стратегії регіонів для її реалізації. З позицій одночасного впливу на розвиток системи національного здоров'я двох процесів – виробничо-економічного та ринково-обмінного – необхідно уточнити зміст і завдання економічної стратегії управління здоров'я. За змістом, економічна стратегія управління здоров'ям - це комплексна система пріоритетів, заходів, ресурсів і дій, що забезпечують цільові зміни і поліпшують в заданих нормативах стан здоров'я населення на тривалий період часу. Завдання такої стратегії, виходячи з ситуаційного аналізу і цільових установок, сформувані організаційні, економічні та управлінські механізми трансформації системи здоров'я в новий стан на реально доступних ресурсах і в умовах адаптації до нестабільності у зовнішньому середовищі. Ця стратегія є адресною тільки по відношенню до феномену «здоров'я», а системно-кластерною – по відношенню до учасників її розробки та виконання (держава, бізнес, відомства, суспільство та ін.).



Формуючи завдання, приймемо, що здоров'я як категорія громадська - це не тільки здоровий спосіб життя окремої особистості, не тільки попередження (профілактика) хвороб та боротьба з захворюваністю, але й здоровий соціум, гуманні правила людських відносин, визнання цінності людини, справедливості, пріоритету духовних і моральних цінностей у суспільстві. В даний час в медичній термінології використовується поняття «соціальна медицина», в яке вкладається сенс, насамперед, дослідницького характеру, як науки про громадське здоров'я та охорону здоров'я. У широкому сенсі це науковий напрям можна віднести до філософії - як її соціальний відділ. Підключаючи до економіки соціальний аспект, ми підкреслюємо, що підходи до здоров'я скомбіновані з медико-біологічного, медико-соціального, соціо-економічного та еколого-системного блоків, тобто управління здоров'ям наукою має розглядатися у взаємодії знань природничих та суспільних.

Розстановка акцентів на «природному» і «соціальному» приводить нас до наступного: природне (біологічне) здоров'я визначається як життєздатність, життєвий потенціал. Соціальне здоров'я - насамперед, оцінюється як працездатність, участь в економічному процесі і в суспільному житті. Трудова, виробнича, економічна складова у здоров'ї має свої кількісні виміри, в тому числі і в грошовому вираженні витрат, вигод, обсягів інвестицій. Зв'язок здоров'я людини, трудової діяльності та економіки показана на рис. 1.9.

Як впливає з наведеного малюнка на систему зв'язків здоров'я, праці і благ впливають закони, традиції, економічно-соціальні відносини. А стан здоров'я формується на умовах доступу до праці і до послуг охорони здоров'я.

Наука і практика в питаннях вибору шляхів і засобів вирішення проблемних ситуацій іноді стоять на різних позиціях. Економічна практика нерідко вимагає «затягнути паски», а економічна наука цьому не вчить. Вона вчить прогресу, руху, розвитку.

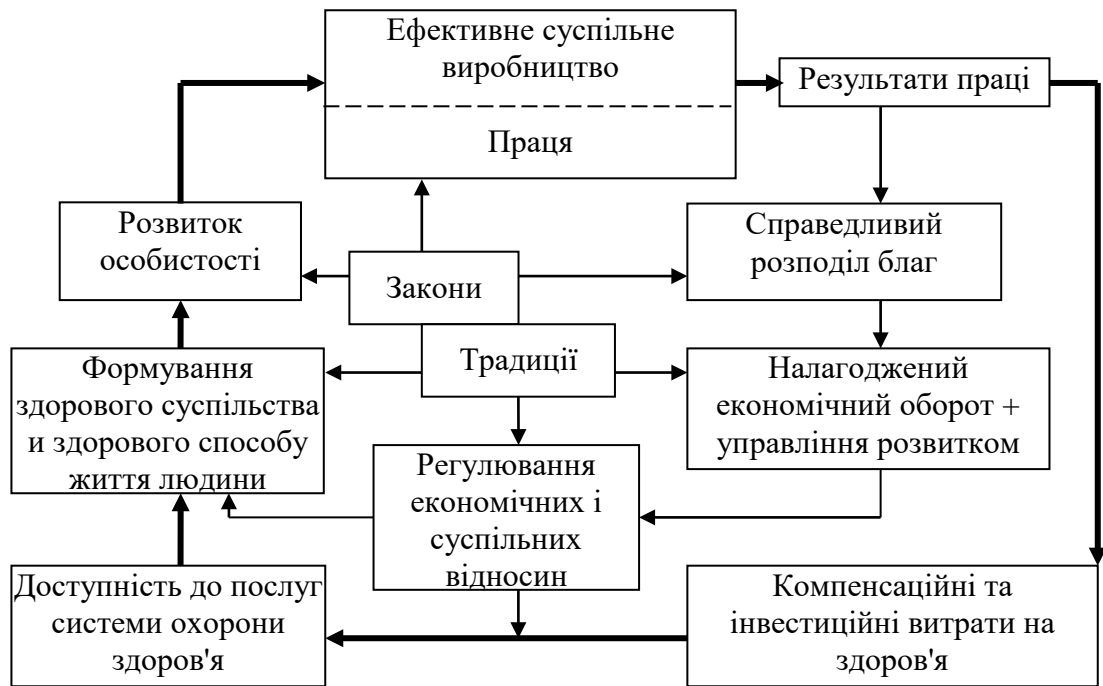


Рис. 1.9. Циклограма зв'язку «здоров'я - праця - економічний результат» (розроблено автором).

Паритет пропорційності і баланс між економікою, екологією і здоров'ям нації не повинен формуватися ні спонтанно, ні ринковими механізмами. Завдання підтримки оптимальних співвідношень в моделі «інститут здоров'я» цілком лягає на політику і апарат державного управління, що здатні регулювати стихійні процеси, перетворюючи їх в планово-програмовані механізми розвитку суспільства. В результаті дослідження теоретичних засад щодо відновлення трудового потенціалу та визначення його впливу на економічний розвиток регіону зроблено такі висновки:

1. Досліджено здоров'я і заходи по його підтримці і відновленню як базової економічної категорії, яка виражає в собі вклад трудового потенціалу в кінцеві результати виробничого і ринкового процесів. Досліджено, що здоров'я людини, як життєва енергія є ресурсом, відмінним від інших складових ресурсної бази економіки і відмінність його в тому, що воно є продуктивним ресурсом, здатним збільшувати вартість економічної системи, вартість товарів і послуг, що постачаються на ринок.

2. Розкрита сутність зв'язку здоров'я людини і економіки, а також визначено, що в цілісній триєдиній системі «здоров'я людини – трудовий потенціал – ефективна економіка» увага суспільства і системи управління має бути пропорційно розподіленою між цими частинами цілого і підкріплена відповідним розподільчим механізмом ресурсного забезпечення соціальних та економічних нормативів життєдіяльності населення країни, регіонів, окремих підприємств і установ. Визначено особливості наукового напрямку «економіка здоров'я»: предмет дослідження – зв'язок економіки з життям і здоров'ям людини; науковий пошук – визначити закономірності та фактори впливу економіки на здоров'я і здоров'я на економіку; прикладне завдання – зорієнтувати медицину і економіку на збереження і примноження ресурсів здоров'я людини.

3. Доведено ефективне підвищення адресного використання санаторно-курортного установ, як елемента сучасної системи охорони здоров'я, дозволить до 90 % підвищити стан здоров'я трудового потенціалу за рахунок адресного і цілорічного використання, а потреби в лікуванні та відпочинку служитимуть базою для розвитку СКК регіону.

4. Досліджено роль санаторно-курортних комплексів в відновленні здоров'я працездатного населення. Встановлено, що оздоровлення в СКУ дозволяє скоротити кількість днів непрацездатності в 2,5-3 рази; зменшити потребу в госпіталізації в 2,4 рази; скоротити витрати на лікування хворих у поліклініках і стаціонарах в 2,6-3 рази; зменшити виплату допомоги з тимчасової непрацездатності в 1,8- 2,6 рази; знизити збиток виробництву у зв'язку із захворюваністю робітників і службовців у 2-3 рази. Досліджено поняття санаторно-курортне лікування і зроблені висновки, що в основу санаторно-курортної допомоги покладені найбільш гуманні, соціально і науково обґрунтовані прогресивні принципи: профілактична і реабілітаційна спрямованість, спадкоємність між амбулаторно-діагностичними, стаціонарними та санаторно-курортними установами, висока кваліфікація і спеціалізація допомоги, що надається.

5. Проблема відновлення здоров'я працездатного населення має переважно свій регіональний аспект, обумовлений різними кліматичними умовами, відмінностями в галузевій структурі регіонів України, і в умовах праці і по-різному сформованим регіональним системам медичного забезпечення і охорони здоров'я. За індикативними показниками стану здоров'я населення ранговим методом виділено п'ять груп регіонів. Регіональний показник поширеності хвороб серед працездатного населення в Київській області складає 168 941,3 людей, а у Харківській області 147 776,3 людей.

6. Досліджено, що в Україні спостерігається незбалансованість діяльності СКК в адресній допомозі по видах захворюваності працездатного населення. В останній час частка бюджетного фінансування СКК на душу населення зменшується в сторону пенсіонерів, і поступово перекладає тягар фінансування здоров'я на плечі населення. Кількість грошових коштів на діяльність у 2016 році СКК складає 3,8 % від суми на загальне медичне забезпечення.

7. Досліджено, що відсутній єдиний підхід до тривалості лікування та відпочинку в санаторіях. Тривалість коливається від 10 до 24 днів. Середня вартість лікування у Харківських оздоровницях складає від 220 до 350 грн за один день лікування при одному виді захворювання в різних СКК.

8. Досліджено комплекс проблемних ситуацій щодо стану здоров'я працездатного населення в Україні та в її регіонах, їх використання та розвитку СКК, а саме: зростання рівня захворюваності, зростання цін на оздоровлення та відпочинок, зниження рівня доступності до системи оздоровчих послуг для населення, низька (а іноді і збиткова) рентабельність функціонування оздоровчих закладів.

Наукові результати, що отримані автором у ході написання розділу пройшли апробацію та доповідалися й були схвалені на науково-практичних конференціях, а також надруковані у наукових фахових виданнях [9, 10, 11, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 175].

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В РЕГІОНАХ

#### 2.1. Аналіз фінансового забезпечення охорони здоров'я регіонів

За рекомендаціями ВОЗ і відповідних структур ЄС загальні витрати на охорону здоров'я повинні бути не менше 10% ВВП [52]. В Україні в межах 5-7%, в 2014 – 2015 – знижено до 3,4%. При цьому частка держави становить 57,6% (у Великобританії 81%). Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні +108,9 млрд. грн. (2014р.) Ця сума складається з державної підтримки - 57,2%, приватних грошей домогосподарств - 42,6%, міжнародних організацій - 0,2% [52]. Загальні витрати у % до ВВП в 2015 р - 7,7%. Щодо інших країн світу, це значна частка, оскільки Польща витрачає 6,7 % ВВП, Естонія - 6,0 %. Але сум, які виділяються, недостатньо, тому що обсяг ВВП в Україні перебуває на досить низькому ранговому рівні в порівнянні з іншими державами. Розподіл грошових коштів за функціями медичного забезпечення представлено в таких пропорціях:

- На ліки та медичне обладнання - 29,4%
- На стаціонарне лікування - 27,8%
- На амбулаторне лікування - 18,5%
- На реабілітацію (в основному на санаторне лікування) - 3,8%
- На супутні послуги та профілактику - 6,5%
- Інші витрати - 14,0%

Отже більше половини витрат направляється на ліки, обладнання та стаціонарне лікування, тоді як попередження захворювань і санаторне лікування забирають на себе не більше 10% загальних витрат на охорону здоров'я. Недоліків в системі охорони здоров'я достатньо [122]. Наприклад, незадовільно можна оцінити, що із суми грошових коштів, що спрямовуються до лікарень - 72,4% витрачають на оплату праці персоналу,

9,8% - на комунальні платежі і тільки 16,5% на виробництво послуг [70]. Підприємства роздрібною торгівлі ліками та медичними товарами на 99,7% отримують гроші від населення. У розвинених країнах на лікувально-профілактичні заклади, у тому числі на ліки, надходить 30 - 60% грошових коштів від держави та місцевих органів. В 2014 р. загальні витрати на охорону здоров'я в Україні склали значну долю ВВП – більш ніж у Польщі, Румунії, Естонії. Але цей «високий відсоток» в абсолютних цифрах склав в 2012 р - 299,3 долара на людину в рік, що значно нижче середньоевропейського значення - 3340 \$ в рік на чол., У Польщі - 854 \$, Румунії - 420 \$.

Передбачається відміна бюджетного фінансування НАМН, а це орієнтація на приватизацію медичних установ. Поступово держава і її медична система все більше перекладає тягар фінансування здоров'я на саме населення. «Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні ще в 2014 році становили 42,3% від загальних витрат охорони здоров'я, або 3,2% ВВП, і були одними з найвищих в ЄС і країнах Східної Європи». Загальний обсяг бюджетних видатків на охорону здоров'я на 78% формується виплатами з місцевих бюджетів, на 22% - з державного» [ 188 ].

Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевого бюджетів, 41,07млрд. грн. (2015 г). Але структура витрачання цих коштів неефективна. «Тільки 4-5% витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення сфери здоров'я, покривається за рахунок бюджету - всі інші витрати лягають на пацієнтів навіть в умовах стаціонарного лікування» [92 ]. Більшу частину (більше 80%) вартості ліків оплачують пацієнти, тоді як третина загальних витрат СОЗ спрямовуються на медикаментозне забезпечення» [90]. В Україні обсяг продажів ліків вітчизняного виробництва становить 24,5%, а 75,5% - це імпорتنі засоби.

Україна має надлишок фонду ліжко-місць - 9,73 на 10 000 населення, що в 1,7 разів перевищує аналогічні показники в країнах Європи. Викликає

стурбованість і високий темп старіння населення: у 1991 - 19%, в 2015 - 22% віком понад 60-ти років.

Таблиця 2.1

Динаміка загальних суспільних витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП,  
%: порівняння країн світу [5]

Рівень людського розвитку	Країни/ Роки	2013	2014	2015	2016
		На охорону здоров'я, % у ВВП	На охорону здоров'я, % у ВВП	На охорону здоров'я, % у ВВП (з них з власного карману)	На охорону здоров'я, % у ВВП
Дуже високий	Норвегія	6,4	8,0	9,1 (13,6)	9,6
	США	5,8	9,5	17,9 (11,3)	17,1
	Німеччина	8,2	9,0	11,1 (12,4)	11,3
	Швеція	7,0	7,8	9,4 (16,9)	9,7
	Республіка Корея	2,2	4,1	7,2 (32,9)	7,2
	Японія	6,2	7,8	9,3 (16,4)	10,3
	Франція	8,0	9,3	11,6 (7,5)	11,7
	Словенія	6,1	6,9	9,1 (13,0)	9,2
	Польща	3,9	5,4	6,7 (22,9)	6,7
	Латвія	3,2	4,1	6,2 (39,6)	5,7
Високий	Беларусь	4,9	4,4	5,3 (6,7)	6,1
	Румунія	3,5	4,4	5,8 (19,4)	5,3
	Російська федерація	3,2	3,2	6,2 (35,4)	6,5
	Болгарія	3,6	3,7	7,3 (43,2)	7,6
	Туреччина	3,1	5,1	6,7 (16,1)	5,7
	Казахстан	2,1	2,5	3,9 (41,5)	4,3

Продовження табл. 2.1

	Грузія	1,2	2,4	9,9 (69,5)	9,4
	Україна	2,9	4,4	7,2 (45,2)	7,8
	Китай	1,8	2,7	5,2 (34,8)	5,6
	Колумбія	5,5	5,5	6,2 (17,0)	6,8
Середній	Єгипет	2,2	1,7	4,9 (58,2)	5,1
	Молдова	3,2	5,4	11,4 (44,9)	11,8
	Узбекистан	2,5	2,8	5,4 (43,9)	6,1
	Індія	1,3	1,2	3,0 (59,4)	4,0
	Замбія	2,9	3,6	6,1 (27,0)	5,0
Низький	Пакистан	0,6	0,8	2,5 (63,0)	2,8
	Нігерія	1,5	1,9	5,3 (60,4)	3,9
	Судан	0,9	1,9	8,4 (69,1)	6,5
	Ефіопія	2,3	2,6	4,7 (33,8)	5,1
	Мозамбік	4,2	3,7	6,6 (9,0)	6,8
	Чад	2,7	1,1	4,3 (70,5)	3,6
Загалом країни з дуже високим рівнем людського розвитку		6,0	8,2	12,2 (13,7)	12,2
Загалом країни з високим рівнем людського розвитку		2,9	3,6	6,0 (33,8)	6,2
Загалом країни з середнім рівнем людського розвитку		1,8	2,4	4,6 (44,7)	4,6
Загалом країни з низьким рівнем людського розвитку		1,4	1,8	5,2 (52,7)	4,5
Світ в цілому		5,3	6,5	10,1 (17,8)	9,9

Україна при високому рівні людського розвитку порівняно з закордонними державами, виділяє на фінансування охорони здоров'я 7,8 % від ВВП, загалом держави з достатньо високим рівнем людського розвитку виділяють 6,2 % (Румунія, Болгарія, Туреччина, Казахстан).



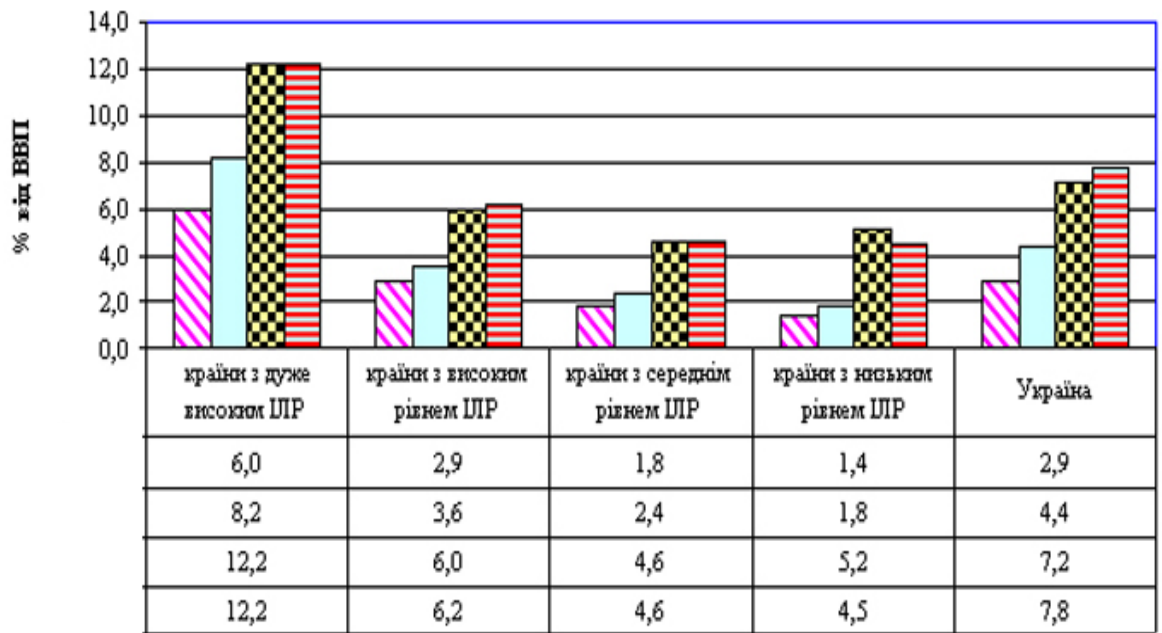


Рис. 2.1. Динаміка частки суспільних витрат країн з дуже високим, високим, середнім та низьким індексом людського розвитку (ІЛР) на охорону здоров'я у структурі ВВП за 2013–2016 рр., % [5]

Але коштів, які виділяються, недостатньо, тому що обсяг ВВП в Україні значно менший в порівнянні з іншими державами. Питома вага ВВП на душу населення в Україні складає 61600,2 грн. на душу населення (2240 долл./люд), ВВП Харкова складає 31128 грн. на душу населення (112 долл./люд). Тоді коли наприклад у Румунії 9860 долл./люд., Казахстані – 7650 долл. /люд., Беларусь – 5090 долл. / люд. ВВП на душу населення в Україні залишається дуже низьким – лише 20% від середнього показника для ЄС і другим найнижчим показником серед країн Центральної та Східної Європи.

За даними ВООЗ у жодній країні світу потреби національної охорони здоров'я не відшкодовуються повністю. Оптимізація витрат у цьому секторі є загальною проблемою. Саме економічні критерії оцінки якості й ефективності медичної допомоги, лікарського забезпечення дозволяють раціонально використовувати лікарські засоби для терапії певного захворювання, вдосконалити лікувально-діагностичний процес.

На охорону здоров'я населення держава виділяє певні кошти – відсоток від валового національного доходу. За рекомендаціям ВООЗ оптимальний показник фінансування становить 7-8 % від валового національного доходу. Залежно від економічної ситуації у кожній країні обсяг коштів відрізняється в абсолютних і відносних величинах

За оцінкою ВООЗ на початку XXI століття найкращою визнана система охорони здоров'я Франції, у першу десятку увійшли країни Італія, Андора, Мальта, Іспанія, Австрія, Японія. Україна посідає 79 місце, Білорусь – 72, Молдова – 101, Російська Федерація – 130, а Польща – 50.

Усі європейські країни мають системи для відшкодування медичного й фармацевтичного забезпечення населення, які називаються «компенсаційними системами». На даний час у світі функціонує три види систем охорони здоров'я залежно від способу фінансування:

1. Державна система (система Бевериджа), яка забезпечує профілактику й лікування захворювань кожному громадянину за рахунок коштів, одержаних шляхом стягнення податків. Таку систему використовують країни: Норвегія, Швеція, Великобританія, Канада, Іспанія, Італія, Східноєвропейські держави.

2. Система, яка ґрунтується на страхуванні здоров'я (система Бісмарка) працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях, непрацездатності, у старості. Вона діє у країнах: Бельгії, Голландії, Німеччині, Франції, Японії. В Україні відбувається перехід від державної системи до другого виду страхування здоров'я працюючого населення шляхом створення фондів обов'язкового медичного соціального страхування.

3. Ринкова (приватна) системи має розгалужену мережу державного, приватного медичного страхування, частину послуг оплачується безпосередньо хворими. Найбільш розвинута система у США.

Фінансування охорони здоров'я може бути бюджетним, соціальним або приватним. Бюджетна система охорони здоров'я найвиразніше була представлена в СРСР. Бюджетна система фінансування передбачає

використання коштів податкових надходжень до бюджету, що не сприяє стабільності фінансового забезпечення охорони здоров'я. Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Крім того, внески підприємців є переважаючим джерелом надходжень. Незважаючи на те, що внески сплачують одержувачі доходів, існують винятки, які стосуються пенсіонерів та осіб з низьким рівнем доходів. Для соціальної системи характерне співіснування державних і приватних систем охорони здоров'я. У різних країнах питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. Наприклад, у Німеччині передбачена можливість виходу певної категорії населення з державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за його якістю. У Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні. У Великій Британії поряд із тим, що все населення застраховане державою, у випадках, коли державна система не влаштовує громадян, з метою поліпшення обслуговування вони мають змогу взяти участь у приватному страхуванні. У США фінансування охорони здоров'я базується майже виключно на платній основі, але певна частина населення, чий доходи нижчі за межу бідності (пенсіонери, бідняки, інваліди), обслуговуються за державними програмами «Медікер» і «Медікейд». Державними та комунальними закладами охорони здоров'я подається безоплатна медична допомога таких видів: 1) швидка та невідкладна — на догоспітальному етапі станціями (відділеннями) швидкої медичної допомоги, пунктами невідкладної медичної допомоги у стані, що загрожує життю людини; 2) амбулаторно-поліклінічна; 3) стаціонарна — у разі гострого захворювання та в невідкладних випадках, коли потрібне інтенсивне лікування, цілодобовий медичний нагляд та госпіталізація, в тому числі за епідемічними показаннями, дітям, вагітним та породіллям, хворим за направленнями медико-соціальних експертних комісій, лікарсько-консультативних комісій;

4) невідкладна стоматологічна допомога (у повному обсязі — дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, жінкам, які мають дітей до 3 років); 5) долікарська медична допомога сільським жителям; 6) санаторно-курортна допомога інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих санаторіях; 7) утримання дітей у будинках дитини; 8) медико-соціальна експертиза втрати працездатності.

На сьогодні громадські кошти (кошти державного бюджету) в Україні спрямовуються майже виключно на фінансування громадських закладів охорони здоров'я, в яких громадянам України і надається переважна більшість послуг.



Рис. 2.2. Порядок фінансування закладів охорони здоров'я в Україні

Розглянемо, як відбувається розподіл фінансування витрат на охорону здоров'я у європейських країнах із різних фондів (табл.2.2)

Таблиця 2.2

Фінансування витрат на охорону здоров'я у європейських країнах [5]

Країна/ фінансуван ня	Державне (федераль не, регіональн е)	Соціальне обов'язко ве страхуван ня	Суспіль не (усього)	Приватне (добровіль не) страхуванн я	Платн і послу ги	Приват не (усього )
Австрія	15,7	48,3	64,0	10,7	25,3	36,0
Бельгія	41,8	56,0	97,8	2,2	0,0	2,2
Великобри -танія	84,0	3,5	87,5	9,8	2,7	12,5
Голландія	10,0	80,1	90,1	0,9	9,0	9,9
Італія	98,0	0,0	98,0	1,0	1,0	2,0
Польща	59,4	4,8	64,2	1,5	34,3	35,8
Франція	3,9	73,0	76,9	10,5	12,6	23,1
Швеція	85,0	0,0	85,0	5,3	9,7	15,0
Середнє значення Європа	57,4	24,3	81,7	5,6	12,7	18,3

Як свідчать дані, наведені у таблиці, фінансування витрат на охорону здоров'я у європейських країнах відбувається через бюджетні, страхові фонди усередньому на 82 %, решта суми – оплачується хворим. Слід відзначити, що найбільша частка відшкодування вартості ліків хворим наявна в Австрії, Польщі, Фінляндії, Франції.

Зокрема, у Франції, функціонує централізована форма обов'язкового медичного страхування, яка охоплює 78,4 % людей, включаючи членів їх сімей. У ФРН діє децентралізована форма обов'язкового медичного

страхування, законодавчу діяльність у галузі медицини проводять федеральний уряд разом із земельними бюро охорони здоров'я. У ФРН 90 % населення, із них 2/5 складають члени сімей, охоплені обов'язковим медичним страхуванням. Деякі держави компенсують вартість лікарських засобів при певних захворюваннях (онкологічних, гематологічних). Проте усі системи охорони здоров'я у Європі дотримуються принципу однакового та рівного доступу до медичної допомоги та лікарського забезпечення усіх громадян.

В останні десятиріччя спостерігається ріст цін на медичні послуги та лікарські засоби. Кожна країна використовує різні методи стримування вартості лікарських засобів та виробів медичного призначення. Так, зниження і заморожування цін на лікарські засоби згідно затвердженого переліку проведено у європейських державах, зменшення оптових і роздрібних націнок відбувається у Голландії, Німеччині. Встановлення для лікарів певних лімітів (бюджетів) на лікування відбувається у Великобританії, Німеччині, Франції. Водночас зросла роль в оплаті лікарських засобів у Бельгії, Італії, Швеції, Франції, ФРН.

Розглянемо детальніше на прикладі Німеччини, які були проведені заходи для раціонального використання ресурсів в охороні здоров'я, зокрема, фармакотерапію. Початок формування відбувався у 1992 році після прийняття Закону «Про реформу в охороні здоров'я». Головна мета Закону – це нове визначення солідарного принципу (Solidarity) в охороні здоров'я, який передбачає забезпечення якісною та необхідною медичною допомогою кожного хворого незалежно від рівня доходів. Також було впроваджено фіксовану частину оплати ліків хворим – Festbetrage, і затверджено «негативний» список препаратів (Negative list), які мають виражені небажані побічні реакції, тому їх вартість не відшкодовується медичним страхуванням.

Другий етап реформування (1993-1995 рр.) проходив на основі Закону «Про структуру в охороні здоров'я». після запровадження бюджету на лікарські засоби встановлений розмір витрат призначення лікарських засобів,

вартість яких відшкодовується, кількість призначень ліків для амбулаторного лікування зменшилась на 15 %. Фармацевтичні виробники також були змушені знизити ціни лікарських засобів на 5 %.

Третій етап реформування пройшов у 1996-1998 рр. після прийняття Закону «Про впровадження медичної допомоги». Співучасть хворого у відшкодуванні витрат збільшилась до 9, 11, 13 німецьких марок залежно від курсу лікування. Такі заходи дозволили оптимізувати лікарське забезпечення хворих.

У всіх європейських країнах установлений розмір участі хворого у відшкодуванні витрат на охорону здоров'я. Так, у Фінляндії хворі оплачують 7-10 % вартості лікування у стаціонарі, також встановлено, що лише 1/3 частина хворих повинна отримати медичні послуги в день звернення, решта на 2-3 день, а спеціалізована допомога забезпечується 75 % хворим протягом трьох тижнів після звернення до лікаря. У Франції функціонує державне соціальне страхування, яке відшкодовує 77 % потреб охорони здоров'я, 11 % припадає на додаткові фонди страхування, участь хворого становить 12 % [52].

Ефективне функціонування живої праці є складовою частиною ефективності суспільного відтворення. Однак відтворення трудових ресурсів неправомірно ототожнювати тільки з їх ефективним використанням. Зрозуміло, застосування трудового потенціалу країни, трудового колективу чи окремої особистості має певні особливості, що виражається, наприклад, в тому, що одна і та ж маса, одна і та ж якість застосованої живої праці можуть давати неоднаковий соціальний і економічний ефект. Але сам процес використання живої праці, його рівень, а також його якість зумовлені способом функціонування попередніх фаз відтворення: виробництвом, розподілом, перерозподілом. Порушення нормального процесу відтворення на одній з цих фаз неминуче викликає негативні результати у всіх інших фазах. На сучасному етапі соціально-економічного розвитку нашої країни

найбільш актуальною і гострою проблемою є проблема використання працездатного населення та підтримки стану його здоров'я.

Таким чином, перспективи розвитку економіки держави пов'язані з активізацією використання наявного ресурсного потенціалу праці при кардинальному підвищенні якості трудових ресурсів і підвищенні рівня управління ресурсокористуванням.

## **2.2. Аналіз та оцінка сучасного стану санаторно-курортних закладів регіонів**

Національна економіка розвивається на природних і людських ресурсах, використовуючи сучасні механізми і стимули організації виробництва, ринкового обміну і конкурентних переваг. Україна в своїй ресурсній базі достатньо масштабна і потужна країна, але інші складові економічного розвитку використовуються не ефективно і навіть втрачають свій потенціал надійності, економічності, інноваційності.

Подвійно небезпечні і ризикові ці втрати проявляють себе в трудовому потенціалі, в структуру якого входить чи на першому місці здоров'я окремої людини і нації в цілому. Здоров'я нації в значній мірі визначається станом і ефективністю системи охорони здоров'я та соціального захисту населення, особливо працюючого. При цьому треба мати на увазі, що тільки одна система охорони здоров'я не в змозі забезпечити виконання комплексних програм по зміцненню здоров'я населення, профілактики захворювань, пропаганди здорового способу життя та удосконалення заходів соціальної захищеності громадян.

За даними [33] Інституту медицини труда АМН України здоров'я людини на 50% визначає його спосіб життя, один перелік негативів якого нараховує 14 позицій, в т. ч. негаразди в сімейних відносинах, рівень освіти, клімат, неправильне харчування, погані умови праці, перевантаження,



шкідливі звички та інше. Наслідки генетичного фонду вносять свій негатив в здоров'я на 20 %, а недоліки системи охорони здоров'я – 10-15 %.

Значна доля населення України не одержує якісної медичної допомоги, а для деяких верств такі послуги практично недоступні. Це позначається на демографічній ситуації і на показниках економічної діяльності. Загрози здоров'ю населення підсилюють складну кризову ситуацію в Україні та обмежують потенціал ресурсної самодостатності її регіонів [75]. Державний комітет статистики України повідомляє, що на регіональному рівні ситуаційні розбіжності в полюсах трикутника: «стан здоров'я» – «система оздоровлення» - «результативність економічної діяльності», досить значні, а отже, окрім загальнодержавної стратегії управління здоров'ям має бути більш активно задіяна і відповідна регіональна політика.

Головне питання в цій темі, на яке слід відповісти максимально точно і повно - це «Якою мірою «здоров'я» є складовою національного багатства і фактором регіонального економічного зростання?» Погіршення здоров'я нації, підвищені ризики передчасної смертності, недостатньо розвинута і ресурснозабезпечена система ліквідування, підтримки і реабілітації громадян, ставить під загрозу всю ситуацію щодо повернення України до числа передових розвинених країн. Негативну ситуацію підсилює замкнуте коло проблем «економіки і здоров'я», в якому на рівних (і на перших місцях) знаходяться: само здоров'я (стан його погіршується), система оздоровлення (потерпає від незадовільної організації і низької результативності), економіка (з низьким коефіцієнтом продуктивності праці та конкурентоздатності), інвестиційні ресурси (недостатність їх у вітчизняному секторі і наявність корупційних перепон для притоку зарубіжних інвестицій).

В таких умовах економіка має продовжувати свої функції на застарілих і зношених основаних фондах, вітчизняних матеріально-технічних і природних ресурсах, на наявному людському капіталі. І розрив цього замкнутого кола може бути здійсненим як раз в секторі «трудові ресурси та їх здоров'я».

Досить очевидно, що різке погіршення здоров'я населення України обумовлено, насамперед, істотним погіршенням соціально-економічної ситуації в країні, в першу чергу, різким падінням рівня життя більшості населення і супроводжуваним його зростанням соціально-психологічної напруженості в результаті неспроможності адаптуватися до нових економічних умов. Соціально-психологічний стрес визнається сьогодні основним серед соціально-економічних чинників, що негативно впливає на здоров'я населення та призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, гіпертонії, алкогольних психозів, неврозів, зростанню смертності від нещасних випадків, вбивств і суїцидів.

Здоров'я, будучи товаром суспільного виробництва, управляється і гарантується соціальними інститутами суспільства, що використовують правові, економічні і організаційні механізми для національного життєзабезпечення. Таким чином, зміна критеріїв оцінки здоров'я у трансформаційній економіці переводить проблему стану громадського здоров'я в розряд економічних проблем і робить забезпечення якісного відтворення здоров'я пріоритетним напрямком суспільного розвитку.

Проблема здоров'я населення має свій регіональний аспект, різні кліматичні умови, відмінності в галузевій структурі регіонів України, і в умовах праці, різний рівень генетичного фону і по-різному сформовані регіональні системи медичного забезпечення і охорони здоров'я. Але звернемо увагу, що у переважній більшості областей зареєстровано скорочення населення. Так, загальний показник по Україні 2016 р. становить – 180,8 тис. осіб, або – 3,9 на 1000 жителів. Хоча відзначається позитивна тенденція порівняно з 2010 р., коли цей показник становив – 229 тис. осіб [74]. Продовжує залишатися незмінною рангова структура причин смерті: хвороби системи кровообігу, в т. ч. серцеві захворювання, новоутворення; зовнішні причини смерті; хвороби органів травлення; хвороби органів дихання. Унаслідок значного збільшення кількості факторів ризику, поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків, передусім

серед молодого покоління, залишається високим рівень захворюваності населення в цілому.

Крім того, стан здоров'я населення характеризують такі негативні показники, як:

- передчасна смертність чоловіків у середній віковій категорії (25 – 44 роки), що майже в 4 рази перевищує смертність жінок аналогічного віку;
- низький рівень тривалості життя, що згідно прогнозів може досягти зменшення до 6 років в порівнянні з середньоєвропейськими показниками;
- найвищий в Європі рівень природного зменшення чисельності населення, що веде швидкими темпами до депопуляції.

В самій системі охорони здоров'я є свої недоліки, в т. ч. в кадровому ресурсі, матеріально-технічному забезпеченні, в розвитку окремих організаційних форм цієї системи.

Згідно статистичних даних кадровий ресурс системи охорони здоров'я зазнає суттєвого кількісного зменшення: з 226 тис. лікарів 2012 р. до 217 тис. в 2014 р. і 209 тис. – в 2016 р.; обслуговуючого персоналу, відповідно, з 541 тис. в 2012 р. до 427 тис. в 2016 р. Зменшує свій потенціал і сектор лікарняних закладів з 3 тис. в 2012 р. до 2,2 тис. в 2016 р. На 10 тис. населення в середньому по Україні припадає 48 лікарів. По регіонах цей показник має розбіжності в межах 35,8 – 83,0 лікарів на 10 тис. населення (Київський, Чернівецький регіони). Медперсонал, окрім лікарів – 98 тис. на 10 000 населення. Ліжок в мед закладах України 404 тис. одиниць, де теж спостерігається зменшення з 2012 по 2016 рр. на 16,3%. Лікування в різних формах проходять 10 млн. населення (2015 р.).

Дещо в стабільному режимі знаходиться кількість станцій швидкої медичної допомоги 970÷990 одиниць в Україні. Кількість осіб, яким надано допомогу амбулаторно та «швидкою» (млн. осіб): 1990 р. – 17,8; 2005 – 13,8; 2012 – 12,8; 2016 – 12,7. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі 2012 – 13,5; 2015 – 12,4; 2016 – 12,1. Динаміка незначна, але тенденція до зменшення перебування в стаціонарі помітна.

На ефективність системи охорони здоров'я вплинули практично всі негативні чинники, зумовлені переходом до ринкових форм господарювання.

Реалізація профілактичних пріоритетів системи охорони здоров'я із застосуванням сучасних технологій оцінки та відновлення здоров'я – суть діяльності відновлювальної медицини. У ролі її ведучого ланки виступає санаторно-курортна галузь, що виконує соціально значиму функцію з профілактики, лікування та реабілітації населення та розвиває профілактичний напрям як актуальний і перспективний у вирішенні задачі по зміцненню здоров'я нації. Так, проведення профілактичних заходів в 3-5 разів знижувало витрати на лікування за рахунок випередження медичного втручання, тобто недопущення важких форм прояви захворювань, а також за рахунок систематичної підтримки показників здоров'я (консультації у фахівців у стадії ремісії, лікування в профілакторіях, санаторіях тощо). У результаті курсу санаторного лікування та оздоровлення в 2-4 рази знижується рівень працевтрат через хворобу. Хоча необхідність і ефективність профілактичної діяльності не піддається сумніву, в даний час вона має скоріше декларативний, ніж практичний характер.

В нашому дослідженні аналіз ситуації, розрахунки і рекомендації розвитку СКК виконані для Харківського регіону..

Харківська область розташована на північному сході України, на вододілі басейнів річок Дніпра та Дону, в лісостеповій та степовій зонах і займає територію 31, 4 тис. 76а. км., де проживає 2795, 9 тис. жителів [154].

В геологічному та природно кліматичному відношенні територія області досить сприятлива для оздоровлення і розташування закладів санаторно-курортного лікування та організації відпочинку населення, тут достатня кількість сонячної радіації й тепла, невелика кількість опадів на протязі року, наявні водні та лісові ресурси, а також є запаси лікувальних мінеральних вод. Саме мінералізовані гідрокарбонатно-кальцієві та хлоридно-натрієві води відомих родовищ Березівки та Рай-Єленівки в поєднанні з лікувальними й оздоровчими особливостями ландшафтів

створюють умови для розвитку. В регіоні, в першу чергу, є всі умови для лікування захворювання органів травлення, нирок, серцево-судинної та нервової систем, опорно-рухового апарату.

На території Харківському регіоні на період 2016 р. зареєстровано 96 санаторно-курортних та оздоровчих закладів. У процентному співвідношенні вони розподілялись наступним чином: 15,7% склали санаторії; 9,4% - санаторії-профілакторії; по 1,0% - пансіонати та будинки відпочинку; 72,90/0 – бази та інші заклади відпочинку. В зазначених закладах розгорнуто 4,1 тис. цілорічних ліжок, у місяць максимального розгортання – 12,1 тис. ліжок [154 ].

У м. Харкові знаходиться 14 санаторно-курортних та оздоровчих закладів, в районах області на кінець року було розташовано 82 заклади, які розподілялись таким чином: 36 – у Вовчанському, 13 – у Зміївському, 9 – у Борівському, 7- в Ізюмському, 5 – у Харківському, 4 – у Печенізькому, по 2 – у Балаклійському та Первомайському, по 1 – у місті обласного значення – Чугуїв та в Богодухівському, Дергачівському, Чугуївському районах. Розподіл закладів за районами представлено на рис. 2.3.

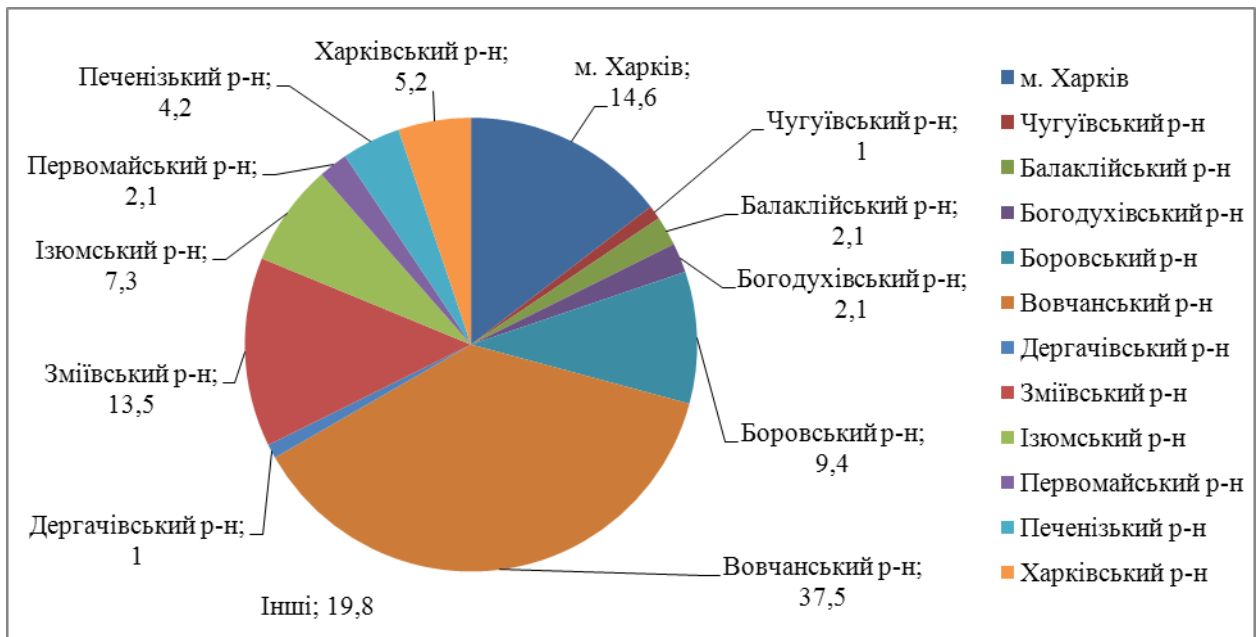


Рис. 2.3. Розподіл закладів за районами, % [154]

Не працювало протягом року 11 закладів, з них: 5 – перебували на капітальному ремонті; 2 – не працювали через відсутність коштів на експлуатацію закладу; 1 – через відсутність дозволу СЕС на експлуатацію закладу.

Структурний розподіл осіб, що проходили оздоровлення в оздоровчих закладах Харківщини показано на рис. 2.4, де також визначилась динаміка змін у виборі форми закладу.

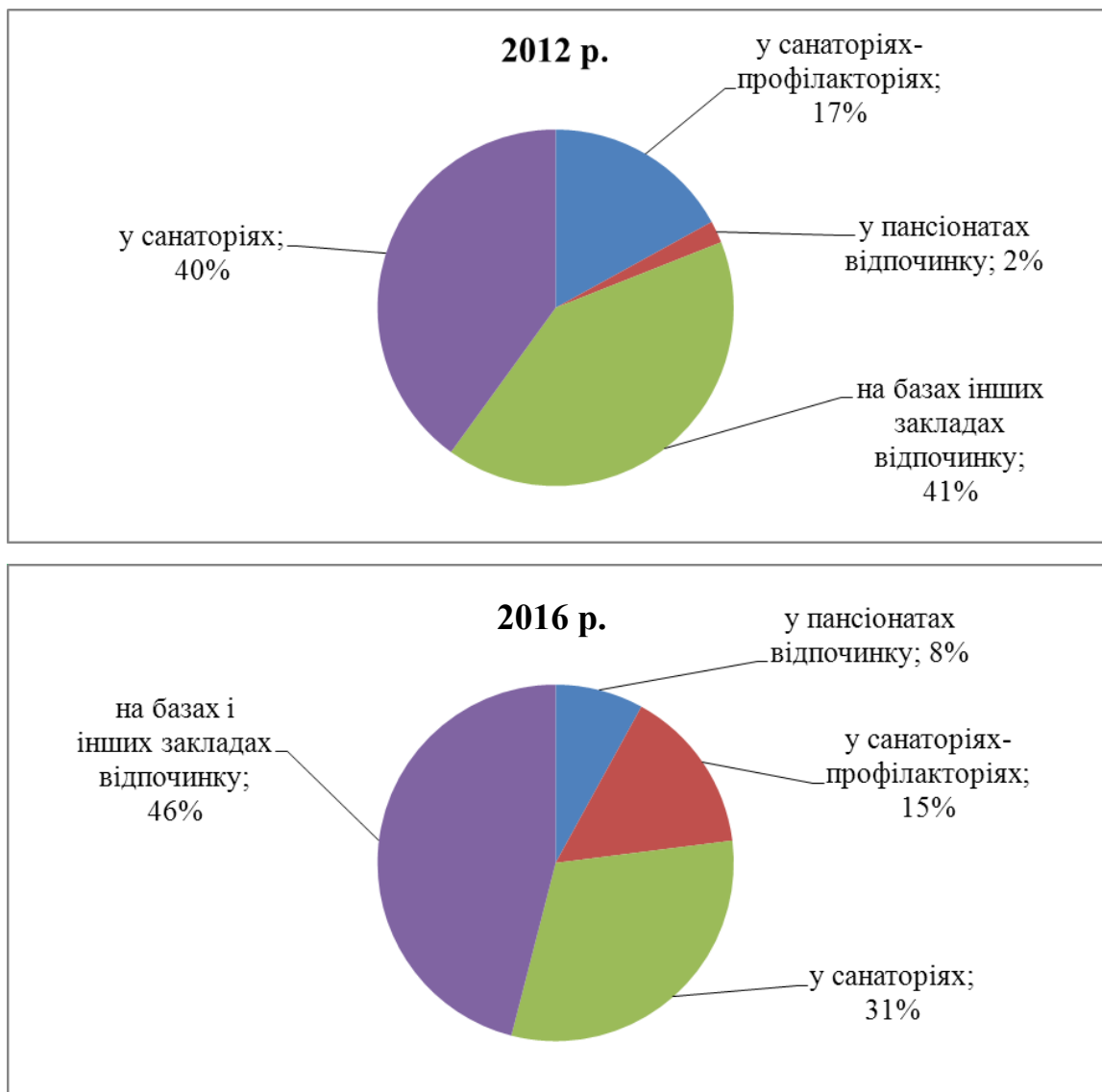


Рис. 2.4. Структура розподілу контингенту оздоровлення щодо форм ОЗ

Як слідує з наведених даних проявилась тенденція незначного зменшення притоку клієнтів до санаторіїв, а зростання забезпечили

пансіонати та бази відпочинку. Це є негативною тенденцією, оскільки рівень захворюваності в регіоні є критично небезпечним, а санаторне лікування забезпечує кращі результати ніж в інші форми організації оздоровлення. За даними джерела [80], Харківщина за станом здоров'я населення негативно виділяється від рівня показників в середньому по Україні, зокрема: Харківський регіон навіть лідирує серед інших щодо захворювань серцево-судинної системи та новоутворень і входить в першу трійку регіонів ще за трьома видами захворювань. А між тим проблеми розвитку СКК Харківщини загострюються. У 2015 році тільки у двох місцевих санаторіях пройшли оздоровлення – 1556 чол., у 2016 р. заплановано – 1361 чол.

З чотрьох харківських санаторіїв – один (Рай-Єленівка) припинив своє існування. Санаторій закрито – а цінна кремнієва питна вода (яка закрита «під замком») роз'їжджає у цистернах по мікрорайонах міста.

Закон від 23.09.1999 р. «Про загальнодержавне соціальне страхування» припинив діяти з 1 січня 2015 р. У новій редакції Закону України за №1105-XIV часткове фінансування санаторіїв-профілакторіїв не передбачено, тобто допомога з Фонду соцстраху відмінена.

Для розвитку СКК Харківщини необхідно уточнити специфіку і рівень економічного стану головних його закладів: Бермінводи, Роща, Високий. Розміщені заклади в межах незначної віддаленості від границь міста (рис. 2.5).

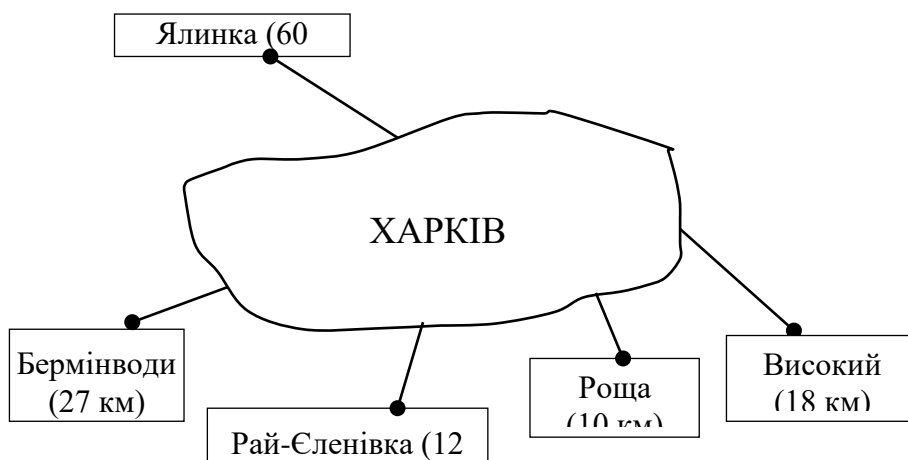


Рис. 2.5. Розміщення СКЗ від границі міста

Другий важливий фактор діяльності СКЗ – ціни (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Ціновий спектр надання послуг (2016р)

№ з/п			Примітки
1	Бермінводи	Vip - 300÷400 грн./доба Інші – 236 грн./доба Дитячий табір – 220 грн./доба	Харчування та лікування
2	Роща	1-місний номер – 360 грн./доба 2-місний номер – 325 грн./доба	Харчування та лікування
3	Високий	330 грн./доба	
4	Ялинка	2-місний дорослий – 290 грн./доба 2-місний дитячий – 220 грн./доба	Закритого типу

Головний профіль СКЗ:

Бермінводи – лікувальні води

Роща – багатопрофільний

Високий – оздоровлення вагітний

Ялинка – дитяче оздоровлення

Рай-Сленівка – лікувальні води

Особливості СКЗ і їх економічні характеристики.

Лікувально-діагностичний центр санаторію «Березовські мінеральні води» має 5 відділень, три лабораторії, інгаляторій, кабінети функціональної діагностики і маніпуляції [154]. Санаторій має 4 будівлі: озокеритолікувальниця, водолікувальниця, поліклініка, басейн і розрахований на 1 000 відвідувань в день.

Широко використовуються методи апаратної фізіотерапії: гальванізація, електрофорез, лікування імпульсними струмами, ультразвукова терапія, УВЧ-терапія та інші. Застосовують метод баротерапії. У озокеритне відділенні застосовують привізний Бориславський озокерит і



Слов'янські лікувальні грязі. До послуг відпочиваючих закритий лікувально-плавальний басейн, площа якого 350 кв. м. У санаторії широко застосовується фітотерапія - прийом відварів і настоїв сумішей лікарських рослин. З 2007 році санаторію присвоєно статус клінічного. Впроваджена схема безперервного оздоровлення. Відпочиваючі мають можливість приймати процедури всі 7 днів на тиждень.

Сьогодні до послуг відпочиваючих одинадцять упоряджених спальних корпусів з одномісними, двомісними, тримісними та одномісними категорії «люкс». Ліжковий фонд складає 976 ліжок (табл.2.4).

Таблиця 2.4

Спеціалізація санаторних ліжок санаторію «Березовські мінеральні води» [154]

	Всього	в т. ч. для лікування хворих		
		хвороби ендокринної системи	захворювання органів травлення	захворювання сечостатевої системи
Цілорічних	976	150	676	150
Сезонних	-	-	-	-
Всього	976	150	676	150

З 2012 по 2016 роки включно у санаторії отримали лікування 60310 хворих, в т. ч. за роками 2012 – 9387; 2013 – 10410; 2014 – 9812; 2015 – 10019; 2016 – 9449. План ліжко-днів на 2016 рік становив – 31 056. Фактичне виконання плану – 30 456, що становило 98 %. За 2016 рік проліковано хворих (табл. 2.4):

Хворобами ендокринної системи	– 18	16	97
Нервової системи	– 816	740	98
Системи кровообігу	– 240	221	90
Органів травлення	– 7011	6907	98
Кістково-м'язової системи	– 40	36	94
Сечостатевої системи	– 1900	1847	97
Всього		9985	

Як слідує з наведених даних лікувальний результат оздоровлення (94-98%) є достатньо ефективним, чим і вноситься відповідний вклад у відновлення потенціалу здоров'я, отже і потенціалу працездатності для осіб працездатного віку, яких за даними відомчого обліку нараховується 56% від загального числа клієнтів закладу.

Сезонний фактор на чисельність оздоровлюваних впливає незначно, але літньо-осінній період є найбільш бажаним, на що вказують графіки, побудовані на облікових даних (рис. 2.6).

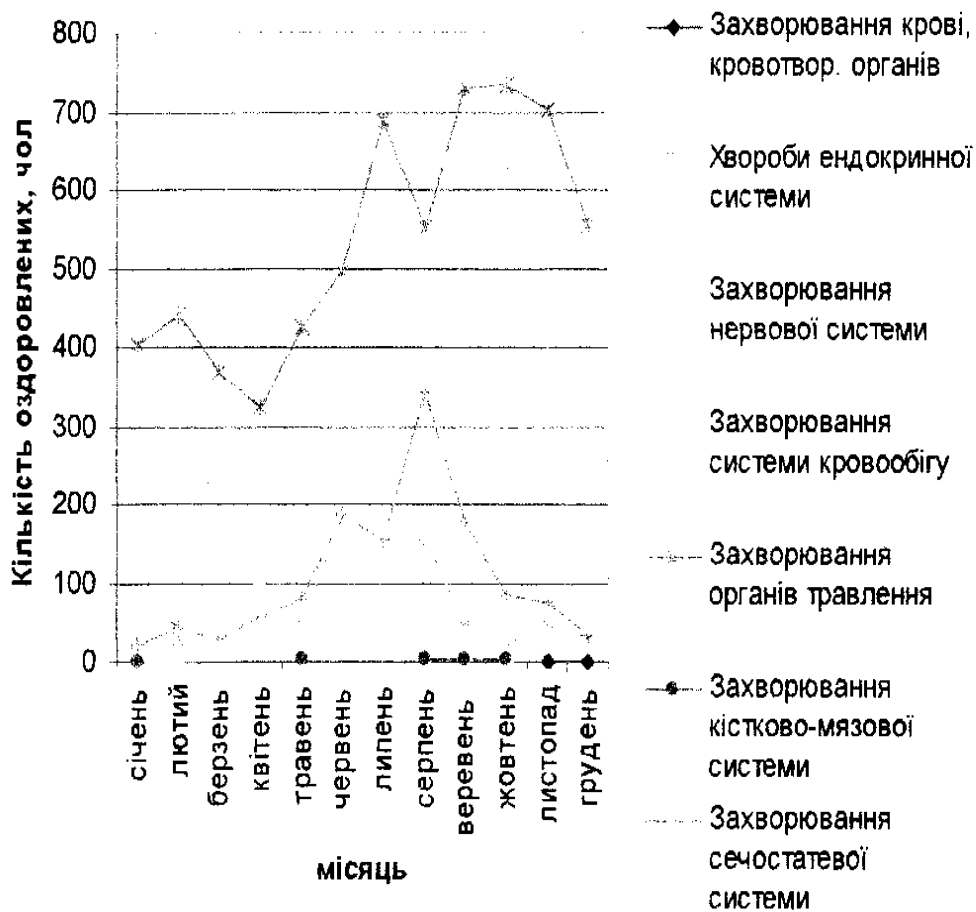


Рис. 2.6 Динаміка кількості оздоровлених в санаторії «Бермінводи», 2014 рік

В санаторії «Бермінводи» є можливість пройти курс лікування на протязі 24 днів, 21 дня, 18, 12 та 11 днів (табл. 2.5 – 2.7). Найбільшим попитом користуються путівки на 24 дні та 21 день, але поширюється і практика використання меншого терміну – 12 та 11 днів.

Таблиця 2.5

## Терміни санаторного лікування, 2014 рік

Кількість днів лікування	24	21	18	12	11	Всього проліковано
Кількість вилікуваних	4142	2361	1283	1245	356	9387
%	44	25	4	13	4	100

Таблиця 2.6

## Терміни санаторного лікування, 2015 рік

Кількість днів лікування	24	21	18	12	11	Всього проліковано
Кількість вилікуваних	4103	2348	1483	1360	401	9695
%	42	24	15	14	4	100

Таблиця 2.7

## Терміни санаторного лікування, 2016 рік

Кількість днів лікування	24	21	18	12	11	Всього проліковано
Кількість вилікуваних	3962	2348	1385	1005	305	9005
%	44	26	15	11	3	100

Середній термін лікування в санаторії «Бермінводи» по рокам розраховується за формулою:

$$Tл\ ср^n = \frac{Кв1 * Tл1 + Кв2 * Tл2 + Кв3 * Tл3 + Кв4 * Tл4 + Кв5 * Tл5}{Кв1 + Кв2 + Кв3 + Кв4 + Кв5}, \quad (2.1)$$

де  $Tл\ ср^n$  – середній термін санаторного лікування за n-ий рік;

$Tл\ i$  - кількість днів лікування;

$Кв\ i$  - кількість вилікуваних за i-ту кількість днів лікування.

$$T_{л\text{ ср}}^{12} = \frac{4142*24+2361*21+1283*14+1245*13+356*11}{4142+2361+1283+1245+356} = 20 \text{ днів}$$

$T_{ср}$  в 2013 р. = 21,  $T_{ср}$  в 2014 р. = 20.

Витрати на лікування в санаторії «Бермінводи» мають свою структуру і динаміку змін. Так в 2016 році вони характеризуються таким чином (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

## Витрати на лікування одного клієнта, 2016 рік

Планова середня вартість 1 дня лікування з ПДВ (грн.)				Вс ьог о	Фактично витрачено коштів на 1 день лікування (грн.)				Вс ьог о
Лікув. процед ур	Медик аменті в	Діаг. обст ежен ь	Лікув.х арчуван ня		Лікув. процед ур	Медик аменті в	Діаг. обст ежен ь	Лікув.х арчуван ня	
8,16	1,8	4,68	19,8	34, 44	8,28	1,8	4,4	19,8	34, 28

Близькі значення планових показників і фактичних свідчать про відлагоджений механізм економічного супроводу процесу оздоровлення.

Ситуація дещо змінилась в останні роки: зросли ціни в цілому і особливо на ліки та медикаменти. Так, в 2016 р. середня вартість лікування становила вже не 34,25 грн., а 220 грн. Доля в цих витратах на медикаменти зросла в 1,9 разів, а розрив між «фактом» і «планом» збільшився в збиток фактичній діяльності.

В 2016 році структура витрат на лікування наведена в табл. 2.9 .

Наведені в табл. 2.9 дані свідчать про те, що рівень прибутковості СКЗ не збільшується, а внутрішній перерозподіл витрат вказує на фактори економії на зарплаті робітників (діагностика, процедури). В цілому ж підтримка режиму стабільності роботи СКЗ може бути оцінена досить позитивною, оскільки наслідки цієї стабільності – збережений масштаб охопту клієнтів і високий результат оздоровлення.

## Витрати на лікування одного клієнта

Планова середня вартість 1 дня лікування з ПДВ (грн.)				Вс ьог о	Фактично витрачено коштів на 1 день лікування (грн.)				Вс ьог о
Ліку в. Про цеду р	Медик аменті в	Діаг. Обст ежен ь	Лікув.Х арчуван -ня		Лікув.п роцеду р	Медик аменті в	Діаг. Обст ежен ь	Лікув.Ха рчуванн я	
22	92	61	166	34 1	23	93,4	60,6	166,2	34 3,2

Санаторій «Роща». Забезпечує лікування захворювань серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, захворювань нервової системи, крім того є одним з найперших реабілітаційних центрів для лікування хворих на гострий інфаркт міокарду на території Харківської, Сумської та Полтавської областей [154]. Сучасна лікувально-діагностична апаратура та новітні методи обстеження, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань, церебро-васкулярної патології разом з екологічно чистим кліматом сприяє швидкому відновленню здоров'я хворих.

Ліжковий фонд складає 510 ліжок цілорічних і 10-сезонних. З них 210 ліжок виділено для реабілітаційних відділень, зокрема: 90 ліжок - для реабілітації післяінфарктних хворих та 60 ліжок - для реабілітації хворих з наслідками травм і захворюваннями опорно-рухового апарату.

Середня чисельність клієнтів оздоровлення 5214 на рік (2010 – 2016 рр.), з незначним темпом зростання 3 – 4 % щорічно. Це позитивна тенденція, що забезпечила в 2014 році оздоровлення 5 990 захворілих. Згідно аналізу оцінки результатів оздоровлення маємо такі дані: з поліпшенням – 91,7 %, без поліпшення 7,9 %, з погіршенням 1,4 %.

Проаналізувавши структуру і кількість оздоровлення в розрізі річного циклу помісячно, можна констатувати: найбільшу кількість клієнтів забезпечує кардіологічне відділення (до 80 %), найбільше завантаження припадає на «липень-серпень» (рис. 2.6).

Щодо тривалості оздоровлення, то в санаторії «Роцца» достатньо на однаковому рівні тримається попит на термін 21 день і 11÷12 днів, що значно не співпадає з ситуацією в «Бермінводах». Так з 5932 чол. в 2014 р. проходили 12-денне лікування – 3 134 чол. Середній термін лікування в 2016 р. становив 16,8 днів, тоді як в 2012 р. такий термін складав 17,44, а в 2014 – 16,2 днів.

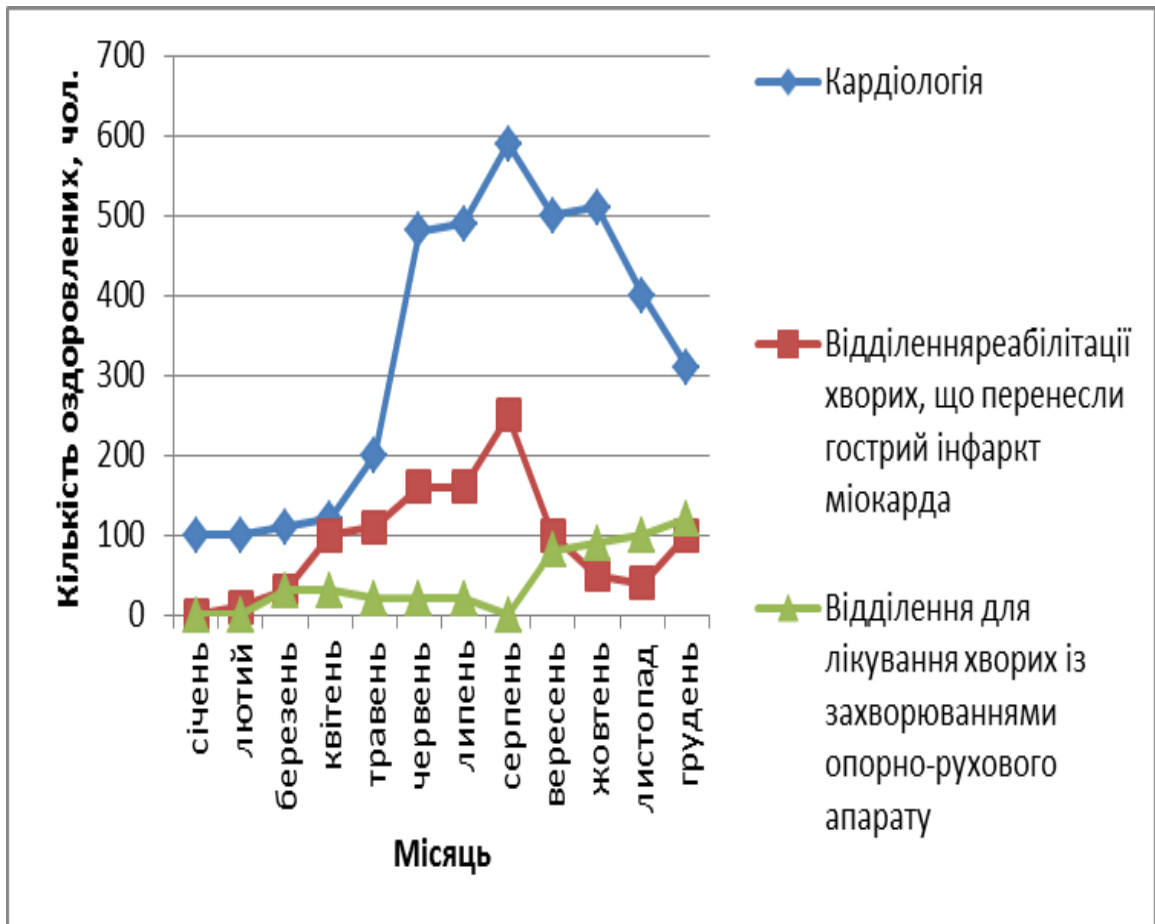


Рис. 2.6 – Динаміка кількості оздоровлення в санаторії «Роцца», 2016 рік

Отже спостерігається тенденція до зменшення терміну в 21÷24 дні, що був прийнятний в 2010÷2016 роках. Вартість лікування хворого за 1 день становила в санаторії «Роцца» - 52,6 грн. в 2012 р. (табл. 2.8) і підвищилась до суми в 338 грн./день в 2016 р., тобто маємо чотирикратне зростання за цей період. Змінилася і структура витрат, в якій лідирують лікування та харчування – 54,6 % від загальних витрат, медикаменти – 18 %, а процедури і діагностика разом становлять менше 28 %.

Санаторій «Високий», розташований в парку з фруктовим садом, у передмісті, спеціалізується на лікуванні хвороб органів дихання, на оздоровленні вагітних. Санаторій функціонує протягом усього року; розрахований на 270 місць влітку і 100 – взимку. Приймає на відпочинок дорослих і дітей.

План ліжко-днів на 2012 рік становив – 7 800. Фактичне виконання плану – 7 035, що становило 93,2%. План ліжко-днів на 2014 рік становив – 7 300. Фактичне виконання плану у 2014 році – 5 869, що становило 80 %. План ліжко-днів на 2016 році становив 7 236. У 2016 році план було виконано на 75,5%. Недовиконання плану пов'язане з тим, що у 1 корпусі проводився капітальний ремонт. Середня кількість хворих в місяць, які проходять курс лікування в санаторії «Високий» складає 600 чоловік. Найбільшим попитом користуються серпень та вересень. Термін лікування в санаторії «Високий» стабільно тримається в діапазоні (10÷14 днів). Всього проліковано в 2012 р. – 7420, в 2014 р. – 7044, в 2016 – 6362. Санаторій витримує рівень прибутковості в останні 3÷5 років, в основному по механізму оптимізації цін, оскільки інші ресурси росту ефективності практично не задіяні. Оздоровчий ефект – 92 % виписуються з оцінкою покращення стану свого здоров'я. Рівень працездатного контингенту – 69 % від загальної кількості.

Економічна проблематика СКК має дві сторони – два завдання – збільшення рівня прибутковості своєї діяльності, що дає можливість розвитку, і підвищення своєї ролі в регіоні як системи, що формує і відновлює людський потенціал, здатний нарощувати свій вклад в економіку регіону. Нераціонально оцінювати ці дві економічні складові (економіка «для себе» і «економіка вкладу в здоров'я» як окремими і самостійними функціями оздоровчої системи. На наш погляд ці складові тісно поєднані між собою, оскільки відновлювати здоров'я може тільки економічно розвинена оздоровча система, «хворий економічно» СКК – не є успішним і корисним гравцем в конкурентному просторі сьогодення.

Отже стан, ефект і розвиток СКК регіону є завданням стратегічного значення і потребує виваженої регіональної політики орієнтованої на критерій підвищення здоров'я населення. І така орієнтація має бути комплексною: політичною, управлінською, інвестиційною.

### **2.3. Структурно-просторовий аналіз відповідності рекреаційних зон регіону та потенціалу санаторно-курортних комплексів різновидам захворювань трудового потенціалу регіонів**

Харківщина як природний і економічний регіон, тим більш в умовах укріплення функцій самоврядування на своїй території, має стратегічне завдання вирішити низку проблем в сфері покращення ситуації щодо охорони здоров'я. Серед таких завдань – розвиток системи рекреаційно-оздоровчих закладів і, в першу чергу, закладів санаторно-курортного профілю. Для таких цілей слугують регіональні концепції і Стратегії розвитку, в яких намічаються орієнтири, визначаються потреби в оздоровленні, відшукуються ресурси. Ця робота потребує наукового аналізу і забезпечення. В розвитку СКК регіону початковий момент включає оцінки рекреаційного потенціалу та рівня видової структури захворювань. Ці дві характеристики мають бути у відповідності між собою. Вони визначають «можливе» і «необхідне», формують модель майбутньої системи оздоровлення, уточнюють місця розміщення ОЗ та їх потужності. В цій аналітичній роботі важливе значення має оцінка рівня захворюваності.

Концепція «відповідності» елементів системи в тематичному аспекті нашого дослідження має завдання розкрити взаємодію і пропорційність 3-х потенціалів: потенціалу наявних потужностей оздоровчих закладів ( $\Pi_n$ ), рекреаційного потенціалу як можливостей розвитку системи оздоровчих заходів ( $\Pi_p$ ), потенціалу захворювань в регіоні ( $\Pi_3$ ).

Формально, це можна записати таким чином (рис. 2.7).



Розгляд проблеми має свій початок в захворюваності: масштаби, різновиди хвороб, динаміка, потреби в лікуванні. Рівень захворюваності населення в Харківському регіоні досить високий, що зокрема, пояснюється високим його індустріальним потенціалом, великою кількістю забруднювачів у навколишньому природному середовищі.

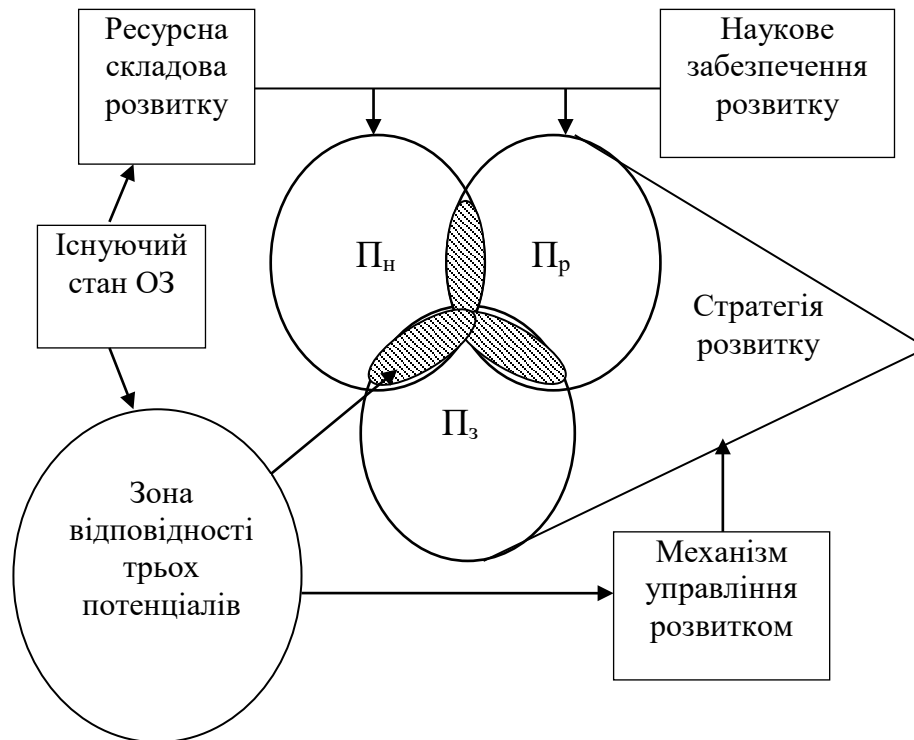


Рис. 2.7. Модель «відповідності» потенціалів в завданнях управління розвитком СКУ

Найбільше вражається населення на хвороби органів дихання (751,5 тис. чол.) [70], хвороби системи кровообігу (256,3 тис. чол.), хвороби сечостатевої системи (163) (табл. 2.11, стр. 90).

Захворюваність є залежною від сезонних і погодних факторів і на протязі року кожен вид захворювання має свої спади і піки, що і слід враховувати в стратегії розвитку системи рекреаційно-оздоровчих закладів. Розкривають цю ситуацію накопичені дані в статистиці та практиці роботи СКУ.

В дослідженні визначено динаміку захворювань, які можна лікувати у санаторно-курортних закладах Харківського регіону. Так, пік захворюваності

на хвороби органів дихання починається весною та закінчується на початку осені (додаток А). Маємо дещо стійку і прогнозовану ситуацію щодо цього виду захворювання.

За статистичними даними Головного управління охорони здоров'я в Харківській області хворіють на хвороби сечостатевої системи найбільше у квітні, червні, вересні (40%) і жовтні (50%). Динаміку показано за допомогою графіка (додатки Б1-Б6).

Хворобами нервової системи за даними Головного управління охорони здоров'я хворіє 45 % хворих у лютому і 40 % травні та червні.

Пік захворюваності на хвороби органів травлення припадає на період свят, після релігійного посту. Так, грудень та січень є найбільш небезпечними для захворювання на хвороби, пов'язані з травленням.

Пік захворюваності на хвороби системи кровообігу припадає на літній період, пік загострення на хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини спостерігається у літній період, особливо в липні (45% ) та у зимовий період - грудень та січень (40%).

Отже графічне представлення процесів річної динаміки захворювань показує, що різновиди хвороб можна систематизувати по сезонному фактору таким чином:

1. Однопіковий процес з незначними коливаннями – органи дихання, система кровообігу.
2. Двопіковий процес з амплітудою середнього рівня – сечостатева система, органа травлення.
3. Нерівноважний процес з трьома або більше піками загострення – кістково-м'язова система.

Такі особливості слід враховувати при оцінках і розрахунках деяких важливих характеристик розвитку оздоровчих закладів, в т. ч. санаторно-курортного типу. Це характеристики комбінування профільних складових ОЗ, оцінка графіку потреб в медикаментах і лікувальних заходах, графік розподілу завантаженості та інші.

Сезонний фактор захворювань особливо має значення в завданнях розміщення ОЗ в системі рекреаційних зон, оскільки навіть в одній області локальні ділянки місцевості мають значні відмінності. А отже відповідність захворювань набору профільних видів лікування і вибору локальної місцевості закладу має бути розрахована і на прогностичному, і на розрахунково-проектному рівні.

Для відновлення здоров'я населення в рекреаційних зонах проводить лікування на даний час чотири основних оздоровниці. У кожного санаторія різна спеціалізація (табл. 2.8). «Бермінводи» профілюють хвороби нервової системи, органів дихання та сечостатевої системи. Санаторій «Роша» - хвороби системи кровообігу та кістково-м'язової системи. Кількість хворих на даний період складає 1870 тис. чол. З них 131,9 тис. чол. хворих на хвороби шкіри та 120,9 тис. чол. хворих на різновиди травм, які не лікуються в санаторіях Харківщини.

З загальної кількості населення, що потребують оздоровлення, визначаємо долю працездатного – це 58,7 % [70]. Отже працездатний контингент захворюваних складе – 1 080 860 чол. На даний час санаторним лікуванням охоплено  $N_{\text{скк}} = 55095 \times 100\% / 1080860 = 5,5 \%$ , серед них працездатних:  $55095 \times 58,7 / 100 = 33000$ .

Також, серед хворих працездатного віку є контингент, що лікується в інших областях України та за кордоном (16%) [70].

Знайдемо кількість хворих, які проходять курс лікування в інших областях України та за кордоном.

$$X_{\text{в}}^{\text{I}} = \frac{X_{\text{в}} * 16\%}{100\%}, \quad (2.1)$$

де  $X_{\text{в}}^{\text{I}}$  – контингент хворих, які проходять курс лікування в інших областях України та за кордоном;  $X_{\text{в}}$  – кількість хворих на даний період, які потребують санаторно-курортного лікування;



	Види захворювань, які лікуються в санаторіях Харківського регіону						
	хвороби нервової системи	хвороби системи кровообігу	хвороби органів дихання	хвороби шкіри та підшкірної клітковини	хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	хвороби сечостатевої системи	травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин
Санаторно-курортні заклади:							
«Бермінводи»							
«Високий»							
«Роша»							

Рис 2.8 Лікування хвороб по контингенту хворих в основних оздоровницях Харківського регіону

$$X_{в}^{|} = \frac{187000 * 16\%}{100\%} = 299000 \text{ хворих}$$

З них працездатного віку –  $X_{вп} = 299\ 000 \times 0,57 = 170\ 000$

Знайдемо кількість працездатного населення, яке потребує лікування.

$$X_{в}^{п} = X_{в} - X_{в}^{|} - X_{в}^{шк} - X_{в}^{тр}, \quad (2.2)$$

де  $X_{в}^{п}$  – кількість працездатного населення, яких потенційно необхідно вилікувати;

$X_{в}^{|}$  – контингент хворих, які проходять курс лікування в інших областях України та за кордоном;

$X_{в}$  – кількість хворих на даний період, які потребують санаторно-курортного лікування;

$X_{в}^{шк}$  – хворі на хвороби шкіри хворі, які не лікуються в рекреаційних зонах Харківщини;

$X_{в}^{тр}$  – хворі з травмами, які не лікуються в рекреаційних зонах Харківщини;

$$X_{в}^{п} = 1080860 - 299\ 000 - 131\ 900 - 120\ 900 = 530\ 770 \text{ хворих}$$

Так, потенційно в Харківському регіоні мають потреби в лікуванні – 530 770 чоловік.

Знайдемо потенціал річного завантаження санаторіїв:

$$Z_{в}^{пi} = N_{ф} * 365 \text{ днів} * K, \quad (2.3)$$

де  $Z_{в}^{пi}$  – потенціал річного завантаження і-го санаторію;

$N_{ф}$  – номерний фонд санаторію;

$D_{н}$  – кількість днів роботи санаторіїв у рік;

$K$  – поправочний коефіцієнт;

$ZB^П$  «Бермінводи» = (976-109 для реабілітаційних відділень)\*365\*0,09= 28480 ліжко-днів

$ZB^П$  «Високий»= 270\*365\*0,09 = 8 869 ліжко-днів

$ZB^П$  «Роща» = (503-210 ліжок для реабілітаційних відділень)\*365\*0,09 = 9 625 ліжко-днів

$ZB^П$  «Ялинка» = 394\*365\*0,09= 12 943 ліжко-днів.

Виходячи з того, що потенціал річного завантаження Харківських санаторіїв складає 59 917 ліжко-днів, можна зробити висновок, що санаторії не спроможні прийняти всіх хворих для лікування. Про це свідчать і прогнозовані потреби Харківського регіону в оздоровленні населення (рис. 2.8).

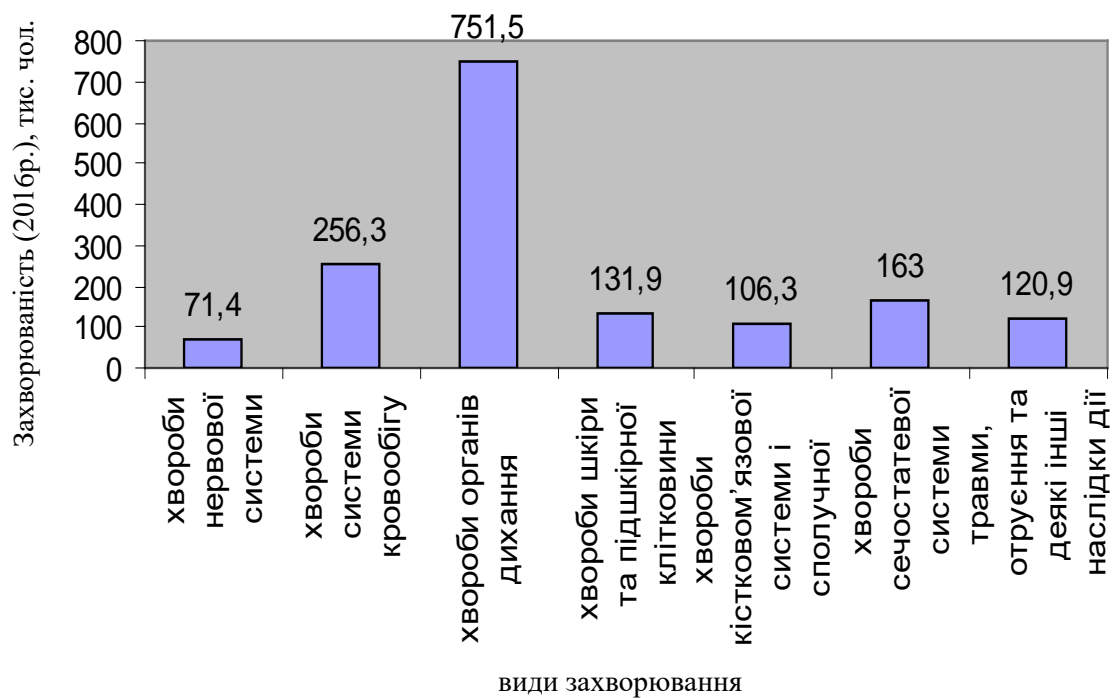


Рис.2.8. Потреба Харківського регіону в оздоровленні хворого працездатного населення

Санаторії працюють цілий рік. В табл. 2.12 вказано кількість хворих по місяцям, які були оздоровлені в санаторіях Харківщини у 2016 році [154].

Таблиця 2.10

## Завантаження санаторіїв по місяцям, 2016 рік

	січень	лютий	березень	квітень	травень	червень	липень	серпень	вересень	жовтень	листопад	грудень	усього завантаження (факт, 2009 рік) ліжко-
«Бермінводи»	645	536	692	952	2001	4001	4659	5501	3719	2960	856	103	26 625
«Високий»	359	-	313	429	523	869	1585	1539	1002	540	389	360	7 236
"Роца"	-	456	489	502	645	1096	1654	1800	1426	645	365	200	9 278

Досліджено, що найбільше лікується хворих в червні (15 %), липні (17,5 %), серпні (20,7 %) та вересні (14 %), хоча більшість хвороб можна лікувати не тільки в ці місяці (рис. 2.8 - 2.13).

У відсотковому визначенні структура завантаження СКУ впродовж року (2014р.) представлена на рис. 2.10, а динаміка завантаження 4-х досліджуваних санаторіїв в період найбільшого попиту (червень – жовтень) показана на рис. 2.11.

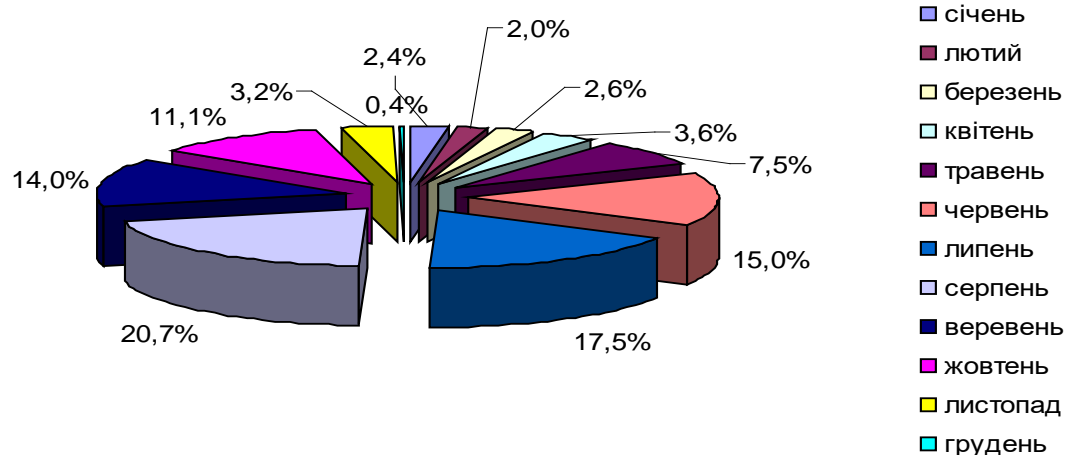


Рис. 2.10. Завантаження санаторіїв по місяцям (всього), 2016 рік

Для розвитку санаторно-курортної сфери України важливим є аналіз рекреаційного потенціалу. Проведено дослідження рекреаційного потенціалу

Харківського регіону, в результаті якого виявлено, що регіон має достатньо високий потенціал для розвитку санаторно-курортних установ і має високу ступінь затребуваності таких оздоровчих послуг.

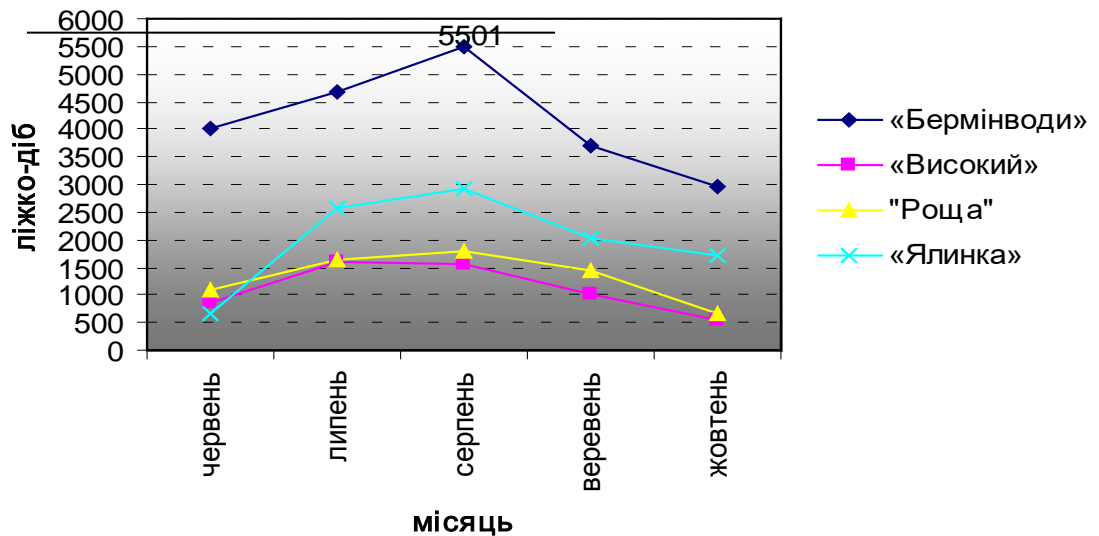


Рис. 2.11. Динаміка завантаженості санаторіїв по місяцям, які користуються найбільшим попитом (2016 рік)

В області є 2 заказники, ботанічний сад, дендропарк, 4 парки-пам'ятки садово-паркового мистецтва, які мають загальнодержавне значення. Крім того, на території Харківської області є ряд природоохоронних об'єктів місцевого значення: 100 заказників, 39 пам'яток природи, парк-пам'ятка садово-паркового мистецтва.

Найбільшою рекреаційною зоною за площею є Харківська - 32%, найменшими - Балаклійська і Чугуївська - 5% від загальної рекреаційної площі Харківщини (рис. 2.11).

На даний час санаторно-курортні заклади, що розміщені поблизу міста, функціонують в трьох районах: «Високий», «Роща» в Харківському районі; «Ялинка» в Зміївському районі і курорт державного значення «Березовські мінеральні води» в Дергачівському районі. Загальна карто-схема рекреаційного районування представлена на рис. 2.12.



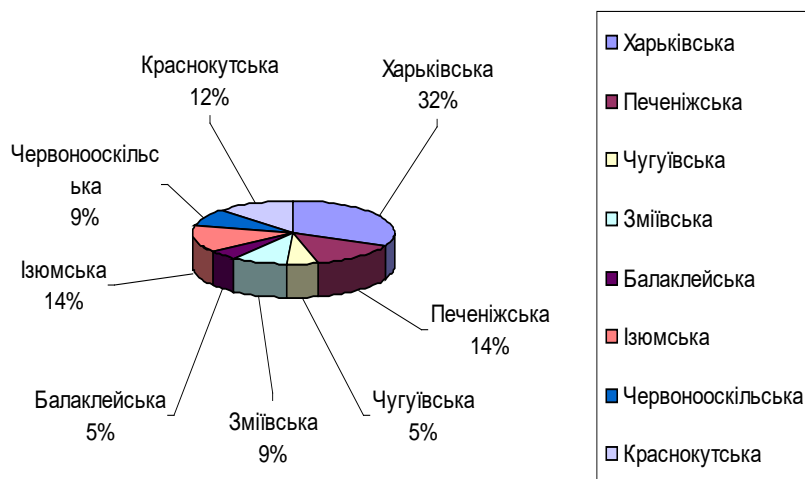


Рис. 2.11. Рекреаційні зони Харківського регіону (частка в загальній рекреаційній площі)

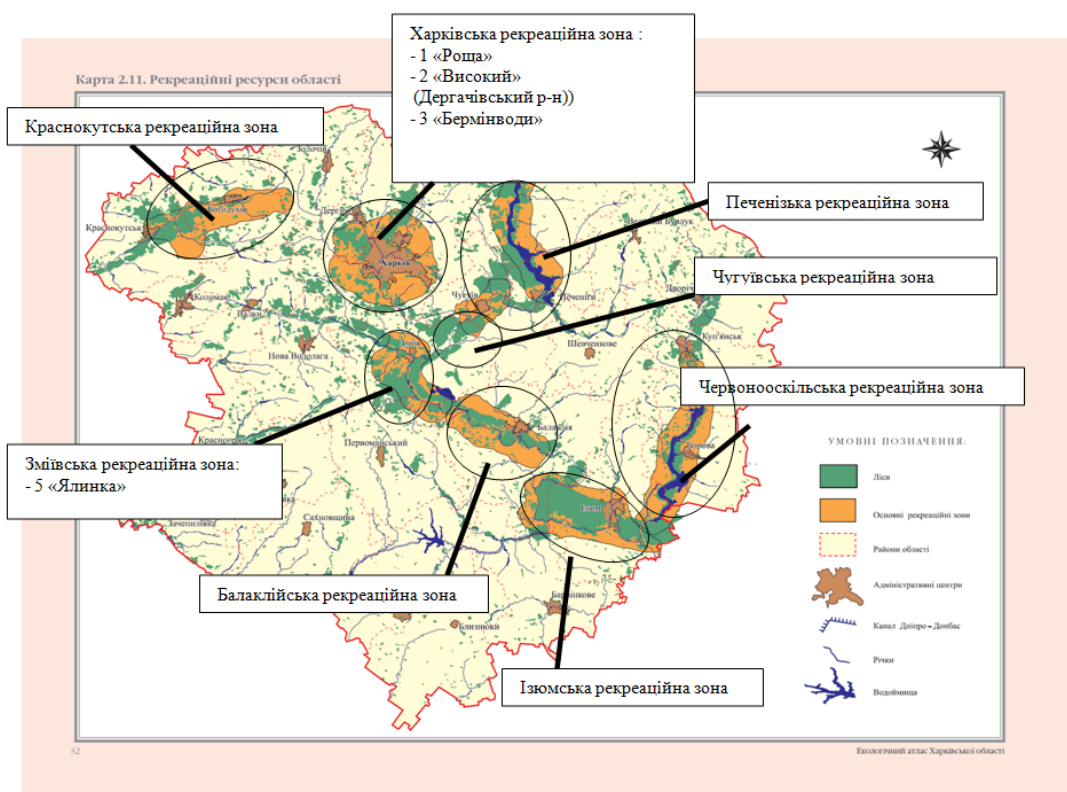


Рис. 2.12. Рекреаційне районування Харківської області

Інші рекреаційні зони не мають у своєму складі клінічних санаторіїв.

До рекреаційно-оздоровчих об'єктів, що отримали розвиток в області, відносяться: дитячі оздоровчі табори, бази відпочинку, санаторії-

профілакторії . Мережа їх спирається на багату матеріальну базу. Санаторії працюють, в основному, круглий рік, мають постійні кадри і добре обслуговування. Спостерігається тенденція все більшої комфортності відпочинку. Вірогідно, що надалі деякі санаторії будуть функціонувати за принципом замських готелів, об'єднуючи послуги короткотривалого та тривалого відпочинку.

#### **2.4. Методичний підхід до управління розвитком СКК регіону**

Проблемна ситуація в економіці України потребує вирішення питань ефективного використання наявних ресурсів на регіональному рівні. Є різні складові цієї проблеми, в т.ч. науково-технічного розвитку, механізації і автоматизації виробництва, економії енергоресурсів, впровадження інноваційних технологій та інші. Але, при обмежених інвестиційних ресурсах, розвиток економіки найбільш ефективно може забезпечити як раз трудовий потенціал, його підтримка в здоровому стані та максимально продуктивне використання. Цей потенціал включає в себе ресурс часу, рівень зайнятості, стан здоров'я працездатного населення, продуктивність праці. В свою чергу ефективне використання трудових ресурсів є ціллю і функцією управлінської діяльності, є продуктом управлінських рішень.

Від управлінських рішень і практичних заходів в організації праці, від раціональних витрат на забезпечення здоров'я персоналу залежить стан виробничої системи, сам процес виробництва, кінцеві результати діяльності колективу, а також – ринкові успіхи як окремого підприємства, так і регіону в цілому.

Свою роль рівень здоров'я працюючих відіграє і в більш широкому розумінні складових результативності праці. Одним із показників такої результативності фахівці визначають продуктивність праці. Зараз в Україні рівень продуктивності праці досить низький, з яким в Європейську систему економічних відносин свій достойний вклад наша країна внести не зможе.

Отже, стоїть завдання значного (в рази) підвищення цього показника в регіонах України. А таке підвищення потребує визначення і оцінювання факторів і резервів росту продуктивності праці.

Визначення, систематика, оцінювання є передумовою управління процесом росту продуктивності праці. Завдання пошуку в цьому аспекті досліджень – визначити не тільки самі фактори зростання ПП., а і способи дії на ці фактори, сформувавши їх в сукупність завдань та механізм управління ПП. Дві складові ефекту діяльності – робочий час і продуктивність праці – є похідними від таких факторів впливу як мотивація, управління та здоров'я. Фактор «здоров'я» має прямий зв'язок з системою оздоровлення, де суттєва роль відводиться комплексу санітарно-курортних установ (СКУ).

Погіршення ситуації в курортній галузі в Україні, в тому числі і в Харківському регіоні, безумовно, є однією з причин погіршення показників здоров'я населення. Теоретично, з зростанням захворюваності потреба в послугах СКУ різко зростає. На практиці відбувається недооцінка ролі СКУ, знижується платіжний попит на ці послуги, гальмується процес їх розвитку та вдосконалення. У свою чергу, відсутність періодичного санаторного лікування та зниження ефективності функціонування СКУ призводять до погіршення якості трудових ресурсів, тобто є вагомою перешкодою для економічного зростання. У цих умовах відновлення системи санаторно-курортного лікування та оздоровлення, доступності його для основної маси населення, відродження та повне завантаження на протязі року санаторно-курортних закладів Харківщини є важливим загальнонаціональним завданням, яке здатне зробити великий внесок у підвищення рівня здоров'я народу, зокрема працездатного населення.

Для активації процесу відновлення СКУ і забезпечення їх розвитку необхідно, на наш погляд, розробити та прийняти стратегію забезпечення бажаного в майбутньому стану рекреаційно-оздоровчої системи регіону. І друге завдання – сформулювати механізми регулювання санітарно-курортної галузі на регіональному рівні, маючи на увазі, що її підприємства, установки

та інфраструктура своє майбутнє в ринковому середовищі повинні забезпечувати по механізму саморозвитку.

Визначимо головні сфери, де слід сформувати механізми регулювання. Таких сфер можна виділити більше десяти, але зробимо уточнення щодо шести з них:

- 1 – формування конкурентного середовища (правила гри);
- 2 – вибір місця лікування і закладу;
- 3 – розробка механізмів і методів стимулювання розвитку СКУ (ринковий аспект);
- 4 – пропаганда, просування і організація збуту СК-послуг;
- 5 – інформаційне забезпечення на сучасному рівні розвитку ІКТ;
- 6 – захист прав споживачів.

Сформуємо базові положення в сфері регуляторної політики розвитку СКУ.

1. Основою ефективно функціонуючої санаторно-курортної галузі є наявність конкурентного середовища. В умовах сьогодення вітчизняного санаторно-курортного ринку мова йде про захист конкуренції, її відтворенні та формуванні ефективного підприємництва. Держава створює загальноєкономічні, правові та соціальні умови, розробляє і впроваджує правила, що забезпечують дійове функціонування конкуренції. Регуляторно контролюється виконання цих правил, не підриваючи права власності та свободи господарської діяльності, встановлюються заходи відповідальності за обмеження конкуренції і, отже, обмеження прав споживачів. Принципово важливими моментами у сфері формування конкурентного середовища та розвитку підприємництва є регулювання та правова охорона питань власності, діяльності монополістів, боротьба проти недобросовісної конкуренції.

2. Вибір місця лікування і закладу. В діючій системі СКУ проблема вибору стосується самого пацієнта лікаря-консультанта і рекламної роботи самого закладу. Свою участь приймають і туристичні менеджери (сфера

лікувального туризму). Лікарі керуються каталогами і довідниками курортів, що не забезпечує раціональний вибір. Якщо компетентну пораду про направлення на курорт не може дати лікуючий лікар, то тим більше такими знаннями не володіють менеджери більшості туристських фірм, що працюють на ринку лікувальних послуг. Крім того, при підборі потрібного санаторію або курорту необхідна оцінка не тільки хвороби пацієнта і, відповідно, протипоказань, але і допустимого рівня адаптації до нових умов. Доцільно, щоб організацією санаторно-курортного оздоровлення і лікування займалися спеціалізовані агентства або консультативні центри з підбору здравниць (або агентства, що мають у своєму складі відповідні підрозділи), тісно пов'язані з медичними установами. Свою роль для пацієнта відіграє і досвід тих, що вже проходили курортне оздоровлення.

В завданнях розробки стратегії розвитку регіональної системи СКУ є інші особливості вибору, а саме: вибір просторово-ландшафтного місця, вибір лікувального профілю закладу та його основних характеристик (пропускної спроможності, структури номерного фонду, набору сервісних послуг та інше). Проблема вибору в цьому варіанті (розвиток СКУ) базується на нормативах і бенчмаркінговій технології – дослідження і порівняння себе з аналогами.

3. Механізми і методи стимулювання розвитку СКУ. Ринкова система допускає відхилення, коливання, ситуації нерівноваги і непередбачуваності. Тому внутрішніх зусиль регулювання буває недостатньо, особливо в кризові періоди. У цих випадках держава повинна активно втручатися в господарські процеси такої соціально значущої галузі, як санаторно-курортна, не допускаючи краху санаторно-оздоровчих організацій та істотного скорочення споживання їх послуг населенням. Головним інструментом державного стимулювання та підтримки санаторно-курортної системи з метою підвищення економічної ефективності та подолання спадів виробництва є створення пільгового режиму розвитку значної частини санаторно-оздоровчої системи через пільгове оподаткування та кредитування розвитку

санаторно-оздоровчих організацій, участі в реалізації федеральних і регіональних цільових програм розвитку санаторно-курортного комплексу, а також стимулювання інвестиційної діяльності в цілях розвитку санаторно-оздоровчої системи, надання гарантій і компенсацій населенню з відшкодування витрат на санаторно-курортне оздоровлення і т. п.

4. Безумовно, залучення пацієнтів на лікування і оздоровлення є прерогативою кожного окремого закладу, але СКУ структурно функціонують як об'єкти цілісної системи державного рівня.

Тому виникають ряд важливих питань їх перспективи: приватизаційний процес, розподіл путівок в централізованому порядку (за підтримкою Профспілки), формування цін, взаємодії з інфраструктурою. В недалекому минулому свій пріоритет мала централізована система, в даний час – неминуча децентралізація (законодавчо зменшена роль і участь Профспілки). В нових умовах більше уваги має бути приділено таким особливостям як специфіка і характер споживання санаторно-оздоровчих послуг, обумовленість придбання послуги медичними показаннями і протипоказаннями, склад і обсяг лікування, різноманітність умов перебування в здравницях, практично необмежена географія продажів.

Це обумовлює індивідуальний характер більшості угод купівлі-продажу послуги з оздоровлення. Виникає потреба розвитку так званої «абонентної служби» закладу. Але це не зменшує необхідність на регіональному рівні формувати інтегровану систему інформаційного обліку, рекламної роботи і сервісного обслуговування всієї системи СКУ.

5. Інформаційна підтримка. Найбільш важливою складовою просування санаторно-курортних послуг на ринок є інформаційна підтримка курортів Харківщини. Принципово новим напрямком у стратегії просування своїх послуг на ринок лікувального туризму повинна стати стратегія залучення людей, які є більше хворими, ніж туристами. Необхідно орієнтуватися виключно на людей, що гостро потребують лікування. Оскільки в даний час курорти Харківщини не мають можливості для

досягнення лідерства на ринку лікувального туризму для успішної діяльності їм необхідно сконцентрувати свої зусилля на виділеному потенційний сегменті (працездатній групі, що потенційно є клієнтами здравниць Харківщини) і нарощуючи на ньому перевагу по відношенню до основних конкурентів. Такими конкурентними перевагами на початковому етапі будуть доступна вартість лікування і різноманіття профілюючих напрямків здравниць міста. У зв'язку з цим, широка рекламна кампанія необхідна як на федеральному, так і на регіональному рівнях. Необхідно в засобах масової інформації організувати цикли медичних передач про лікування на курортах, про можливості лікування не тільки клінічними методами і фармацевтичними засобами, але і за допомогою природних лікувальних факторів. У цих цілях необхідно створити єдиний фонд реклами для всіх санаторіїв із залученням бюджетних коштів. При раціональному веденні рекламної кампанії та оперативної діяльності маркетингової служби, Харківський регіон цілком зможе зайняти нішу в загальному обсязі головного для нього потенційного сегмента, а саме працездатного населення.

6. Захист прав споживачів від ризиків для здоров'я, безпеки та інших ризиків. Ці ризики мають місце тоді, коли громадяни не можуть повною мірою судити про властивості послуг, які вони споживають в санаторно-оздоровчих закладах. На регіональному рівні має бути створена нова система захисту споживачів від різних видів ризику та дезінформації або відсутності інформації. При цьому регуляторне втручання в одних випадках повинно мати на меті лише отримання і поширення відповідної інформації, в інших випадках дається інформація, про деякі види ризику, з якими споживач зіткнеться в санаторно-оздоровчої організації і які йому не завжди легко зрозуміти або оцінити.

Запропоновані заходи регуляторної політики в сфері діяльності і розвитку СКУ регіону є інструментом підвищення ефективності СКУ та їх позитивного впливу на працездатність населення. Для розробки Стратегії розвитку СКУ та регуляторних механізмів управління цим процесом

необхідно сформувати якісну інформаційну базу, в яку входять: стан здоров'я, показники діяльності СКУ, структура захворювань, потенціал відповідних закладів в регіоні (табл.2.11 та табл. 2.12). Сам розвиток СКУ є складним процесом, в якому є залежності від різних обставин і на який діють фактори впливу (виділено і показано на рис. 2.13).

Таблиця 2.11

## Система показників оздоровчої сфери (Україна, Харківська область)

Показники	Україна	Харківська обл.
Вартість перебування в СЗР, (тис. грн.)	4 241 592,9	176 357,5
в тому числі:		
- в санаторіях	2 528 101,5	114 675,4
- сан.-профілакторіях	296 026,5	16 832,0
- пансіонатах з лікуванням	42 684,8	-
Кількість осіб:		
усього в СЗР, в т. ч.	1 463 838	52 430
- в санаторіях	544 932	21 293
- санаторний розподіл	99 899	6 498
- будинках та базах відпочинку	565 531	21 095
Кількість ліжок		
всього в СЗР,	233 531	10 143
в тому числі:		
- в санаторіях	58 572	2 353
- сан.-профілакторіях	17 403	560
- будинках відпочинку	112 643	6 195
Фактичні витрати на 1 ліжко-день	288,4 (КРЗ) / 215,9 (СРЗ)	229,0 (КРЗ) / 213,4 (СЗР)
в тому числі:		
- в санаторіях	264,7	245,7



## Продовження табл. 2.11

- сан-профілакторіях	162,2	139,2
- базах відпочинку	125,9	131,1
Кількість фактично проведених ліжко днів (од.)	СЗР 19 644 852 Сан. 9 549 193 С-п 1 824 999 б/відп. 2 987 169	826 482 446 728 120 919 120 960
Тривалість перебування (СЗР): всього	19 644 812	826 482
середня тривалість в СЗР	13,4 дні	15.8 днів
Коефіцієнт використання місткості КЗР (всі види)	0,22	0,19
Кількість осіб, що перебувають у СЗР протягом 1-2 дні	270 708	4 979 (всі на базах відпочинку)

Таблиця 2.12

## Спеціальні заклади розміщення: дохід та витрати, (грн.)

Дохід та витрати	Україна	Харківська область
Загальна кількість оздоровлених осіб (СЗР)	1 463 838	52430
Дохід (річний), грн.:		
- загальна сума доходу СЗР	3 084 873,9	122 724,6
- дохід санаторних закладів	2 177 118,7	93 489,9
- дохід санаторіїв-профілакторіїв	169 956,6	11 270,7
- дохід пансіонатів з лікуванням	40 665,9	11 270,7
- баз відпочинку	284 012,1	17 964,0
Дохід:		

## Продовження табл. 2.12

• від продажу номерів	168 484,9	4 968,0
• від реалізації путівок	2 739 839,5	112 071,7 (92 509)
• від додаткових послуг	942 473,0	21 088,4
Витрати:		
операційні в цілому (СЗР/санат.)	<u>2 868 977,5</u> <u>1 932 335,9</u>	<u>118 271,4</u> <u>90 621,7</u>
Матеріальні (СЗР/санат.)	<u>1303644,3</u> <u>932 504,7</u>	<u>66 576</u> <u>58 797,2</u>
на оплату праці (СЗР/санат.)	<u>742 809,5</u> <u>482 862,5</u>	<u>26 001</u> <u>19 147</u>
на соц. страхування (СЗР/санат.)	<u>250 562,1</u> <u>167 488,8</u>	<u>9 658,4</u> <u>7 166,3</u>
на амортизацію (СЗР/санат.)	<u>161 895</u> <u>105 194</u>	<u>6 087,1</u> <u>3 863,9</u>

Розробка стратегії розвитку СКУ є завданням оцінки ситуації, оцінки потенціалу (в т.ч. ресурсних та інвестиційних можливостей), виділення трудоресурсного блоку, показників здоров'я та їх зв'язку з економічним станом регіону та його економічним розвитком. Стратегія виходить з «минулого», оцінює «зараз» і прогнозує (в кращому випадку – проектує) «майбутнє». В стратегічному плануванні враховуються фактори нерівноваги, циклічності, сприятливих умов і умов «несприятливих», з дією бар'єрів, перешкод, прямого супротиву. Негативи значно підвищують ризики.

Стратегія має концептуальну (рис. 2.14) і предметну сторону. Згідно представленої концептуальної схеми в Стратегії розвитку СКУ можна побудувати ідеальну модель оздоровчого комплексу на базі наявного рівня знань та без врахування обмежень.

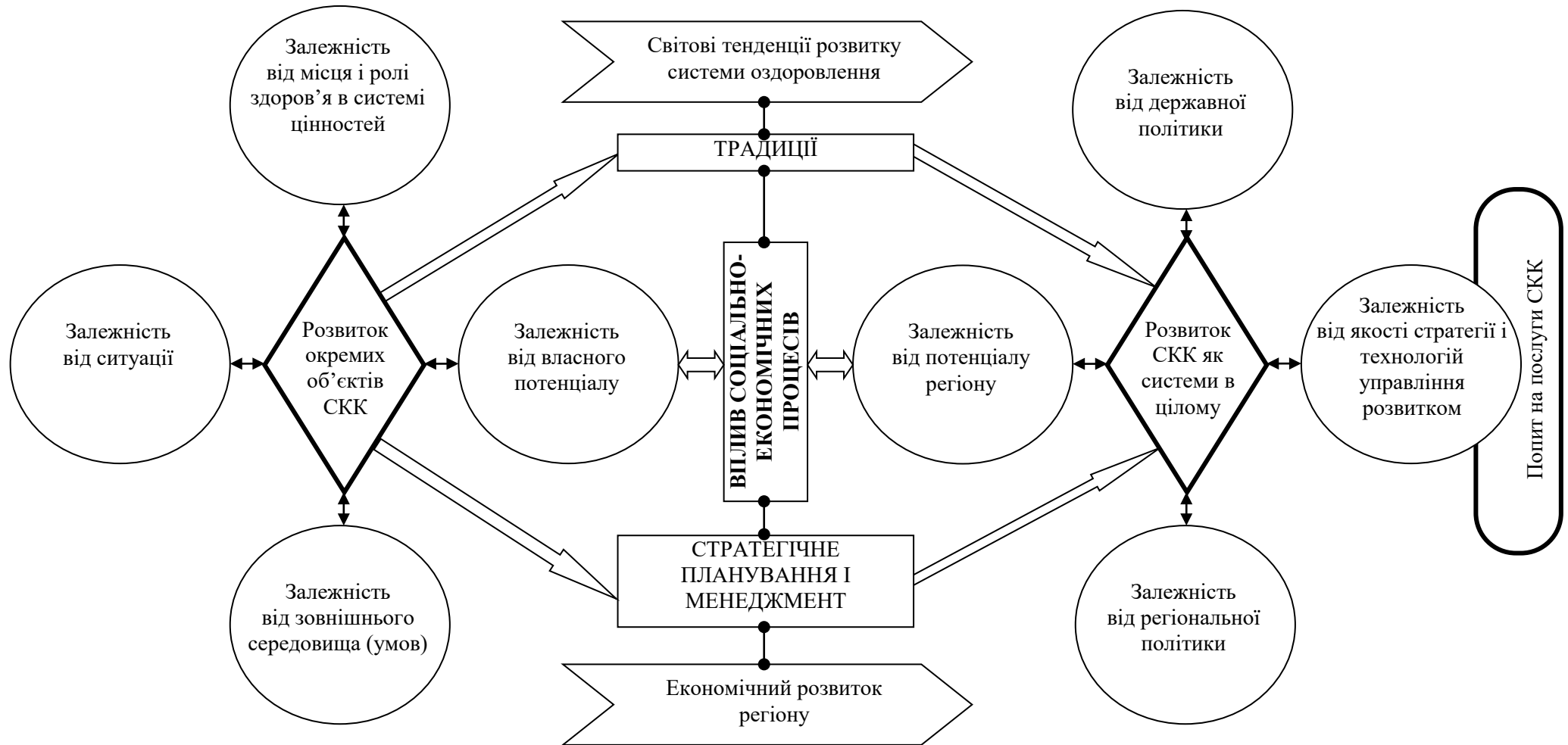


Рис. 2.13. Залежності та фактори впливу на розвиток регіонального СКК (розроблено автором)



Рис. 2.14. Концептуальна схема розвитку SKU

А вже з «ідеалу» через всі обмеження і враховуючи ресурсні можливості, ситуаційний стан в регіоні, завдання соціального захисту, можливі підтримки та інше, розробляти необхідно (в декількох варіантах) моделі розвитку ймовірні і реально можливі. При цьому бажано визначити показники і характеристики якості самого процесу розвитку, виходячи з аксіоми, що «якість процесу забезпечує якість результату». Характеристики якості розвитку представлені на рис 2.15.

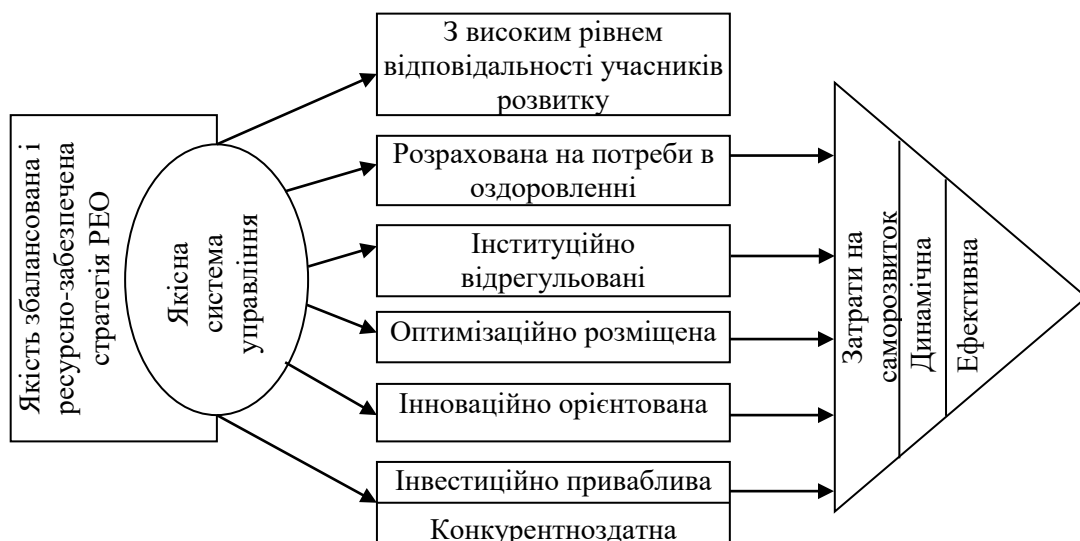


Рис. 2.15. Характеристики якості розвитку регіональної оздоровчої системи

Предметна сфера стратегії – склад і структура населення, вимір стану здоров'я і можливостей оздоровчого сектору економіки, попит на оздоровчі послуги, втрати, витрати, інвестиції, бюджет і заощадження, економічний потенціал регіону, ролі і інтереси учасників процесу розвитку.

Динаміка трудових ресурсів, в тому числі під впливом міграційних процесів, відбиває ситуацію нерівноваги і нестабільності, а при зниженні коефіцієнта зайнятості населення в регіоні (що характерно для Харківської області) породжує явні негативи і соціальну напругу. Тому, про суперечливі фактори треба говорити з позицій оптимізації регулювання, а не зростання або зменшення їх впливу.

Система негативів і загроз, як і система заходів з їх ліквідації, не є наперед заданими і не розглядаються як універсальний набір параметрів, характеристик, показників. Кожен рівень ієрархії вносить в неї свою специфіку. Регіональний рівень відрізняється багатьма особливостями від національного: ресурсною специфікою, економічним потенціалом, інноваційною привабливістю та ін. Зрозуміло, що «територія є суб'єктом регулювання в рамках наявного кола повноважень» [20]. Інша особливість регіону - його власні ресурси та умови розпорядження ними. Третя особливість - рівень якості регіональної системи управління. Підвищення рівня якості управління дослідники пов'язують зі створенням регіональних інноваційних систем (РІС), з вирішенням проблем інформатизації, з підвищенням рівня інтелектуального потенціалу та його використання.

Завдання регіональної політики в сфері оздоровлення і розвитку СЗУ полягає в тому, щоб сконцентрувати інформацію, знання, інтелект, важелі впливу, розвинути аналітику, прогноз, інноваційне проектування; вирішувати завдання регіональної інтеграції та підвищення ККД взаємодій всіх об'єктів системи оздоровлення на одній території. Це дуже значимо, так як зворотна ситуація - «не впоратися» з загрозами та викликами часу - веде до втрат, часто непередбачуваних, а саме можна:

- втратити ринок, програти в конкуренції;
- втратити економічний та інноваційний потенціал;
- потрапити в економічну залежність від інших країн;
- не бути здатним утримувати ситуацію соціально-економічної рівноваги та безпеки.

В регіональній стратегії розвитку СКУ (СКК) нижній (песимістичний) варіант визначається нормативами і умовами впливу здоров'я на межу економічної безпеки. Логіка врахування нормативів економічної безпеки при розробці Стратегії СКУ представлена на рис 2.16

Згідно цієї логіки особливу увагу слід звернути на 4 види прорахунків, що допускаються в роботі при оцінці проблем і при організації їх вирішення.

1. Оцінка інтересів і завдань учасників. Це складна проблема, що вимагає серйозної методології та сучасного інструментарію. Недооцінка ситуації, помилки в оцінці ролі учасників і їх інтересів, прорахунки в прогнозах – рівнозначні негативу першого роду, тобто виявляється неготовність до опору загрозам – діє принцип непрозорості і неготовність.

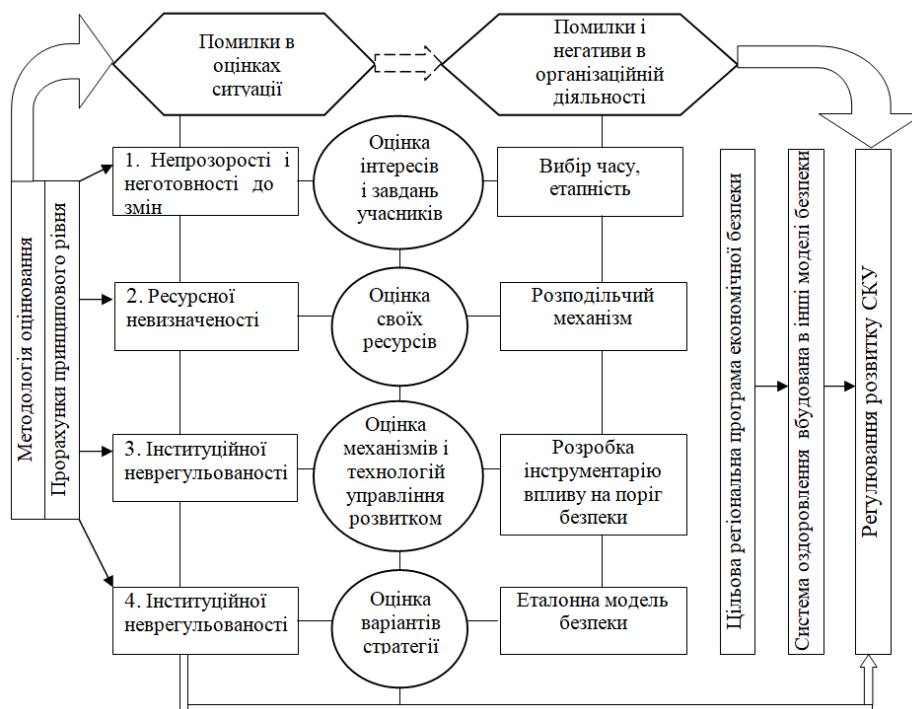


Рис. 2.16. Логіка і особливості врахування в Стратегії нормативів економічної безпеки

2. Оцінка своїх ресурсів. Дія фактору «помилки» в оцінці власних ресурсів рівнозначна негативу другого роду, що приводить до нездатності управління механізмом розподілу ресурсів – принцип ресурсної невизначеності.

3. Оцінка механізмів і технологій опору негативам і загрозам – недолік третього роду, тобто це загрожує нездатністю впоратися з ситуацією – принцип інституціональної нерегульованості взаємодії учасників.

4. Оцінка та прогноз змін (варіантні моделі стратегії). Недостатнє уявлення і бачення можливих сценаріїв розвитку – негатив четвертого роду. Він породжує пряму дорогу до розбалансу і кризи, що свідчить про вибір неправильної стратегії або «організації економічного життя» в нерегульованому режимі – принцип недалекоглядності.

В формуванні оздоровчого медико-технологічного комплексу регіону визначаються такі (зараз не вирішені) питання:

- залучення економічних ресурсів в сферу оздоровлення;
- вивчення і адаптація до вітчизняних умов зарубіжних моделей організації оздоровлення;
- апробація різних форм власності (зараз в СКК Харківщини фізичні особи не включені);
- визначення і відбір різних форм фінансування охорони здоров'я;
- стимулювання медпрацівників;
- розвиток методів і форм контролю якості медичного обслуговування;
- реформування державної моделі управління охоронного здоров'я і підтримкою трудових ресурсного потенціалу.

В Стратегії розвитку СКУ, окрім держави, місцевої влади та самих оздоровчих закладів, потужним стимулятором і одночасно, ресурсом виступає населення, його платоспроможність і реальний попит. На формування попиту на послуги СКУ впливає ціла система факторів (рис. 2.17). Стратегія має враховувати, що ці фактори діють всі, але селективно. Отже маркетингові дослідження в паралелі з соціологічними мають розкрити

цю селективність і вибірковість. А відтак з контингенту потенційних пацієнтів системи СКУ розкривається структурований масив груп населення, для кожної з яких фактори проранговані за силою впливу і значимістю. Стратегія розвитку регіонального комплексу СКУ потребує розв'язання деяких протиріч і складностей. І одна з таких складностей – баланс співвідношення ринкового фактору і регуляторно-державного. Треба визначити як позитиви, так і негативи в цьому процесі.



Рис. 2.17. Фактори впливу на формування попиту на послуги СКУ

Позитиви:

- комбінування функцій: лікування, відпочинок, розваги, тобто є тенденція трансформації СКУ в рекреаційно-оздоровчий комплекс;
- стимулювання підприємництва;
- підвищення комфортності і безпеки;
- розширення спектру споживачів послуг (не тільки захворілі, але й здорові, більше молоді та інші).

Негативи:

- «вимивання» дешевих послуг, зменшення доступності;
- скорочення науково-дослідних робіт;



- недостатні витрати на рекламу;
- споживче відношення до ресурсно-рекреаційного потенціалу.

У результаті аналізу стану трудового потенціалу регіонів та санаторно-курортних комплексів, зроблено такі висновки:

1. Досліджено вітчизняний та закордонний досвід фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Виявлено, що Україна виділяє на фінансування охорони здоров'я 7,8 % від ВВП, загалом держави з достатньо високим рівнем людського розвитку виділяють 6,2 % (Румунія, Болгарія, Туреччина, Казахстан), коштів, які виділяються, недостатньо, тому що обсяг ВВП в Україні значно менший в порівнянні з іншими державами. Питома вага ВВП на душу населення в Україні складає 61600,2 грн. на душу населення (2240 долл/люд), ВРП Харківської області складає 31128 грн. на душу населення (112 долл/люд). У Румунії 9860 долл./люд., Казахстані – 7650 долл. /люд., Беларусь – 5090 долл. / люд. ВВП на душу населення в Україні залишається дуже низьким – лише 20% від середнього показника для ЄС і другим найнижчим показником серед країн Центральної та Східної Європи.

2. На матеріалах роботи СКК Харківщини проаналізовано потужність закладів СКК, структуру оздоровчих послуг (у відповідності до структури захворювань), завантаженість санаторіїв, строки перебування, витрати на лікування. Проведено дослідження рекреаційного потенціалу Харківського регіону, в результаті якого виявлено, що регіон має достатньо високий потенціал для розвитку санаторно-курортних установ. Територія області відноситься до двох рекреаційних систем, які виділяються в Україні, у складі яких сформувалися 8 рекреаційних зон загальною площею 443,4 тис. га. На території трьох районів регіону функціонують чотири основних оздоровниць, три з яких місцевого значення, це санаторії: «Високий», «Роцца» в Харківському районі; курорт державного значення «Березовські мінеральні води» в Дергачівському районі. Санаторії «Високий», «Роцца», «Бермінводи»

(Дергачівський район), знаходяться в Харківській рекреаційній зоні. Інші рекреаційні зони не мають у своєму складі клінічних санаторіїв.

4. Досліджено відповідність рекреаційних зон та потенціалу СКК Харківщини різновидам захворювань. В дослідженні розкритий зміст і проведені оцінки відповідності між собою трьох потенціалів: стану захворювань, можливостей діючого комплексу оздоровчих закладів, рекреаційного ресурсу. Згідно виконаних розрахунків слідує що потенціал оздоровчих закладів Харківщини використовується значно більше, ніж в інших регіонах але в цілому він не забезпечує потреби в оздоровленні, що і є стимулом розвитку. В рекреаційному потенціалі регіону є достатньо значна невикористана база лікувальних факторів. У відносно розвинутому стані оцінюється і регіональна інфраструктура, яку слід удосконалювати і розвивати не «в цілому», а під реальні проекти новобудов.

5. На матеріалах трьох підприємств СКУ Харківщини з'ясовано потенціальні можливості СКУ, стан і зміни в завантаженні цих підприємств, втрати від неповного використання ресурсу ліжко-діб. Дослідженнями підтверджено значний сезонний вплив на завантаженість СКЗ, скорочення середнього терміну лікування (до 15,8 днів), незначні зміни в структурі витрат на лікування (збільшення долі на ліки і медикаменти), розширення «пакету» допоміжних послуг.

6. Досліджено недостатньо розроблену теорію і практику ведення регіональної політики щодо відновлення працездатності трудових ресурсів. Розглянуто фактори впливу на здоров'я працездатного населення та запропоновано напрямки роботи по розвитку оздоровчих закладів в тому числі санаторно-курортних установ. Пропонується організувати наукову та підготовчу роботу до розбудови нової інформаційної системи для обслуговування охорони здоров'я і для оцінки її вкладу в економіку регіону, в здоров'я та добробут населення.

7. Розроблено модель «відповідності» потенціалів в завданнях управління розвитком СКУ. Концепція «відповідності» елементів системи в

тематичному аспекті дослідження має завдання розкрити взаємодію і пропорційність 3-х потенціалів: потенціалу наявних потужностей оздоровчих закладів ( $\Pi_n$ ), рекреаційного потенціалу як можливостей розвитку системи оздоровчих заходів ( $\Pi_p$ ), потенціалу захворювань в регіоні ( $\Pi_3$ ).

8. Дисертантом визначено 6 сфер регулювання, в тому числі – формування конкурентного середовища, механізмів стимулювання, розвитку і захисту прав споживачів оздоровчих послуг.

9. Розроблена розширена модель попиту на оздоровчі послуги системи СКУ та виділені фактори впливу на розвиток. В дослідженні показано, що стратегія розвитку має орієнтуватись на показники самодостатності та економічної безпеки регіону, а в своєму арсеналі прийняття рішень опиратись на надійну інформаційну базу, яка на даний час є неповною і незадовільною. Таким чином, ефективне використання санаторно-курортного установ, як елемента сучасної системи охорони здоров'я, може зробити позитивний вплив на стан трудового потенціалу за рахунок якісного зростання здоров'я. Крім того, воно буде сприяти поліпшенню стану інфраструктури курортів та лікувально-оздоровчих місцевостей, забезпеченню економічної стабільності і прибутковості рекреаційних регіонів, дозволить зберегти і раціонально використовувати найцінніші природні лікувальні ресурси Харківщини, підвищити рівень надання санаторно-курортних послуг і конкурентоспроможності курортного комплексу на міжнародному ринку.

Для більш поглибленого розкриття стратегічних завдань розвитку СКУ Харківщини в наступному розділі виконані уточнення, методичні розробки і відповідні розрахунки та визначені базові положення щодо управління розвитком СКУ для відновлення здоров'я працездатного населення .

Наукові результати, що отримані автором у ході написання розділу, пройшли апробацію та доповідалися й були схвалені на науково-практичних конференціях, а також надруковані у наукових фахових виданнях [130, 165, 171, 172, 176].

### РОЗДІЛ 3

## НАУКОВО-ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНІВ ЧЕРЕЗ САНАТОРНО-КУРОРТНІ КОМПЛЕКСИ

### 3.1. Організаційні передумови процесу відновлення трудового потенціалу регіону

Економічний концепт стратегії управління трудовим потенціалом у своїй предметно-об'єктній сфері уваги включає оцінювання та програмування таких складових: оцінка ситуації у сфері «здоров'я»; захворюваність і наслідки; фактори впливу на здоров'я; потенціал здоров'я як економічний капітал; збиток, втрати в трудовому (економічному) секторі людської діяльності; потенціал (ресурс), можливість відновлення та зміцнення здоров'я; інвестиції в здоров'я і їх очікуваний ефект; механізми відновлення і зміцнення здоров'я [46].

Загальна модель управління трудовим потенціалом представлена на рис. 3.1. Відповідно з розробками (2015р.) структурною частиною економічної стратегії виділено реформування СОЗ. Завдання та заходи реформ СОЗ наведено в табл. 3.1.[108]

Таблиця 3.1

Система головних напрямків і заходів реформування охорони здоров'я

	Завдання та заходи	Труднощі і перешкоди
	Перехід на трирівневу систему фінансування	Чіткий механізм не встановлений
	Формування центрів першої допомоги і медобслуговування	Організаційно-технічні складності
	Реформування екстреної медичної допомоги	Інформаційна та технічна неготовність. Недолік місць розміщення станцій
	Соціально-економічний захист медичних працівників	Нестача коштів і недоробка механізмів стимулювання

	пріоритетність профілактики	Немає готовності навіть в концептуальному плані
	Перебудова фінансово-економічних механізмів (комбінована модель: бюджет, ринок, позабюджетна підтримка)	Орієнтація на страхову систему і обмеження ринкової складової
	Забезпечення кадрами та підвищення якості послуг	Проблемна ситуація, особливо в сільській місцевості
	Комплекс заходів поза СОЗ	Робота з населенням з культури і здорового способу життя
	Взаємодія з системами спорту, туризму, з профспілками, роботодавцями	Пошук кластерної організаційної моделі забезпечення «здоров'я»



Рис. 3.1. Загальна модель управління трудовим потенціалом (розроблено автором за даними [108])

Найкращою моделлю інтеграції зусиль на забезпечення трудового потенціалу є кластерні форми [19] (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Учасники та завдання управління в кластерній моделі забезпечення здоров'я

В системі охорони здоров'я вирішується тільки частина загальної проблеми і при цьому, як показано на рис. 1.18 система працює не ізольовано

«сама по собі», а за участю інших структур державної системи. Запропонована до створення кластерна модель побудована на інтеграції взаємодій учасників системи забезпечення здоров'я. У досліджуваній проблемі, де ключові слова «здоров'я», «економіка», «управління», досить нескладно поставити питання щодо останнього поняття.

При цьому не будемо вдаватися в саму суть поняття «управління», а більше сконцентруємо увагу на тому - «хто керує, чим і як управляє, якими оперує показниками, які ставить орієнтири, які має можливості для досягнення своїх цілей?»

На перше питання відповідь лежить на поверхні: управляє влада (у всіх її різноманітних формах), сама людина (насамперед, що стосується особистого здоров'я) і суспільство в цілому (формуючи вимоги, запити, традиції, норми поведінки, суспільні інститути). Роль, характер та результати участі в управлінні здоров'ям у цих учасників трохи різні, і, до того ж, не зовсім чітко розкриті наукою.

Л.І. Жаліло пропонує міжсекторіальні механізми взаємодії і управління масштабами та якістю надання оздоровчих послуг, в т.ч. через організаційні форми кластерного об'єднання, через зміцнення первинної ланки медичної допомоги[65].

На нашу думку, такий підхід є актуальним і вмотивованим. Розвиваючи цю думку, пропонуємо розглядати як учасників таких кластерів, так і інституції (рис. 3.3).

Складовою цього механізму має бути і технологія розв'язання «нестандартних» або надзвичайних ситуацій.

В нових формах, особливо на регіональному рівні, мають бути цілісно об'єднані профілактичні, лікувальні та реабілітаційні послуги, а сам механізм управління та регулювання оздоровчої сфери діяльності охоплює такі напрямки:

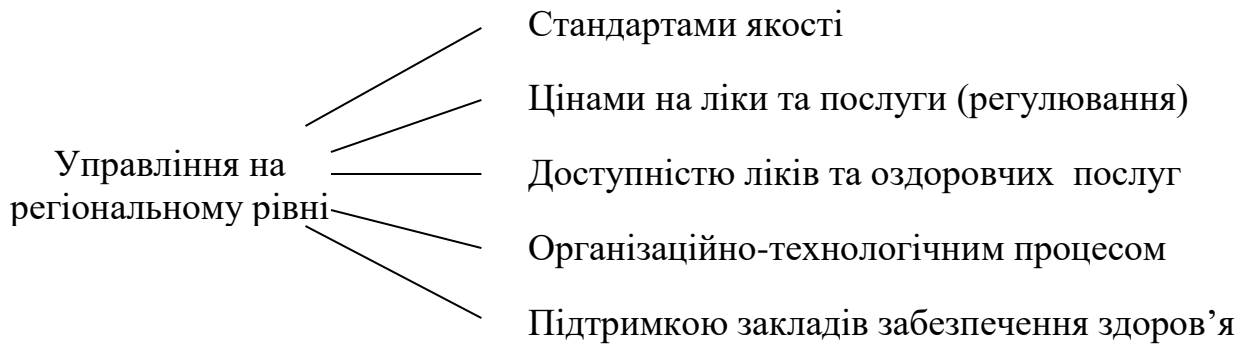


Рис. 3.3. Учасники інтеграційного процесу захисту здоров'я та переваги нових форм (розроблено автором за даними [64])

Складовою цього механізму має бути і технологія розв'язання «нестандартних» або надзвичайних ситуацій.

Друге питання - чим треба управляти - вже більш складне: «здоров'я» категорія ємна, в ній змістовно «вкраплені» психіка, фізіологія, етика, економіка. Також важливі й інші складові частини здоров'я: його цінність і



продуктивність у трудовій (економічній) діяльності, суспільна цінність здоров'я з її впливом на стан і устрій суспільства. Тут поле наукових досліджень розширюється. Далі поставимо питання конкретно з теорії та практики управління - як управляється «здоров'я», за якими показниками, які орієнтири ставить керована система, якими методами вона буде їх досягати. З частини цих питань змодельовано певні зв'язки і залежності (рис. 3.4).

На представленій моделі (рис. 3.4) «Управління трудовим потенціалом» регіону самі фактори його визначення, структуровані на складові частини (спадковість, спосіб життя, організація праці та відпочинку, медобслуговування, системи харчування і екологічне середовище). Виділено три блоки різновидів управління (управління, регулювання, підтримка). Управління і регулювання в основі своїй здійснюється державою, суспільством, людиною в рамках своїх потреб і можливостей. Керуюча система спрямовує свої зусилля на розвиток інститутів охорони здоров'я, санаторно-курортного комплексу і рекреації, фарміндустрії, інститутів сім'ї та спорту.

Управління використовує механізми реформ, регулювання трудової зайнятості та охорони праці, забезпечення стандартів гідного рівня життя, захисту материнства. Ключова роль у цій моделі відведена економічній стратегії, а саме в частині її завдань у забезпеченні здоров'я. Ця стратегія включає в себе аналіз і прогноз витрат на здоров'я людини, джерела забезпечення, регулювання цін, інвестиційні проекти, організацію ефективної трудової діяльності, пільгові механізми, соціальну та економічну відповідальність бізнесу. Стратегія здійснюється на взаємодії ринкових умов надання послуг, нормативно-правових регуляторів і розподільних механізмів (преференції, пільги, трансфери, страховки та ін.).

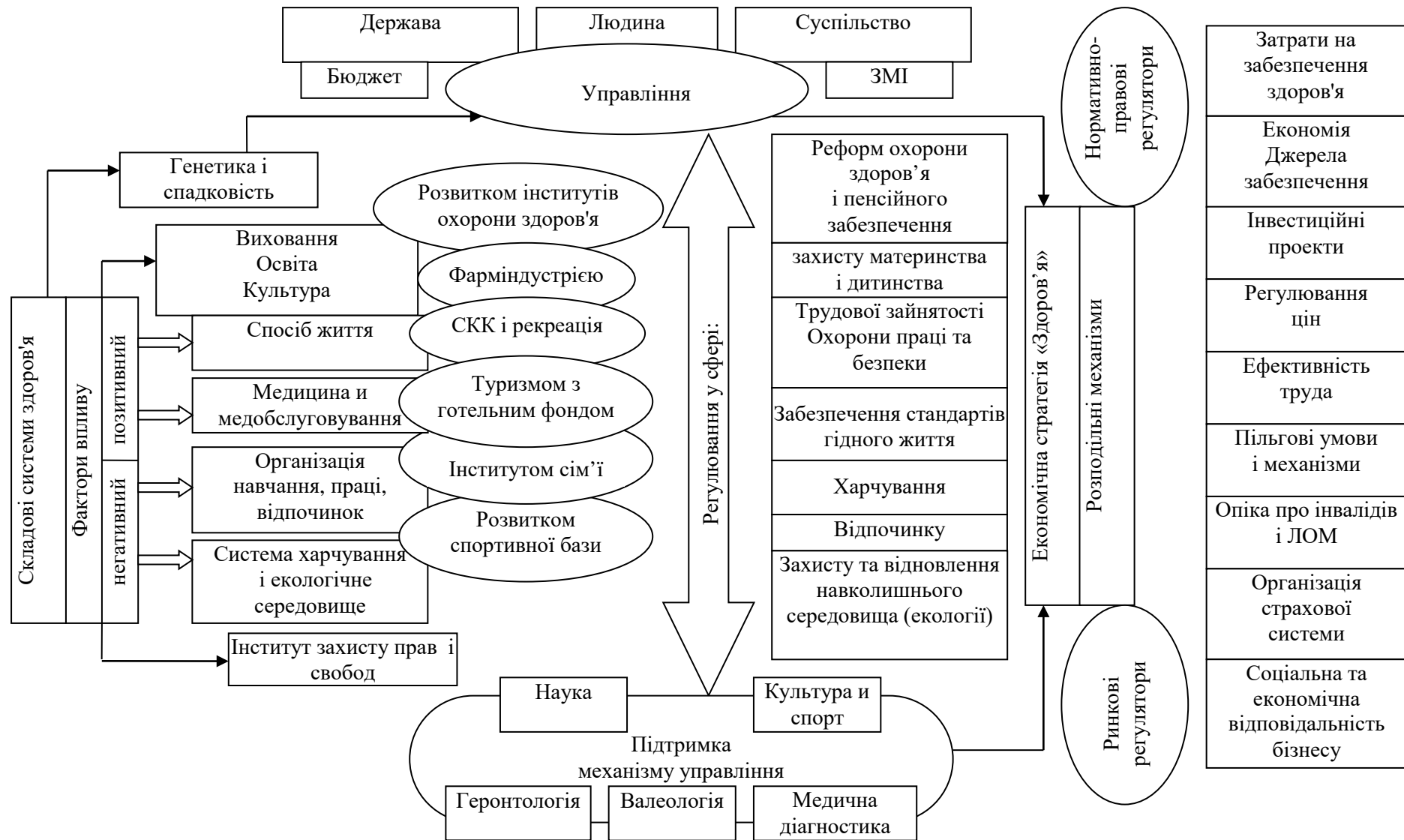


Рис. 3.4. Концептуальна модель «Управління трудовим потенціалом» регіону

Якісна стратегія має бути ексклюзивною, нешаблонною. Повинна мати внутрішню креативну родзинку, може і не зовсім зрозумілу для інших. Ми називаємо це «прихована внутрішня» установка на свої плани і на поведінку системи - це ідейно-методологічний стрижень стратегії, вибудований на знаннях, інтересах, цілях та соціально-психологічних настроях. Це тонка струна стратегії, певний резонатор і мультиплікатор. Кожен стратегічний менеджер сам повинен зрозуміти і побудувати цю приховану внутрішню установку. Уявімо собі об'єкт або систему, яка постійно потрапляє в складні, непередбачені ситуації ... І з успіхом ці складності долає. Тут, видно, є своя стратегія. Але такий же «об'єкт – аналог» в близьких умовах якось «примудряється» будувати свою політику таким чином, щоб не потрапляти в цю череду складних ситуацій ... І це йому вдається. Мабуть, тут зовсім інша стратегія. Антикризові зарубіжні фахівці з управління, знайомлячись з СРСР в період згорання холодної війни, відзначали, що наші керівники супермайстри стратегії «викручуватися» зі складних ситуацій, а в США - стратегія інша: керівники і менеджери все роблять для того, щоб у такі ситуації не попадатися. Це і є приклад двох різних стратегій, кожна з яких зі своєю внутрішньою родзинкою, тактико-стратегічної установкою.

Таким чином в представленій моделі як об'єкт управління і регулювання розглядається як тріада «людина, суспільство, екологічне середовище», яка формує свою економічну політику як базову ідеологію суспільства, де економіка не самоціль, а спосіб реалізації людських потреб та інтересів. Економіка – не тільки споживач здібностей і праці людини, а й інструмент, що забезпечує гідне життя людини як головну цінність суспільства.

На нашу думку, не треба куховарці управляти державою, але своїм здоров'ям і здоров'ям ближніх вона управляти повинна і може. А для цього повинна знати, що вона хоче і як це робити. А найголовніше, повинна мати доступ до важелів і ресурсів такого управління, мати здатність і можливість,

в т. ч. економічну можливість. Сам же механізм управління використовує різноманіття важелів (рис. 3.5).

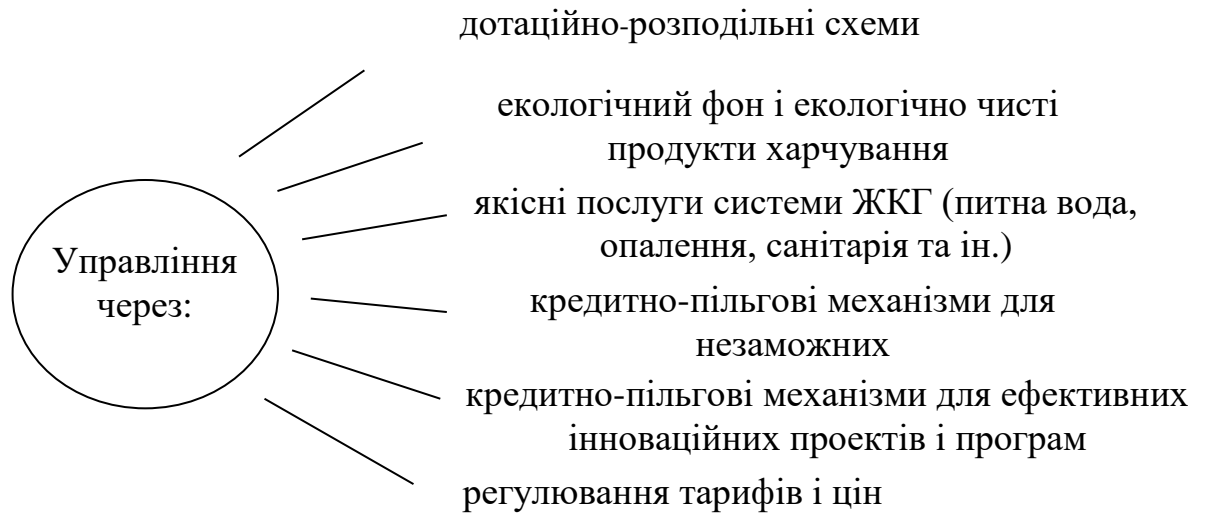


Рис. 3.5. Складові механізму управління трудовим потенціалом регіону

Відзначимо значимість управління доступністю людини до життєво важливих ресурсів, до медичних послуг (у т. ч. за фактором достатності грошових коштів), до рекреаційно-оздоровчих послуг. Наявність доступності «тільки для багатих» суперечить принципу справедливості, хоч і знаходиться в згоді з принципом нерівності, цілком допустимим в механізмах розвитку.

Звідси ставиться завдання підвищити рівень відповідальності за здоров'я у всіх структурах суспільства, а не тільки в системі охорони здоров'я (рис. 3.6). Давній незавершений спір щодо впливу економіки, в т. ч. і на здоров'я, з боку державного (місцевого) адміністративного управління і ринку. Ми не ставимо питання - що головніше і сильніше, навіть «що вигідніше»? Це, на наш погляд, некоректна постановка. А коректно підійти таким чином. По-перше – має бути баланс сил, противага, динамічна рівновага. А якась міра, константа проявляє себе тільки тимчасово. По-друге - кожна з цих складових має свої «дозволяючі» можливості і свої механізми. Наприклад, якщо говорити про механізми, то у адміністративного управління вони розподільні, у ринкового - регуляторні; у адміністративного - вони

також регламентаційно-нормативні, у ринкового – також маркетингово-кон'юнктурні ...

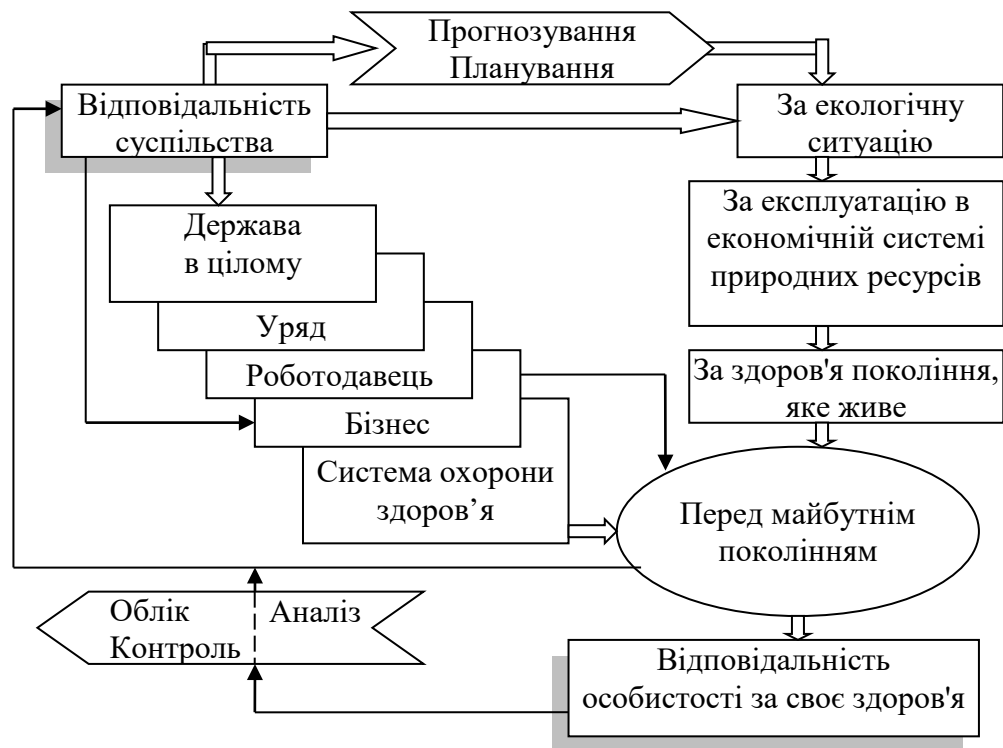


Рис. 3.6. Формування відповідальності всіх структур суспільства за стан здоров'я особистості і нації

Є й ще деякі відмінності, але в нашій темі і цих достатньо, тим більше, якщо взяти до уваги, що в обох випадках (адміністративне управління (планове) і ринкове ( стихійно-ситуаційне)), коли мова йде про громадське або особисте здоров'я, завжди повинно бути максимум відкритості, прозорості, доступності для громадського контролю (громадянської участі) і соціальної (а також правової та економічної) відповідальності.

В управлінні здоров'ям, на наш погляд, можна позначити раціональні пропорції ступеня впливу на здоров'я різних учасників системи управління. Експертна оцінка таких пропорцій представлена в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Ступінь впливу учасників на здоров'я (експертна оцінка)

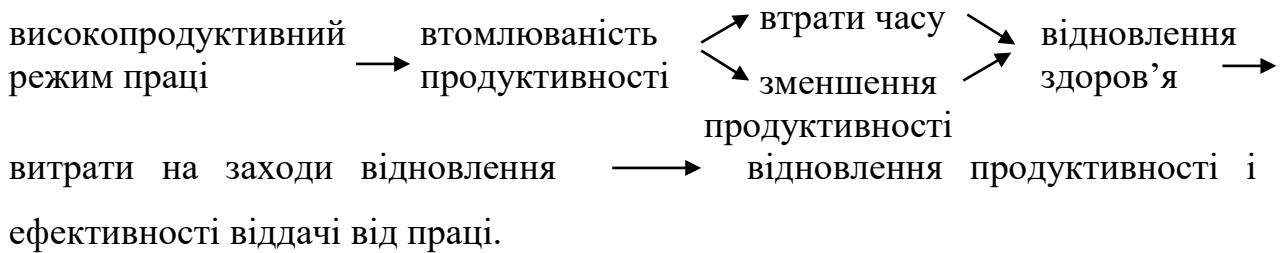
№ з/п	Учасники	Ступінь впливу
1	Державна адміністрація	20%
2	Бізнес-структури і роботодавці	15%
3	Профспілки	20%
4	Медичні, оздоровчі, рекреаційні установи	20%
5	Органи місцевого самоврядування	15%
6	Інститут культури здоров'я	10%
	Всього:	100%

У цій схемі вплив «максимум і на рівних» визначено для держсистеми, профспілок та медико-оздоровчої групи учасників, а мінімум - для інституту культури здоров'я в силу його нерозвиненості в нашому суспільстві. Бізнес-структури та органи місцевого самоврядування до посилення своєї ролі в забезпеченні здоров'я населення, на наш погляд, ще «неготові», оскільки в слабкій економіці вельми обмежені в ресурсах для цих цілей.

### 3.2. Практична реалізація відновлення трудового потенціалу регіону

В характеристику трудового потенціалу регіону входить система показників, пов'язаних зі здоров'ям працюючих. Трудовий потенціал потребує постійного аналізу його стану і системної багатoproфільності, послідовної роботи по його підтримці в нормативному режимі здоров'я, що і виконують СКУ, забезпечуючи тим самим ефект у виробничій діяльності працюючого населення. Цей ефект необхідно визначати і порівнювати з витратами на лікування і оздоровлення працюючих. Такі витрати відбуваються практично постійно і систематично, оскільки кожна людина в трудовому процесі свій потенціал здоров'я активно використовує і є певна

закономірність в зв'язку здоров'я і працездатності та продуктивності. Можна цю закономірність визначити в ланцюговому перебігу трудового процесу таким чином:



В цій ланцюговій залежності економістами вивчається «втомлюваність» як негатив впливу на результати економічної діяльності. Тому, втомлюваність одночасно має і психофізіологічну природу і економічну складову.

Працездатність людини є здатність розвивати максимум енергії і економно її використовувати при виконанні розумової і фізичної роботи. На рівень працездатності впливають різні групи факторів: фізіологічного характеру (вік, стать, стан здоров'я, харчування, відпочинок); фізичного характеру (шум, фізична навантаженість в роботі, освітлення та інше); психічного характеру (настрій, самопочуття, стресові ситуації).

Ці фактори приводять до втоми. Втомилюваність є теж досить складним об'єктом для вивчення. І вже класики фізіології та медицини (І.П. Павлов, І.Н. Сеченов) доказали, що важкість праці в значенні фізичного навантаження не завжди є домінуючим фактором втомлюваності, особливо в наш час, а більше вона «формується в нервових центрах кори головного мозку» [159].

Проявляється втомленість в тимчасовому зниженні працездатності. З п'яти фаз зміни працездатності (перед робочий стан, фаза вживання в роботу, фаза стійкої працездатності, зниження працездатності, виникнення втоми, фази порогового значення втоми. Найбільш продуктивна фаза стійкої працездатності, коли фізіологічні та психофізичні процеси протікають на

найбільш економному рівні, а результати (якість та кількість) праці – найбільш значні.

Висока працездатність при будь-якому виді діяльності забезпечується тільки в тому випадку, коли трудовий ритм збігається із природною періодичністю добового ритму фізіологічних функцій організму. У зв'язку з добовою періодикою життєдіяльності в різні відрізки часу організм людини неоднаково реагує на фізичне й нервово-психічне навантаження, а його працездатність і продуктивність праці протягом доби та року загалом піддаються певним коливанням.

У річному циклі, як правило, найбільш висока працездатність спостерігається в середині зими, а в жарку пору року вона знижується.

Відпочинок тривалого часу необхідний, тому що щоденний відпочинок не запобігає нагромадженню втоми повністю. Щорічна відпустка встановлюється в законодавчому порядку і складає в середньому 24 дні. Тривалість щорічної додаткової відпустки визначається окремо колективним або трудовим договором.

Працездатність людини протягом робочого року характеризується чітко вираженими фазами. Фазами працездатності називаються зміни функціонального стану організму людини в процесі діяльності. Протягом року в динаміці працездатності виділяється декілька фаз. Коли людина приходить з відпустки, в неї починається доробочий стан, або фаза мобілізації енергетичних резервів, підвищення тонуусу ЦНС перед виконанням роботи. Цю фазу відносять до «оперативного спокою».

Стан оперативного спокою має важливе значення для виконання роботи, оскільки формує оптимальний вихідний рівень функціонального стану організму працівника. Фаза мобілізації енергетичних резервів може тривати пів місяця або місяць в залежності від індивідуально-типологічних особливостей працівника.

Фаза впрацювання, або стадія зростаючої працездатності, — це період, протягом якого відбувається перехід від стану оперативного спокою до



робочого стану. Вона характеризується переходом функцій на новий, більш високий рівень інтенсивності. Тривалість фази впрацювання може бути різною, оскільки залежить від багатьох чинників. Так, чим інтенсивніша робота, тим швидше завершується фаза впрацювання. На важких ручних роботах період впрацювання складає пів тижня; при виконанні легких точних робіт — тиждень, а при розумовій праці — 1,5 тижня. Працездатність на цей момент теж не змінюється і складає 100-99 %.

Наступна фаза стійкої працездатності, або стійкого стану. Вона характеризується найвищою для конкретного працівника продуктивністю праці. На цій фазі встановлюється оптимальний режим роботи організму, який виявляється в певній стабілізації показників фізіологічних і психічних функцій, рівновазі між утворенням і виведенням продуктів розпаду, між кисневим запитом і кисневим споживанням. Для фази стійкої працездатності характерні високі виробничі показники при оптимальному напруженні фізіологічних функцій. Тривалість її становить 2 місяці і залежить від важкості роботи, характеру м'язових навантажень, вихідного функціонального стану працівника, віку, особистісних властивостей. Наприкінці цієї фази працездатність робітника починає падати і складає 90 – 80 %.

Фаза розвитку втоми починається через 3...4 місяці від початку роботи і характеризується зниженням виробничих показників при наростанні напруженості фізіологічних функцій організму. Людина відчуває стомлення. Слід відмітити, що перехід організму з стійкого стану до фази втоми теж відбувається стадійно. Вирізняють три стадії такого переходу: стадія повної компенсації, яка близька до фази стійкої працездатності. Характерними рисами її є виникнення початкових ознак втоми, які повністю компенсуються вольовими зусиллями працівника. Працездатність вже складає 70 – 60 %; стадія прогресивного зниження працездатності, яка характеризується швидким наростанням втоми, зниженням виробничих показників, суттєвими функціональними зрушеннями в організмі. Після цієї стадії необхідна

щорічна відпустка. Зазначені фази працездатності повторюються кожен раз після відпустки. Отже оздоровлення в плановому порядку (відпустка), чи по мірі необхідності, потребує витрат, які слід порівнювати з ефектом оздоровлення.

Для такого порівняння необхідна якісна інформаційна база. Основна інформація для оцінок і розрахунків впливу стану здоров'я на економіку регіону характеризує такі особливості: захворюваність, в т. ч. за видами захворюваності; потенціал оздоровчих закладів регіону, в т. ч. санаторіїв (кількість ліжок та фактично проведених ліжко-днів), витрати та доход в системі оздоровчих закладів. Ці дані представлені як інформаційна база в табличній формі (табл. 3.3 – табл. 3.8).

Згідно даних статистики чисельність населення в Харківській області становить 2 млн. 728 тис. осіб, а в місті Харкові 1 млн. 431 тис. осіб. Економічно активне населення (15÷70 років) в Харківській області – 715,3 тис. осіб (65,7%) від працездатного ресурсу, економічно неактивне ~ 34% .

Середня очікувана тривалість життя (при народженні)

2000 ÷ 2001	-	68,27 років
2004 ÷ 2005	-	68,58 років
2009 ÷ 2013	-	71,20 років
2014	-	71,69 років
2016	-	72,14 років

Економічно активного населення в Україні 21 млн. 980 тис., економічно неактивного – 11 861,7 млн. осіб.

В Харківській області співвідношення активного, неактивного і безробітного населення витримується в 2014 р. в таких пропорціях:

Активне	Неактивне	Безробітні
65 %	34,8 %	7,2 %

Сума перевищує 100 %, оскільки безробітні чітко не розподілені між категоріями активного і неактивного населення.

Захворюваність в Україні (2016) – 31 млн. осіб.

Захворюваність в Харківській області (2016 р.): всього 1899,5 тис. осіб,  
з них на хвороби:

- системи кровообігу - 171,0 тис. осіб
- органів дихання - 726,8
- шкіри - 115,4
- сечостатевої системи - 141,9
- травми, отруєння - 90,9
- нервової системи - 58,1

Число місць (ліжок) в ОЗ:

Санаторії	2353	1915	
Дитячі санаторії	640	640	кількість розміщених
Санаторії-профілакторії	765	712	осіб
Бази відпочинку	7 466	488	
Всього		3755*	

\*за деякими даними ця кількість становить 4101 ліжок.

Таблиця 3.3

Кількість цілорічних ліжок в Харківській області

	Всього (ліжок)	Санаторії	Дитячі санаторії	Санаторії- профілакторії	Бази відпочинку
Харківська область	4101	1915	640	662	884
м. Харків	115,9		590	535	34
Балаклійський р-н	27				
Вовчанський р-н	460				
Дергачівський р-н	547				
Зміївський р-н	456	436			20
Печенізький р-н	370				
Харківський р-н	1032	982	50		

Таблиця 3.4

## Кількість фактично проведених ліжко-днів (2016 р.)

Заклади	Україна	Харківська область
СЗР	19 644 852, в т. ч.	826 482
Санаторії	9 549 193	466 725
Санаторії-профілакторії	182 499	120 919
Бази відпочинку	2 987 169	120 960

Тривалість перебування в спеціальних закладах в 2015 р. (Харківська область) = 974 502 ліжко/днів

Загальна вартість перебування в оздоровчих закладах (СЗР) Харківської області (тис. грн.) – 176 357,5:

В санаторіях – 114 675,4

Санаторії-профілакторії – 16 832,0

Базах відпочинку – 15 854,2

Інші заклади – 28 895,9

Таблиця 3.5

## Доходи послуг спеціальних закладів розміщення (Харків)

	Всього	Від продажу номерів	Від реалізації путівок	Від додаткових послуг
Спеціальні заклади, всього тис. грн.	130 619,5	5 933,4	123 684,8	1 073,3
З них: санаторії	103 283,8	91,6	102 542,6	649,6
санаторії-профілакторії	11 508,3	-	11 315,1	193,2
бази відпочинку	15 899,4	5 841,8	9 827,1	230,5

Таблиця 3.6

Витрати на оздоровлення – 2016 (Харків), тис. грн.

	Всього (операційні витрати)	В тому числі				
		матеріал и	Оплата праці	Відрахуван ня на соц.. страх	Відрахуван ня на амортизаці ю	Інші операцій ні витрати
Спеціалізова ні заклади розміщення	132 221,7	74 032,6	29 559, 1	11 303,0	6 807,4	10 119,0
в т. ч. санаторії	99 162,1	62 727,8	19 999, 6	7 747,3	4 460,4	4227,0

Таблиця 3.7

Баланс «доход – витрати» від надання послуг (область та регіони)

	Доход	Витрати
Харківська область в цілому	130 930,8	132 318,7
В розрізі регіонів:		
Балаклійський	5 502,3	5478,1
Барвенківський	1045,0	1175,0
Вовчанський	13199,1	18962,0
Дергачівський	52264,0	49738,0
Зміївський	15311,0	14442,0
Ізюмський	7,7	46,1
Первомайський	64,7	25,8
Печенізький	340,2	335,0

Із 8 регіонів доход забезпечили 5, а збиток показали 3 райони.

Загальна кількість ліжок в спеціалізованих закладах розміщення – 58 527 в Україні в цілому, в Харківській області – 10 143 (юридичні особи) і 160 у фізичних осіб. З них в санаторіях – 2353 (Харківська область).

Таблиця 3.8

Оперативні витрати системи оздоровчих закладів в Харківській області  
– 2016 р. (тис. грн.)

Напрямок витрат Види закладів	В цілому	Матеріальні витрати	На оплату праці	Соціальне страхування	Амортизація	Інші операційні витрати	Інші витрати
Санаторії	90621, 7	58797,2	19147	7163,3	3863,9	1647,3	827,1
Санаторії- профілакто рії	11270, 5	3189,7	3121	1138,7	1054,5	2766,6	-
Бази відпочинку	16379, 2	4589,0	6458	2203,5	1783,8	8373,3	584,7

Цілорічно готові до прийому захворюваних – 1915 ліжок, що свідчить про високу готовність санаторіїв працювати безперервно і незалежно від сезону. На базах відпочинку з 3296 ліжок цілорічно здатні приймати клієнтів тільки 869 місць, тобто  $\approx 27\%$  фонду розміщення.

В Харківській області оздоровлення в санаторіях і на базах відпочинку по кількості складають рівні долі 21 293 і 21 095, а це значить, що конкурентний фактор санаторіїв досить значний серед інших оздоровчих закладів. Стійко витримується і тенденція «тривалого часу» і в Україні в цілому показники відношення тривалого часу до короткострокового перебування в оздоровчих закладах на 30÷40 % нижчі.

В Україні в цілому за вартісними характеристиками в структурі колективних закладів розміщення, спеціалізований сектор в вартісному оцінюванні більш потужний ніж готельний сектор: річна вартість витрат: 4,2

до 3,4 млрд. грн. В самому же спеціалізованому секторі санітарно-курортні послуги розміщення, згідно статистичних даних, забирають на себе долю серед інших більш ніж 59 %.

Майже всі показники в статистиці подані в поділі на 2 групи закладів: юридичні особи і фізичні особи. В системі оздоровчих закладів підключення фізичних осіб в цей бізнес поки що малозначиме. Із загальної суми річного доходу фізичних осіб в Україні 520 млн. грн., 430 млн. припадає на готельний бізнес, а на оздоровчі послуги тільки 89 тис.

Порівняння оздоровчого сектору (СЗР) з готельним в витратах дає такі оцінки: загальні їх матеріальні витрати становлять – 2,08 млрд. грн., з них на готельний сектор припадає: 0,78 млрд., а на оздоровчий 1,3 млрд. грн.

Витрати на оплату праці між ними рівні – по 0,7 млрд. грн., а на соціальне страхування майже рівні: 0,23 млрд. готелі і 0,25 – оздоровчі заклади.

Але є і значні відмінності. При загальних витратах КЗР на амортизаційні відрахування в 0,611 млрд. грн., готельний сектор показує суму в 0,450 млрд., а оздоровчий – 0,161 млрд. грн., тобто майже в чотири рази меншу.

Із даних, що характеризують динаміку розвитку системи оздоровчих закладів (2012 – 2016 роки) слідує, що кількісні характеристики залишаються практично стабільні (кількість закладів, кількість ліжок, кількість оздоровлених). Разом з тим економічні характеристики діяльності характеризуються нестабільністю, але теж утримуються в рамках незначних флуктуацій. Значний негатив є в тому, що надзвичайно швидко зростають ціни на оздоровчі послуги. Це зростання є реакцією на інфляційні і кризові тенденції, але воно не забезпечує необхідний рівень прибутковості оздоровчих закладів, тобто не акумулює власні кошти на розвиток. Такі фінансові ресурси можливо в разі зростання економіки, в т. ч. за рахунок продуктивності праці та ефективного використання трудових ресурсів.

потенціалу регіону, підсиленого системою оздоровчих заходів. І цей вклад потребує відповідних розрахунків.

З множини різновидів економічного ефекту від оздоровлення можна виділити дві такі системи ефектів. Перша – ефект роботи діючої системи СКУ, друга – прогнозований перспективний ефект оздоровлення від вирішення завдань розвитку СКУ, або в скороченому трактуванні: ефекти діяльності (тактичні ефекти) і ефекти розвитку (стратегічні ефекти).

В першій системі (групі) ефектів визначимо ефект (а також ефективність) від відновлення працездатності контингенту працюючих при оздоровленні в СКУ.

Відновлення потенціалу трудоздатності працюючих в СКУ пов'язано із витратами, участь в яких приймає держава, самі заклади СКУ, громадяни своїми коштами. В дольовому значенні учасників ці витрати досить швидко змінюють свою структуру, а інфляція та зростання вартості оздоровлення доповнюють розбаланс раніш відлагодженої системи. Проблема виміру витрат на здоров'я і результативного ефекту від цих витрат набуває все більшої гостроти в зв'язку з перерозподілом навантаження з держави (безоплатна медицина) на населення. А отже загострюється і ситуація в оздоровчих закладах, у виробничому процесі (втрати від захворювання), в управлінні ціновими механізмами. При чому «вартість послуг» змінюється по ринковим законам, а забезпечення закладів СКУ більш залежить від державного адміністрування.

Вартісна сторона оздоровлення є провідною в регуляторному механізмі і її оптимальні нормативи формуються в системі впливу факторів протилежної дії (рис. 3.7).

Модель, представлена на рис. 3.7, дає можливість визначитись з причинами і механізмами формування витрат на оздоровлення. Вона показує, що «ціна оздоровлення в СКУ» формується під впливом різних груп факторів і тенденцій, які створюють нерівновагу в економічній системі регіону і діють в різних, нерідко протилежних, напрямках.





Рис. 3.7. Формування цінових нормативів та вартості оздоровлення в координатах факторів впливу

Зокрема, державна і регіональна соціальна політика зобов'язані виконувати завдання збереження і підтримки здоров'я населення, а з іншого боку – держава і регіони, через обтяжливу податкову систему, низьку заробітну плату та «вільні» ціни на ринку, через ріст тарифів на комунальні послуги – знижує платоспроможність того ж самого контингенту населення, чим зменшується його доступність до оздоровчих закладів.

Недостатньо високий імідж закладу оздоровлення та наявність альтернативних пропозицій слугують факторами зменшення рівня завантаження СКУ, що має вимусити такі заклади знижувати ціни на свої послуги при відшуканні внутрішніх ресурсів економії витрат. Традиції та фактор довіри до «ефекту оздоровлення», навпаки, підтримує бажання хворого стати клієнтом СКУ, навіть при зростанні вартості послуг.

Економічна сторона втрат при захворюванні і вигоди від лікування аналізується у трудовому процесі працівника підприємства (організації), що розділяються на фази працездатності. Кожна фаза характеризується змінами функціонального стану організму людини в процесі діяльності. Протягом року в динаміці працездатності виділяється декілька фаз (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

## Фази стану здоров'я, втоми та рівня працездатності людини

Фази стану працездатності	Стадії поведінки (стан здоров'я)	Енергетична складова потенціалу людини	Строк, дні	Рівень працездатності	
				Потенційний	Використаний
Доробочий стан	Оперативного спокою	Накопичення життєво-енергетичного потенціалу	30-40	100	5
Впрацювання	а) настрою на роботу б) зростаючої працездатності	Підтримка енергетичного стану, включення механізмів діяльності	5-12	100	10-20 20-50
Стійкої працездатності	стабільно ефективного трудового процесу	Повний, стійкий енергожиттєвий стан здоров'я зі збереженням рівня працездатності	60-90	100	100
Розвиток втоми	а) компенсаційних можливостей б) нестабільності в) розвиток втоми та втрата працездатності	Зменшення енергії організму, що піддається відновленню.	10	80	80-90
		Некомпенсовані втрати і енергії до рівня значної втрати працездатності	10	50	60-70
			10	30	40-50
Відпочинок та оздоровлення	а) реабілітація б) укріплення стану здоров'я	Поповнення життєво-енергетичного потенціалу	3-4 12-12	20 80	0

Розроблено автором на даних джерел [83]

Як слідує з даних, наведених в табл. 3.9, коли людина приходить з відпустки на роботу, у неї починається доробочий стан, або фаза мобілізації ресурсів. В цей період потенціал працездатності високий, але він використовується частково. На стадії «впрацювання» зростають показники рівня працездатності. Період цієї стадії 5-12 днів. Він залежить від віку, досвіду, тренуваності, ставлення до свого діла. Для фази стійкої працездатності характерні високі виробничі показники при оптимальному напруженні фізіологічних та психічних функцій. Тривалість цієї фази - 2-3 місяці. Наприкінці цієї фази стану здоров'я працездатність людини починає знижуватись до 90 – 80 %, в деяких випадках – до 50%.

Перехід організму зі стійкого стану до фази втоми має досить індивідуальні особливості, але в цій фазі можна виділити декілька етапів : початковий, коли ще діють компенсаційні механізми, нестійкий, де виникає точка «неповернення» і прискорення процесу втоми, в кінці якого працездатність може знизитись до 30 % від початкового потенціалу.

Після цієї стадії необхідна відпустка. В період відпустки за 2-3 дні відбувається реабілітація життєвих сил організму, а далі – укріплення здоров'я. За домовленістю сторін відпустку можна планувати частинами. При розподілі відпустки на частини слід враховувати, що одна основна безперервна її частина має становити не менше 14 календарних днів[86].

Для виявлення впливу різних факторів на працездатність населення регіону було використано метод експертних оцінок. Обрано групове опитування. У груповому опиті експерти обмінюються думками, можуть врахувати втрачені кожним з них моменти, скоригувати свої оцінки. Один із схем групового опитування – це різні модифікації методу Дельфі. Ось його відмінні характеристики: анонімність думок експертів; інтерактивний характер, коли протягом ряду послідовних процедур відбувається поступове уточнення експертних оцінок, їх складу і співвідношення; наявність зворотного зв'язку між діями експертів і результатами роботи аналітичної групи; після кожного етапу (туру) опитів, причому результати обробляються

і передаються на ознайомлення експертам; ті на базі отриманих відомостей уточнюють систему індивідуальних оцінок і процес повторюється до моменту досягнення узгодженої думки всієї групи; груповий характер відповіді, яка виходить за допомогою статистичних методів і відображає узагальнену думку учасників експертизи.

Метод Дельфі відноситься до класу кількісних методів групових експертних оцінок. Опитування експертів проводилось у 5 турів, кожен з яких складався із серії анкет. Питання в анкетах конкретизувалися від туру до туру. Обробку результатів виконувала аналітична група. Після кожного туру вона виконувала статистичну обробку думок експертів і передавала їм свої висновки. Експерти аналізували інформацію і пропонували новий набір оцінок, які є даними для наступного етапу ітерації.

Для проведення анкетування в роботі було задіяно анкету, що включала 7 показників, що потенційно можуть впливати на продуктивність праці, а саме: термін відпрацьованого часу, погані умови праці, неправильне харчування, незгода в сім'ї і погані побутові умови, погана охорона здоров'я, малорухливий спосіб життя, моральні та психологічні перевантаження.

Основним завданням даного етапу було визначити рейтинг впливу цих показників на параметр продуктивності та виявити таким чином основний показник у групі.

Реєстрація даних й реалізація обчислювальної процедури були виконані в середовищі електронних таблиць MS Excel з використанням елементів програмування на VBA. Цей інструмент забезпечував максимальну гнучкість при обробці результатів статистичних досліджень.

На початковому етапі було побудовано таблицю з 7 узагальнених чинників оцінки (додаток В1)

У таблиці зібрано думки групи з 18 експертів щодо впливу обраних параметрів на показник працездатності.

У верхній частині таблиці знаходяться показники індивідуальної самооцінки по кожному експертові. Значення середньогрупової самооцінки

складає 8,69, що є цілком прийнятним для початку роботи за методом Дельфі.

Після проведення кожного етапу анкетування аналітична група на підставі отриманих даних визначала основні статистичні характеристики, а саме:

$$\text{- середнегрупову самооцінку: } S_o = \sum_{i=1}^n S_i / n, \quad (3.1)$$

де  $S_i$  – індивідуальна самооцінка,  $n$  – кількість експертів у групі;

$$\text{- середнє значення за кожним з параметрів: } B = \sum_{g=1}^n B_i / n, \quad (3.2.)$$

де  $B_i$  - значення прогнозованої величини, дане  $i$ -м експертом;  $n$  – кількість експертів у групі.

$$\text{Средьозважену оцінку за кожним параметром: } B' = \sum_{i=1}^n B_i * Z_i, \quad (3.3.)$$

$$\text{Дисперсію: } D = \left[ \sum_{i=1}^n (B_i - B)^2 / (n-1) \right] \quad (3.4)$$

$$\text{Коефіцієнт варіації: } v = \frac{\sigma}{B} \quad (3.5)$$

де  $v$  - середньокваратичне відхилення.

Після цього були визначені характеристики області довірчості таким чином. Спочатку ми знайшли мінімальну оцінку з набору експертизи ( $O_{\min}$ ) й максимальну оцінку ( $O_{\max}$ ). Потім обчислили квантиль  $K_v$ :  $(O_{\max} - O_{\min})/4$ . Тоді нижня межа області довірчості склала  $O_{\min + kv}$ , верхня межа області довірчості склала  $O_{\max - kv}$ . Приклад розрахунків наведено в табл.3.10

Аналіз таблиці показав, що на першому етапі статистичні оцінки даних опиту надостатньо задовільні. Наприклад, велика дисперсія і стандартне відхилення. Але ці чинники будуть надалі покращуватись в процесі інтерактивного уточнення оцінок експертів.

Таблиця 3.10

## Статистичні характеристики даних опитування (етап 1)

Параметри	Сер.	Середньозві	Дисперсія	Коеф. варіації	Інтервал довіри					
					Мін	Макс.	Квартил	Нижня	Верхня	Розбіг
Термін відпрацьованого часу	25,9	26,5	84,3	0,4	10,0	40,0	7,5	17,5	32,5	15,0
Погані умови праці	17,2	17,4	33,3	0,3	10,0	30,0	5,0	15,0	25,0	10,0
Неправильне харчування	13,7	13,5	69,5	0,6	5,0	36,0	7,8	12,8	28,3	15,5
Незгода в сім'ї і погані побутові умови	11,5	11,2	33,4	0,5	5,0	20,0	3,8	8,8	16,3	7,5
Погана охорона здоров'я	9,4	9,1	17,8	0,4	4,0	17,0	3,3	7,3	13,8	6,5
Малорухливий спосіб життя	7,8	7,7	8,3	0,4	5,0	15,0	2,5	7,5	12,5	5,0
Моральні та психологічні перевантаження	14,5	14,6	39,7	0,4	5,0	27,0	5,5	10,5	21,5	11,0

Наступним етапом аналізу результатів експертизи є визначення ступеня узгодженості думок експертів. Для цього в методі Дельфі застосовують коефіцієнт конкордації.

Коефіцієнт конкордації використовують для оцінки узгодженості думок групи з двох або більш за експертів по ряду ознак. Коли в групі працює більше двох експертів, рекомендується користуватися коефіцієнтом Кендалла, який виглядає так:

$$W = \frac{12}{m^2(n^3 - n)} S \quad (3.6)$$

$$S = \sum_{j=1}^n \left( \sum_{i=1}^m R_{ij} - \frac{m(n+1)}{2} \right)^2$$

де  $n$  - кількість аналізованих об'єктів,  $m$  - кількість експертів,  $R_{ij}$  - ранг  $j$ -го об'єкту, який привласнений йому  $i$ -м експертом.

Слід звернути увагу на відмінність значень коефіцієнта конкордації від коефіцієнта кореляції, оскільки він існує в межах від 0 до 1. Якщо думки експертів повністю протилежні, коефіцієнт конкордації дорівнює нулю ( $W = 0$ ), а коефіцієнт кореляції в цьому випадку дорівнюватиме «-1».

Для перевірки значущості коефіцієнту конкордації  $W$  формулюють дві статистичні гіпотези:

- $H_0$ : думки (оцінки) експертів не узгоджуються;
- $H_a$ : думки (оцінки) експертів узгоджуються.

Нульова гіпотеза відкидається, якщо  $W > W_{кр}$ .

При роботі за методом Дельфі слід враховувати, що значущість коефіцієнта конкордації при малій кількості об'єктів перевірити складно. Для малих значень існують неповні таблиці(табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Критичне значення коефіцієнта конкордації при малій кількості об'єктів

$n=3; m=10$	$n=5; m=3$		
Значення S	Значення S	Значення S	Значення S
50	0,092	56	0,096
62	0,046	62	0,056
104	0,0034	78	0,053
126	0,0008	86	0,0009

Для набуття критичного значення коефіцієнта конкордації необхідно узяти з таблиці значення підставити у формулу:  $12 \cdot S / m^2(n^3 - n)$ . Проте можна поступити і іншим способом. Якщо ми задамося прийнятним для нас рівнем значущості (наприклад,  $\alpha = 0,05$ ), то для з'ясування, чи значущий коефіцієнт конкордації, необхідно узяти мінімальний рівень значущості  $Q$ , відповідний приведену в таблиці значенню  $S$ , і порівняти його із заданим нами рівнем значущості « $\alpha$ ». Якщо  $Q < \alpha$ , то нульова гіпотеза про незгодженість думок експертів відкидається і приймається альтернативна (думки експертів узгоджені).

Результат розрахунків для визначення коефіцієнту конкордації показано в додатку Г 2.

Значення коефіцієнту 0,35 свідчить про недостатньо високу узгодженість думок експертів робочої групи.

Данні розрахунків були представлені експертній групі на допрацювання. У результаті повторного анкетування були отримані нові значення експертних оцінок (додаток В3)

Було проведено п'ять етапів. Четвертий етап роботи з групою підвищив коефіцієнт показник конкордації до величини 0,6, п'ятий етап вивів цей показник на рівень 0,96.

Подальше уточнення оцінок експертів не має сенсу, – узгодженість досягнуто на достатньо високому рівні. Графік зміни коефіцієнту конкордації показано на рис. 3.8.

Повільне зростання коефіцієнту на перших етапах свідчить про недостатню узгодженість групи експертів. З іншого боку, це говорить про ефективність схеми Дельфі, оскільки вже на другому етапі рівень узгодженості практично наблизився до ідеального. Цілком обґрунтований той факт, що у міру продовження роботи методу приріст коефіцієнту конкордації зростає.

Це говорить про плідну роботу групи і системи підтримки, оскільки кінцевий результат має високий рівень збіжності.



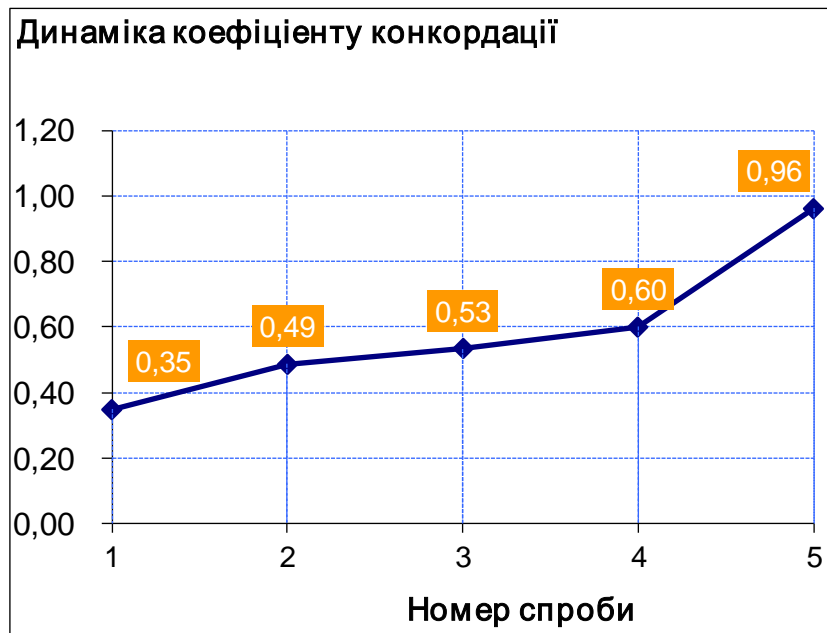


Рис. 3.8. – Графік змін коефіцієнту конкордації

Навіть за наявності діаметральної зміни думок деякими експертами на першому етапі, таких проявів практично не спостерігається надалі.

В результаті обробки першого набору чинників можна зробити вивід, що найбільш значущим чинником, що впливає на продуктивність праці, є «Термін відпрацьованого часу», далі йдуть «Погані умови праці», «Моральні та психологічні перевантаження», «Неправильне харчування», «Незгода в сім'ї і погані побутові умови», «Малорухливий спосіб життя», «Погана охорона» (табл. 3.12)

Після отримання усереднених даних від респондентів, отримано графік працездатності людини на протязі року при відпустці 24 дні.

Крива працездатності може мати певні відмінності залежно від наявності стресових ситуацій, рівня напруги, важкості і умов праці, режиму праці і відпочинку, організації виробництва, самопочуття працівника (рис. 3.8). Як слідує з наведеного графіку, працездатність людини в режимі однієї відпустки на рік в останні місяці роботи складає 20 %.

Таблиця 3.12

Рейтинг показників впливу на працездатність економічно активного населення

Параметри	Сер. значення	Середньозважена оцінка	Дисперсія	Коеф. варіації	Інтервал довіри						Рейтинг
					Мін оцінка	Макс. оцінка	Квартиль	Нижня межа	Верхня межа	Розбіг	
Термін відпрацьованого часу	17,9	17,9	0,1	0,0	17,0	18,0	0,3	17,3	17,8	0,50	1,0
Погані умови праці	16,0	16,0	0,0	0,0	16,0	16,0	0,0	16,0	16,0	0,00	2,0
Неправильне харчування	14,1	14,1	0,1	0,0	14,0	15,0	0,3	14,3	14,8	0,50	4,0
Незгода в сім'ї і погані побутові умови	13,0	13,0	0,0	0,0	13,0	13,0	0,0	13,0	13,0	0,00	5,0
Погана охорона здоров'я	12,0	12,0	0,0	0,0	12,0	12,0	0,0	12,0	12,0	0,00	7,0
Малорухливий спосіб життя	12,9	12,9	0,1	0,0	12,0	13,0	0,3	12,3	12,8	0,50	6,0
Моральні та психологічні перевантаження	14,1	14,1	0,1	0,0	14,0	15,0	0,3	14,3	14,8	0,50	3,0

Якщо розділити відпустку на дві частини по 12 днів, то працівник не втрачає свою працездатність більш ніж на 50-60 % (рис. 3.9).

На приведених рисунках:  $F$  - втрата працездатності при одноразовій відпустці в 24 дні (площа тонована);  $f_1, f_2$  - втрата працездатності при поділі відпустки на дві частини.  $F > f_1 + f_2$ . При поділі відпустки на дві частини збереження працездатності має свій позитив в грошовому еквіваленті як доля приросту обсягу виробництва, що є важливим для підприємства.

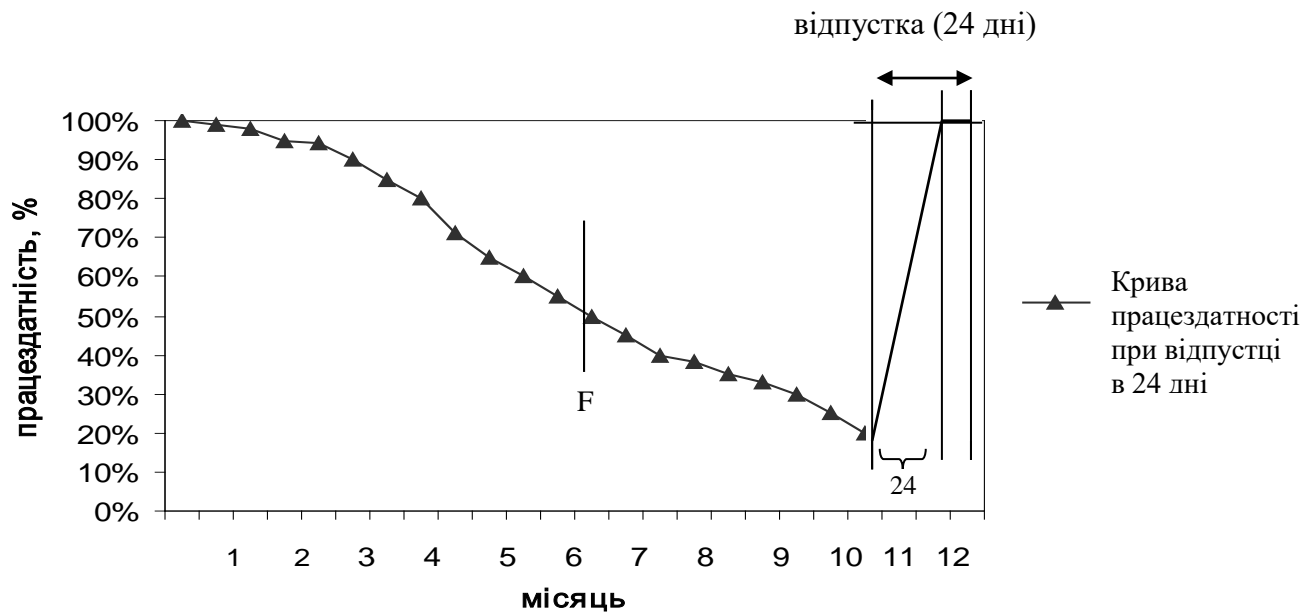


Рис. 3.8. Крива працездатності людини на протязі року при відпустці 24 дні

На базі розглянутої теоретичної концепції моделювання впливу оздоровлення на виробничі результати оздоровлених при розподілу відпустки на 2 етапи виконаємо відповідні розрахунки для системи санаторних закладів Харківщини.

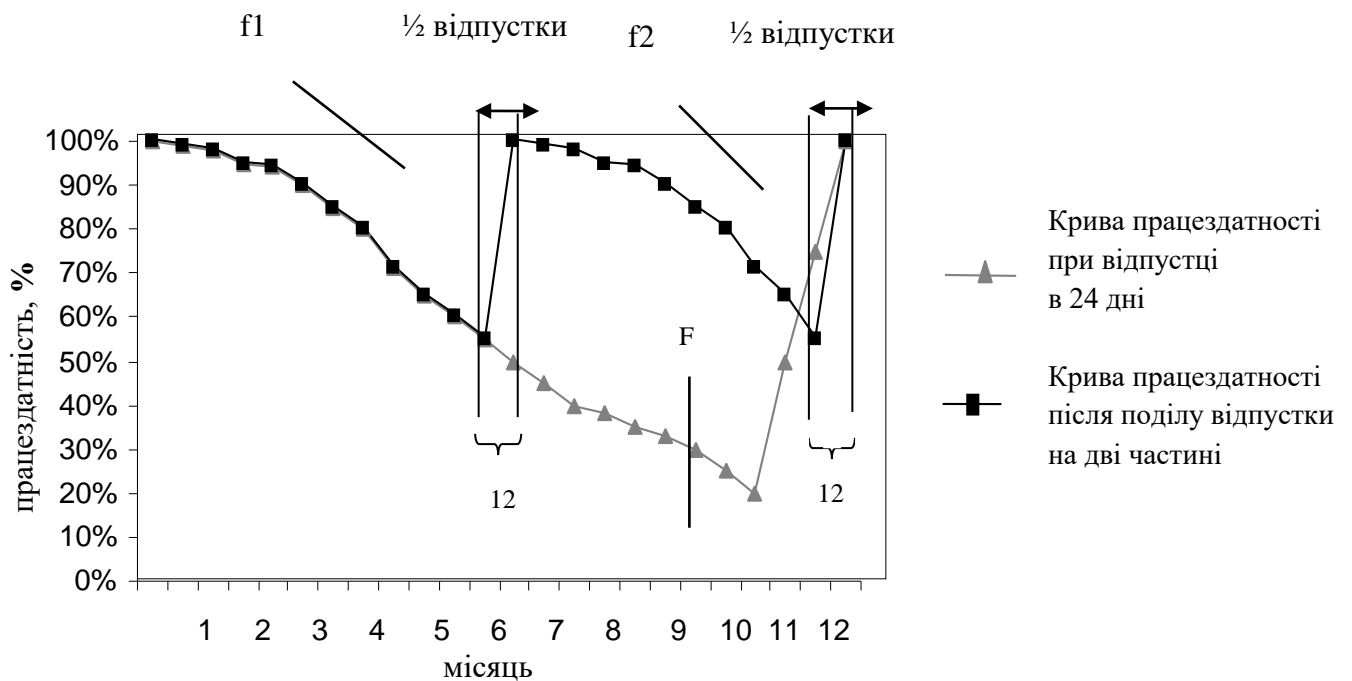


Рис. 3.9. Графік відновлення працездатності за варіантами поділу відпустки на два етапи

На цей момент ми маємо ключовий показник, що впливає на рівень працездатності. Це – термін роботи співробітника без відпустки. Цей термін ми будемо заміряти як кількість відпрацьованих місяців без відпустки. Тобто у роботі проаналізовано залежність між показником працездатності (незалежна змінна) та кількістю місяців роботи без відпустки.

Вихідні дані для дослідження наведено у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Вихідні дані для дослідження залежності працездатності від кількості місяців без відпустки

Кількість відпрацьованих місяців без відпустки (К)	Показник працездатності (Р)
1,0	100,0
1,5	99,0
2,0	97,0
2,5	93,0
3,0	90,0
3,5	85,0
4,0	80,0
4,5	72,0
5,0	64,5
5,5	60,0
6,0	55,0
6,5	50,0
7,0	46,0
7,5	41,0
8,0	39,0
8,5	37,0
9,0	32,0
9,5	30,0

## Продовження табл 3.13

10,0	25,5
10,5	20,0
11,0	15,0
11,5	0,0
12,0	0,0

Останні рядки для 11,5 та 12 з таблиці можна прибрати, бо тут є відпустка.

Для отримання аналітичної залежності між показником Р та змінною К ми використовували інструмент регресійного аналізу. В якості програмного продукту було задіяно пакет аналізу програми MS Excel.

На першому етапі було побудовано регресійну модель у вигляді кубічного полінома.

Дані для такого аналізу наведено у табл. 3.14

Таблиця 3.14

## Вихідні дані для формування поліноміальної моделі

Показник працезданості (Р)	Кільк. відпрацьованих місяців (К)	$K^2$	$K^3$
100,0	1,0	1,0	1,0
99,0	1,5	2,3	3,4
97,0	2,0	4,0	8,0
93,0	2,5	6,3	15,6
90,0	3,0	9,0	27,0
85,0	3,5	12,3	42,9
80,0	4,0	16,0	64,0
72,0	4,5	20,3	91,1

Продовження табл. 3.14

64,5	5,0	25,0	125,0
60,0	5,5	30,3	166,4
55,0	6,0	36,0	216,0
50,0	6,5	42,3	274,6
46,0	7,0	49,0	343,0
41,0	7,5	56,3	421,9
39,0	8,0	64,0	512,0
37,0	8,5	72,3	614,1
32,0	9,0	81,0	729,0
30,0	9,5	90,3	857,4
25,5	10,0	100,0	1000,0
20,0	10,5	110,3	1157,6
15,0	11,0	121,0	1331,0
0,0	11,5	132,3	1520,9
0,0	12,0	144,0	1728,0

Аналітична залежність між вказаними показниками, що була отримана в результаті роботи процедури регресійного аналізу, має вигляд:

$$P=114.95-10.09 K+0.16 K^2 -0.01 K^3 \quad (3.7)$$

У таблиці 3.15 наведені порівняльні значення вихідної змінної та її розрахунків за формулою . Відповідний графік показано на рис. 3.10.

Таблиця 3.15

## Прогнозування показника працездатності (поліноміальна модель)

Кільк. Відпрацьованих місяців (К)	Показник працездатності (Р)	Тренд
1,0	100,0	104,9
1,5	99,0	100,0
2,0	97,0	95,2
2,5	93,0	90,5
3,0	90,0	85,8
3,5	85,0	81,1
4,0	80,0	76,5
4,5	72,0	71,9
5,0	64,5	67,3
5,5	60,0	62,7
6,0	55,0	58,2
6,5	50,0	53,6
7,0	46,0	49,1
7,5	41,0	44,5
8,0	39,0	39,9
8,5	37,0	35,3
9,0	32,0	30,7
9,5	30,0	26,0
10,0	25,5	21,2
10,5	20,0	16,5
11,0	15,0	11,6
11,5	0,0	6,8
12,0	0,0	1,8

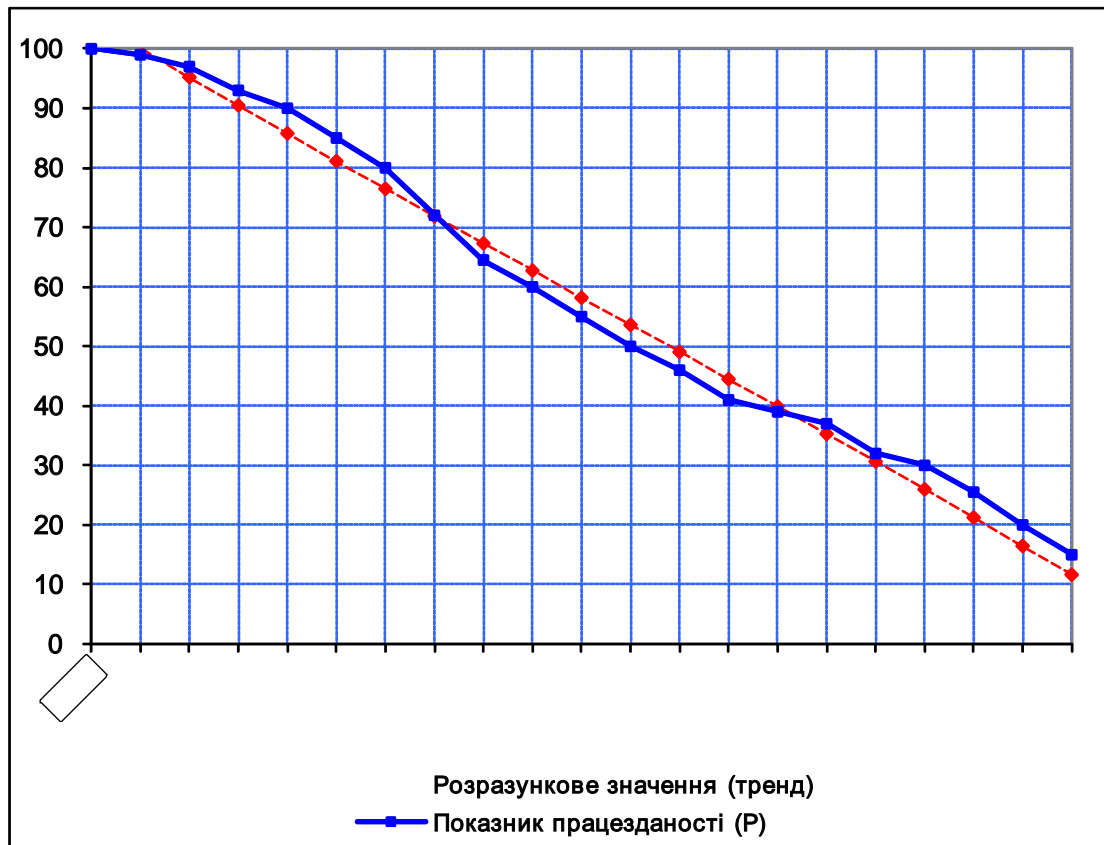


Рис. 3.10. Тренд зміни показника працездатності (поліноміальна модель)

Статистичні показники, що характеризують якість моделі, мали такі значення: коефіцієнт детермінації  $R^2$  становив 0,9943, нормований  $R^2$  мав значення 0,9886, множинний  $R^2$  дорівнював 0,9867. Такі значення свідчать про високу адекватність моделі.

Аналіз коефіцієнтів моделі показав, що чинниками  $K^2$  та  $K^3$  можна знехтувати і, тим чином, перейти до лінійної моделі тренду типу  $P=A_0+A_1 K$ .

За результатами регресійного аналізу ми отримали лінійну модель к вигляді:  $P=112,63-9 K$ .

Порівняльні значення вихідної змінної та її розрахунків за формулою лінійної моделі наведено у таблиці 3.16. Відповідний графік показано на рис. 3.11.



Таблиця 3.16

## Прогнозування показника працездатності (лінійна модель)

Кільк. відпрацьованих місяців (К)	Показник працездатності (Р)	Розрахункове значення (тренд)
1,0	100,0	103,6
1,5	99,0	99,1
2,0	97,0	94,6
2,5	93,0	90,1
3,0	90,0	85,6
3,5	85,0	81,1
4,0	80,0	76,6
4,5	72,0	72,1
5,0	64,5	67,6
5,5	60,0	63,1
6,0	55,0	58,6
6,5	50,0	54,1
7,0	46,0	49,6
7,5	41,0	45,1
8,0	39,0	40,6
8,5	37,0	36,1
9,0	32,0	31,6
9,5	30,0	27,1
10,0	25,5	22,6
10,5	20,0	18,1
11,0	15,0	13,6
11,5	0,0	9,1
12,0	0,0	4,6

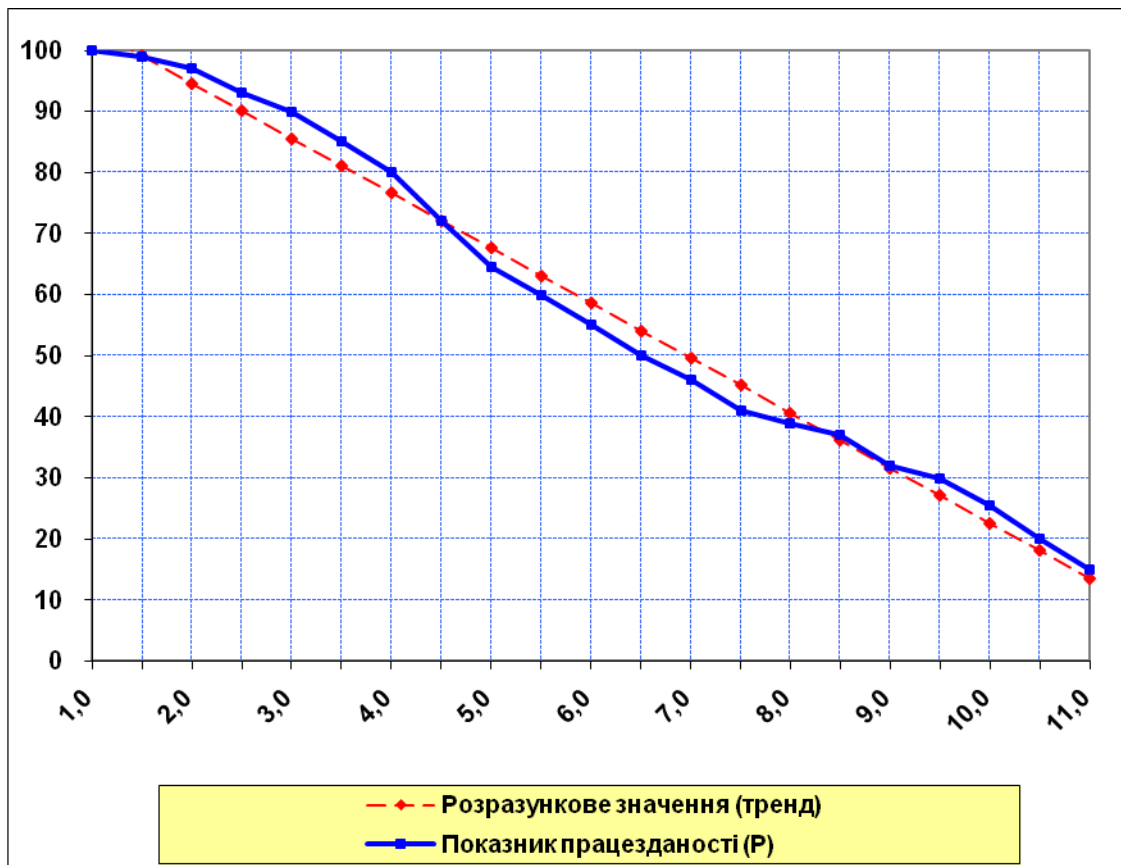


Рис.3.11. Тренд зміни показника працездатності (поліноміальна модель)

Статистичні показники, що характеризують якість моделі, мали такі значення: коефіцієнт детермінації  $R^2$  становив 0,9943, нормований  $R^2$  мав значення 0,9887, множинний  $R^2$  дорівнював 0,9881. Такі значення свідчать про високу адекватність моделі.

За отриманою моделлю було розраховано значення показника працездатності за умови, коли відпустку розбито на два інтервали. Відповідні дані розрахунків наведено у таблиці 3.17.

Середнє значення показника  $P$  за період, що розглядався, склало 53,5%.

Відповідно до таблиці 3.17, середнє значення показника  $P_2$  (дві відпустки на рік) становило 83,4%.

Таблиця 3.17

Значення показника працездатності за умови, коли відпустку розбито на два інтервали

Кільк. відпрацьованих місяців (К)	Показник працездатності (Р)	Показник працездатності Р2, (відпустка у два етапи)
1,0	100,0	103,6
1,5	99,0	99,1
2,0	97,0	94,6
2,5	93,0	90,1
3,0	90,0	85,6
3,5	85,0	81,1
4,0	80,0	76,6
4,5	72,0	72,1
5,0	64,5	67,6
5,5	60,0	63,1
6,0	55,0	
6,5	50,0	103,6
7,0	46,0	99,1
7,5	41,0	94,6
8,0	39,0	90,1
8,5	37,0	85,6
9,0	32,0	81,1
9,5	30,0	76,6
10,0	25,5	72,1
10,5	20,0	67,6
11,0	15,0	63,1
11,5	0,0	
12,0	0,0	

Тобто очікуване підвищення продуктивності праці у даному випадку складає 29,9 %. Відповідна діаграма наведена на рис. 3.12.

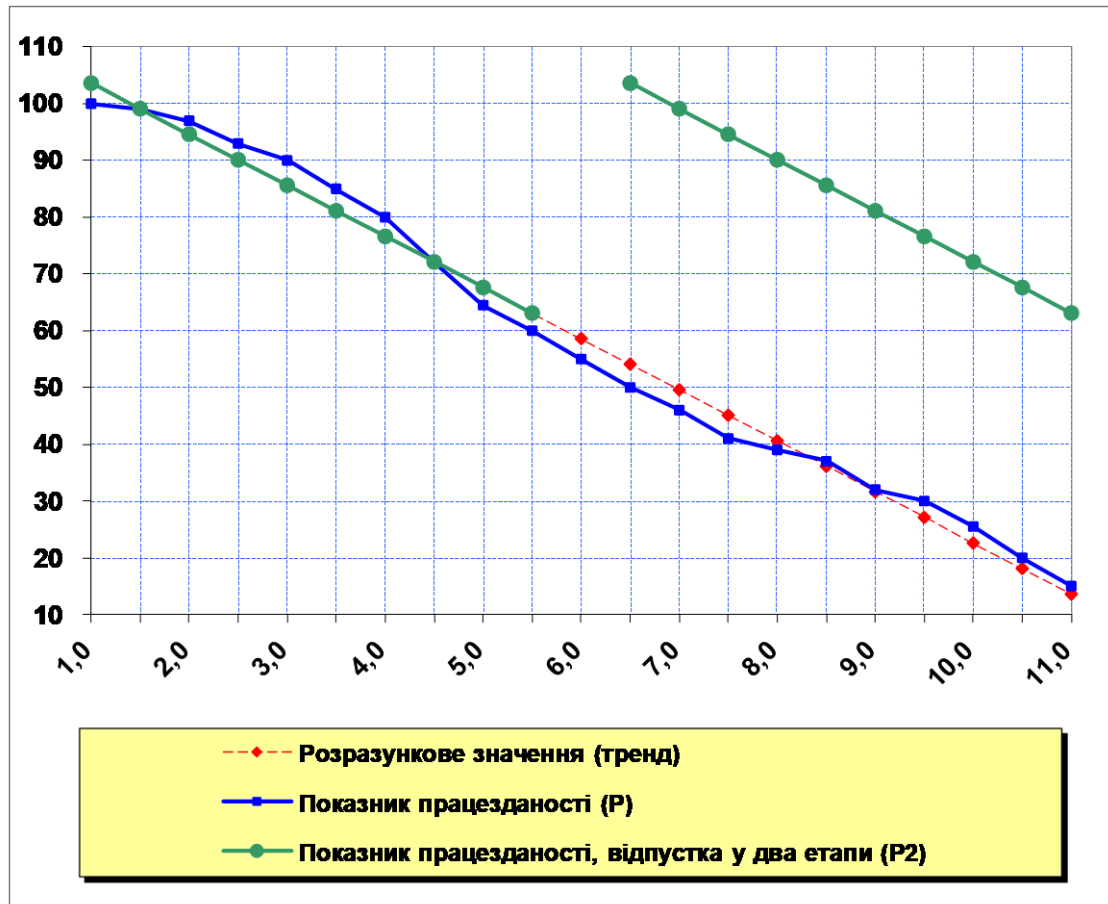


Рис. 3.12. Зміна показника продуктивності праці при одній та при двох відпустках на рік

Як показує дослідження у Харківському регіоні захворюваність працездатного населення досить значна – 49,8% від його загальної чисельності в 1899,5 тис. чоловік, що становить 961 322 чол. Визначимо річний фонд робочого часу працездатного населення  $961\,322 \text{ чол.} \times 200 \text{ дн.} = 192,2 \text{ млн. чол./дн.}$  Середнє значення періоду захворювання одного працездатного за рік 12 дн. Втрата робочого часу від захворювання за рік по регіону складе:  $961\,322 \times 12 = 11\,538\,800 \text{ чол./дн.}$  ВРП Харківщини (в 2012 р. – на рівні 2016 р.) = 65 283 млн. грн. У розрахунку на одного працюючого, що втрачає робочий час від захворювання, маємо втрати ВРП.  $(65\,283 \text{ млн. грн./рік} : 961\,322 \text{ чол.}) \times 12 \text{ дн.} / 200 \text{ дн.} = 60 \text{ грн. / чол.} \cdot \text{дн.}$  При загальних втратах робочого часу від захворювання 11 538 800 чол.·дн. – втрати ВРП

(або недоотримано регіоном доходу) складуть 11 583 800 чол.·дн. x 60 грн./чол.·дн. = 198 млн. грн.

Сума в 198 млн. становить 3,1 % від річного ВРП Харківщини, але до неї слід додати і враховувати витрати по лікарняним листам, зниження потенціалу працездатності після хвороби, витрати на лікування, зниження надійності економічної системи від непередбачених ситуацій в кадрово-організаційному секторі підприємства.

З корективами на названі сукупні фактори економічних втрат (на ліки, медичні послуги, виплати з соціального фонду, відсутність працівника на робочому місці) розрахована доля втрат ВРП в 3,1 % може зрости до 4-5%. І це тільки у виробничій сфері.

Для перевірки достовірності оцінки ефекту від відновлення працездатності контингенту захворюваних виконаємо розрахунки по іншому варіанту, через заробітну плату за відпрацьований час.

Загальну суму зарплати за рік одного робітника визначаємо таким чином:

$$ЗП = ЗП_c \cdot M, \text{ де} \quad (3.8)$$

ЗП – заробітна плата за відпрацьований час;

ЗП<sub>c</sub> – середньомісячна заробітна плата;

M – кількість відпрацьованих місяців.

$$ЗП = 2\,380 \times 11 = 26\,180 \text{ грн.}$$

При відпустці в 24 дні знижується працездатність до 40% в середньому за рік, а тому кількість грошей, що фактично не відпрацьовується (ЗП<sub>1</sub>) матиме таке значення:

$$ЗП_1 = 26\,180 \times 0,4 = 10\,472 \text{ грн.}$$

На одного працюючого втрати коштів (ЗП<sub>2</sub>)

$$ЗП = \frac{f_1 + f_2}{1100} = \frac{110 + 110}{1100} \times 26\,180 = 0,2 \times 26\,180 = 5\,236 \text{ грн.}$$

Кількість коштів, які регіон може заощадити при розподілу відпустки на 2 частини ( $E_p$ ), визначимо таким чином.

$$E_p = Z_{вр} (ЗП_1 - ЗП_2) = 55\,095 (10\,472 - 5\,236) = 286\,512\,000 \text{ грн.} = \\ = 286,5 \text{ млн. грн./рік}$$

Якщо порівняти два проведені розрахунки втрат від захворювання в регіоні між собою (втрати ВРП і втрати по методу заробітної плати), то вони виявляються близькі за порядком (198 і 286 млн. грн.). Отже зроблені оцінки економічного ефекту від оздоровлення для регіону в закладах СКУ редевантні і мають підсилити ділові відношення держави і бізнесу до розвитку цього оздоровчого сектору економіки.

В статистичній звітності щодо діяльності санаторно-курортних закладів України надані дані про коефіцієнт використання їх місткості (завантаження). Навіть середнє його значення по Україні 0,5 (50%) є достатньо вагоме, оскільки в інших видах закладів розміщення він значно менший: в готелях – 22 %, турбазах – 16 %, будинках відпочинку 43 %. Навіть у гуртожитках для приїжджих – 34 %. Але особливо показово виглядає рівень завантаження в регіональному розрізі.

В групу лідерів, де справи йдуть добре, входять 8 регіонів ( $k = 0,75 \div 0,55$ ), в т. ч. Вінницький, Івано-Франківський, Рівненський, Хмельницький, Харківський, Кіровоградський. Групу середньої завантаженості складають 6 регіонів ( $k = 0,54 \div 0,45$ ) – Закарпатський, Київський, Чернівецький, Львівський, Дніпропетровський. Низький рівень завантаження СКУ відмічається в регіонах – Запорізькому, Миколаївському, Одеському, Сумському, Чернігівському (найнижчий показник – ( $k = 0,2$ )).

У Харківській регіоні захворюваність працездатного населення, лікування якого згідно наявних потужностей, можна забезпечити у санаторіях, досить велика – 578,6 тис. чоловік. В табл. 3.13 та на рис. 3.13 показано кількість захворюваних, які потребують санаторно-курортного лікування у Харківському регіоні і кількість потенційно можливого

контингенту хворих, яких можна вилікувати у головних оздоровницях Харківщини.

Таблиця 3.13

Відповідність завантаження санаторіїв кількості хворого працездатного населення

Кількість працездатного населення, що має захворювання (чол.)	Потенціальне завантаження санаторіїв в рік - 59 917 (ліжко-діб), з них:	
	Реальне завантаження в рік (ліжко-діб)	Недозавантаженість (ліжко-діб)
587600	55 095	4 822

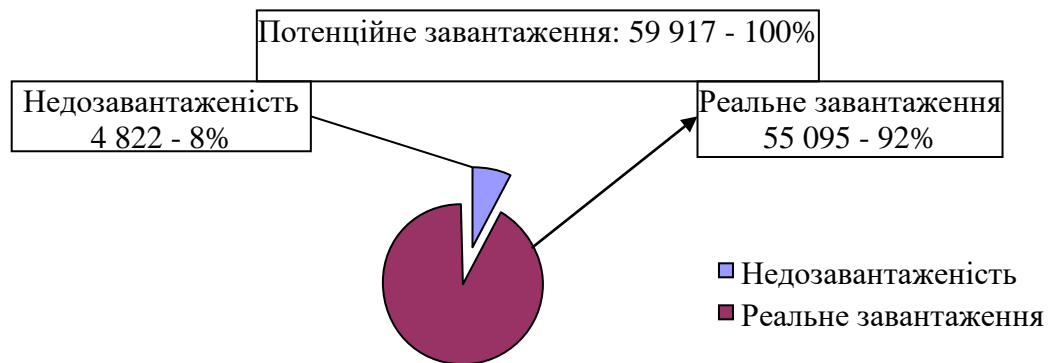


Рис. 3.13. Відповідність реального і потенційного завантаження санаторно-курортних установ Харківщини

Отже ці 8% захворюваних мають можливість бути обслуговуваними в санаторіях Харківщини. Виходячи з отриманих даних по середній тривалості лікування у кожному з санаторіїв, розрахуємо середню тривалість лікування в санаторно-курортних закладах Харківського регіону:

$$Tr_{л\text{cp}} = \frac{Tr_{л1} + Tr_{л2} + Tr_{л3} + Tr_{л4}}{n}, \text{ де} \quad (3.9.)$$

$Tr_{л\text{cp}}$  - середню тривалість лікування в санаторно-курортних закладах Харківського регіону;  $Tr_{л i}$  - середня тривалість лікування у  $i$ -му санаторії;  $n$  - кількість санаторно-курортних закладів;

$$Tr_{л\text{cp}} = \frac{15 + 20 + 10 + 12}{4} = 14 \text{ днів}$$

Розрахуємо середню вартість відпочинку у санаторіях за день. Середня вартість лікування в день у Харківських санаторіях знаходиться по формулі:

$$Ц_{ср} = \frac{K\partial 1 * Ц1 + K\partial 2 * Ц2 + K\partial 3 * Ц3 + K\partial 4 * Ц4}{K\partial 1 + K\partial 2 + K\partial 3 + K\partial 4}, \text{ де} \quad (3.10)$$

Ц<sub>ср</sub> - середня вартість лікування в день у Харківських санаторіях; К<sub>д<sub>і</sub></sub> - середня кількість днів лікування у і-му санаторії; Ц<sub>і</sub> - вартість одного дня лікування у і-му санаторії. Вартість визначена за даними 2016 р., представленими в табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Вартість санаторно-курортних послуг в Харківському регіоні  
(проживання і харчування / доба), грн.

Санаторії	1-місний*	2-місний*	Люкс	Для іноземних громадян	ВІП
Роща: 1 півріччя	360	325	430	58\$	
2 півріччя	375	340	508		
Бермінводи	365	311	500	64\$	600
		350÷450****			500***
Високий		310*			
Ялинка	360	330	390		

\* 2015 р.

\*\* 2016 р.

\*\*\* 2-місний

\*\*\*\* люкс-економ

В таблицю 2.10 не введені деякі особливості цінової політики, а саме:

- Санаторій «Роща» встановив різні ціни на перше півріччя і друге 2016 р.



- Деякі санаторії встановлюють окремо ціни на проживання, лікування та харчування і загальну суму за добу визначають на замовлення клієнта.
- Більшість допоміжних послуг оплачується окремо (сауна, стоянка, більярд).
- Є послуга «проживання без лікування».
- Дитячі відділи мають свої (дещо зменшені) ціни.
- В санаторії «Роца» встановлено окремий тариф для іноземців (в доларах).

Ці особливості слід враховувати в деталізованих розрахунках для кожного санаторію. В регіональних же оцінках використаємо інформаційну базу з усереднених показників.

$$Ц_{ср} = \frac{15 * 360 + 20 * 340 + 10 * 310 + 12 * 350}{15 + 20 + 10 + 12} = 348 \text{ грн. в день}$$

Як вже розраховано раніше, середня тривалість днів лікування у санаторіях Харківщини становить 14 днів. Розрахуємо вартість лікування за 2 тижні знаходження у санаторіях регіону.

$$Ц = Ц_{ср} * Тр_{лс} \quad (3.11)$$

$$348 * 14 = 4872 \text{ грн. за 2 тижні}$$

Знайдемо потенційний і реальний прибуток регіону від лікування у санаторно-курортних закладах Харківщини.

$$Пр_{п} = Зв_{п} * Ц_{ср},$$

де  $Пр_{п}$  - потенційний прибуток від лікування у санаторно-курортних закладах;

$Зв_{п}$  – потенціальне завантаження санаторіїв;

$$Пр_{р} = Зв_{р} * Ц_{ср}, \quad (3.12)$$

Де  $Пр_{р}$  - реальний прибуток від лікування у санаторно-курортних закладах

$Зв_{р}$  – реальніше завантаження санаторіїв

$$Пр_{п} = 59917 * 348 = А \text{ тис. грн./рік}$$

$$Пр_{р} = 55095 * 348 = Б \text{ тис. грн./рік}$$

Знайдемо збиток регіону кожного року:

$$Зб = Пр_p - Пр_n, \quad (3.13)$$

$$Зб = 59\,917\,348 - 55\,095\,348 = 4822 \text{ люд./дн.} \cdot 348 \text{ тис. грн.} = 1,678 \text{ млн. грн.}$$

Отже, через недозавантаженість номерного фонду санаторіїв Харківщини недовикористання в регіоні складає 1,678 млн. грн. на рік (2016р.).

### **3.3. Розробка інформаційного забезпечення до розвитку санаторно-курортних комплексів регіону**

Незважаючи на наявну недозавантаженість СКУ в Харківському регіоні це не є бар'єром його розвитку: в частині збільшення ліжко-місць, в частині якості медико-оздоровчої бази і в частині регулювання коефіцієнту завантаження СКУ.

Стратегію розвитку системи оздоровчих закладів регіону необхідно формувати з вихідних положень, в числі яких головна увага має бути сконцентрована на аналізі специфіки регіону (економічний стан, трудовий потенціал, захворюваність, забезпеченість медичним обслуговуванням і потенціалом оздоровчих закладів), на оцінках рекреаційних ресурсів, на можливостях саморозвитку системи оздоровчих закладів і залучення зовнішніх інвестицій. На рис. 3.13 представлено модель зв'язку трудового потенціалу з системою підтримки його заходами оздоровлення і механізмом розвитку (в першу чергу, саморозвитку) оздоровчого комплексу регіону. Виділено регіональний блок санаторно-курортних установ, що в даний час не задовольняє рівень потреб в лікуванні і відпочинку, а відтак потребує нарощування свого ємкісного потенціалу і якості надання послуг.

На рис. 3.13 також показано, що рекреаційні можливості Харківщини використовуються вкрай обмежено, так що в економіку регіону, як і в оздоровлення трудового потенціалу їх вклад поки що недостатній. Цей недолік необхідно подолати, оскільки у відповідності з зарубіжним досвідом

сфера послуг і індустрія здоров'я є головним фактором економічного зростання. Сформована на рис. 3.13 авторська позиція є складовою частиною економіки здоров'я і визначає підходи до системного управлінського механізму розвитку територій і їх трансформації в інноваційну модель, в якій елементи соціуму, природи і економіки зможуть взаємодіяти злагоджено і з синергетичним ефектом. Зараз найбільш ослабленою ланкою в цій цілісній тріаді є здоров'я людини: здоров'я фізичне, моральне, духовне.

Для вирішення питань розвитку СКУ Харківщини автор пропонує підготувати і розглянути два питання: деталізовану інформаційну базу стратегії розвитку та розрахункові моделі витрат на розвиток і прогнозованих ефектів від такого розвитку.

Щодо першого питання – інформаційного забезпечення стратегії розвитку – пропонуємо використати систему даних (додаток Б1, Б2).

В цілому по Україні санаторні заклади в доходній частині СЗР займають долю в 70 %, але в загальній долі витрат їх вага менша – 59,8 %, отже вони працюють з більшою прибутковістю, ніж в середньому, інші види відпочинку і оздоровлення. При цьому їх кількість ліжок до загальної долі СЗР становить від 1 до 4-х (58 527 до 233 531). Щодо регіонального розрізу, то санітарно-курортний спектр (як доля в СЗР) визначився по різному: Вінницька, Волинська, Закарпатська, Львівська, Полтавська, Черкаська області більш ніж на 80 % є насиченою курортними закладами, тоді як Дніпропетровська, Житомирська, Сумська «та навіть Івано-Франківська – менше 30 %.

З загального обсягу доходів в санаторно-курортному секторі 2 млрд. 177 млн. грн. – 5 регіонів оперують доходом в 1 млн. 486 тис. грн. Лідирують в цій п'ятірці – Львівська (657 млн.), Закарпатська (261 млн.) та Вінницька (221 млн. грн.) області. Найнижчі обсяги доходу мають Кіровоградська (1,8 млн. грн.), Чернівецька, Чернігівська та Сумська області (2,7 – 6,5 млн. грн.).

Прогнозуючи розвиток СКУ Харківського регіону, виходимо з таких фактичних даних його стану на 2014 рік (п. 3.2).

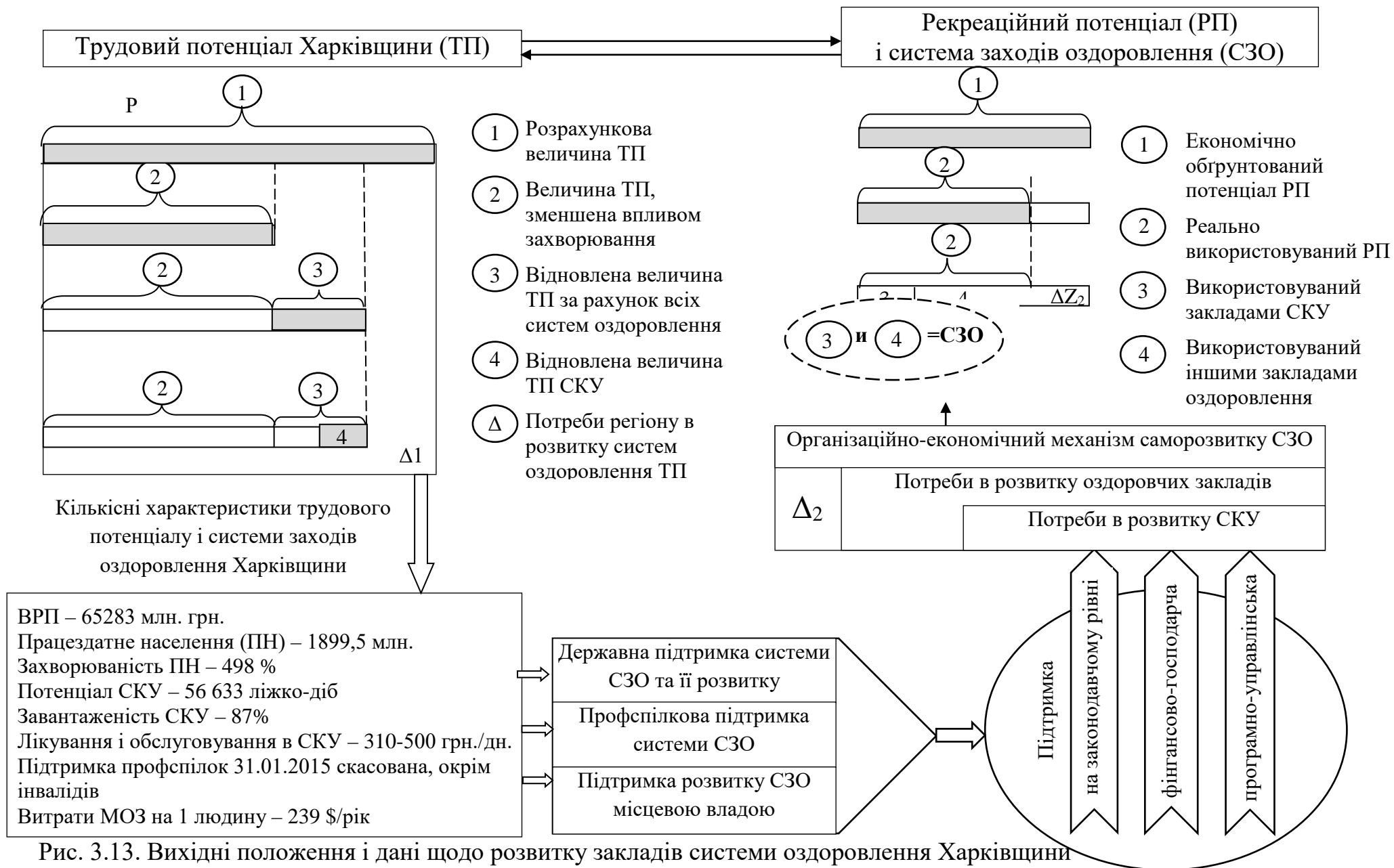


Рис. 3.13. Вихідні положення і дані щодо розвитку закладів системи оздоровлення Харківщини

Кількість санаторіїв	-	9
Кількість оздоровлених осіб	-	50143
Кількість ліжок в санаторіях	-	2353
Житлова площа санаторіїв	-	50620
Вартість перебування в санаторіях (річні витрати), тис. грн.	-	114657,4
Витрати на 1 ліжко/день	-	200÷245,7
Доход санаторіїв, тис. грн.	-	93849,9
Середня тривалість перебування	-	15,8 діб
Ринкова ціна 1 м <sup>2</sup> санаторно-житлової площі	-	16100 грн. (700&)

Прогнозуючи перспективи розвитку СКУ, підходимо селективного вибору напрямків лікування: пріоритетно – це стистеми кровообігу, нервової системи, сечо-статевої, кістково-м'язової, внутрішніх органів, органів дихання. Менше значення СКУ мають для травм отруєнь, захворювань шкіри (2-га група). Зараз перша група захворювань на Харківщині становить обсяг до (млн.. осіб, з яких санаторії регіону прийняли на оздоровлення 50142 осіб. Зрозуміло, що не весь контингент захворюваних має пройти лікування в санаторіях регіону, достатню кількість в 10%, що складе кількість 100 000 осіб.

Отже (100 000 – 50 143) в 49 860 осіб) є потенційно бажаним клієнтським контингентом на оздоровлення, тобто обсяги будівництва нових санаторних закладів на Харківщині практично дорівнюють вже створеному фонду санаторних закладів. Але подвоїти санаторні потужності можливо тільки в дальній перспективі – за 10-15 років, з чого слідує, що щорічно можна вводити їх основні фонди на 4-7 тис. осіб. Приймемо середнє значення щорічного вводу санаторних об'єктів на 5,5 тис. осіб. Припустимо, що потрібно оздоровити ці 5,5 тис. осіб в нових СКУ. Для чого потрібно  $5500 \times 15,5 \text{ л/дн} / 364 \text{ дні} = 236,5$  нових ліжок.

Але санаторні заклади згідно розміру (кількість ліжок) є дискретними об'єктами:  $2\,357 \text{ ліжок} : 7 \text{ санат.} = 338 \text{ ліжок}$ . Отже середня місткість Харківського санаторію 338 ліжок. Прийmemo для розрахунків майбутнього санаторію значення в 500 ліжок. Розрахуємо необхідну площу санаторію. Розрахунки проведемо з нормативу: загальна житлова площа санаторіїв –  $50620 \text{ м}^2$ , кількість жінок в санаторіях – 2353 од.

$50620 : 2353 = 21,5 \text{ м}^2$ . Загальна площа забудови нового санаторію на 800 ліжок/місць складе  $500 \times 21,5 \text{ м}^2 = 10750 \text{ м}^2$ . При вартості  $1 \text{ м}^2 - 16\,100 \text{ грн.}$ , вартість нового санаторію складе:

$$10\,750 \times 16\,100 = 182,7 \text{ млн. грн.} \approx 81 \text{ млн. \$}.$$

З урахуванням витрат на розвиток інфраструктури – 10% - загальна сума санаторного комплексу складе:  $81 \text{ млн. дол.} + 8,1 \text{ млн. дол.} = 89,1 \text{ млн. дол.}$

При завантаженні нового санаторного комплексу в 80% його річний доход складе (у фактичних даних 2016 р.).

$$93\,849,9 \text{ тис. грн.} : 2353 \text{ ліжка} \times 500 \text{ ліжок} = 93,85 \text{ млн. грн.} \times 0,22 = 19,93 \text{ млн. грн./рік} \approx 0,87 \text{ млн. дол.}$$

Розрахунки показують, що при незмінному рівні доходності витрати окупляться доходом за 10,2 роки. Це нормативно недопустимий строк, тому має бути задіяна система заходів підвищення доходності санаторію на 20-30 %, щоб ввести економічні параметри діяльності санаторію в нормативні строки окупності 6-7 років. Але ця логіка окупності витрат є недосконалою. Розвиваючи авторський підхід до інвестиційної політики в сфері розбудови нових санаторних комплексів на Харківщині, поставимо завдання деталізації структури витрат, тобто інвестиційних вкладень.

Запишемо витрати на розвиток оздоровлення системи таким чином:

$$W = w_1 + w_2 + w_3 + w_4 + w_5, \text{ де}$$

$W$  – загальні витрати (одноразові) на розвиток системи оздоровлення в регіоні (або окремо – розвиток СКК);

$w_1$  – витрати підготовчого стану (стратегія, програма, ТЕО, наукові дослідження та ін.);

$w_2$  – витрати на будівництво (згідно СНіП і нормативів);

$w_3$  – витрати на розвиток інфраструктури;

$w_4$  – витрати на матеріально-технічне та енергетичне забезпечення СКК (теж одноразові);

$w_5$  – витрати на введення в експлуатацію (одноразові).

Витрати  $w_4$  і  $w_5$  можна об'єднати в розрахунках, оскільки вади одного функціонального завдання і відбуваються в один період (оргтехніка для управління; медтехніка; устаткування, прилади, енерговитрати до пуску в експлуатацію, створення документалістики та інформаційної системи). Витрати  $w_1$  і  $w_3$  можна брати (згідно даних практики) відсотком від вартості будівництва (по 5-8 % кожен вид витрат)  $w_1$  – приймаються згідно середніх значень собівартості 1 м<sup>2</sup> площі забудови (в деяких випадках – збитковості будівництва, нульовій рентабельності – приймаються на рівні ринкових цін на 1 м<sup>2</sup> площі забудови);  $w_5$  – 3-4 % від вартості будівництва [89].

В наших розрахунках вже відома сума  $W$ . Вона становить 81,9 млн. дол. З цих витрат найбільш достовірною інформацією є щодо вартості будівництва ( $w_2$ ). Прийmemo ці витрати на рівні 80% від загальної суми витрат. Інші витрати оцінимо в долі від загальних:  $w_1 = 5\%$ ,  $w_3 = 8\%$ ,  $w_4 = 4\%$ ,  $w_5 = 3\%$ . Тоді загальна сума витрат структурно розподілиться таким чином: 89,1 млн. дол. = 4,455 + 73,28 + 7,328 + 3,564 + 2,673.

Проведений розподіл має сенс в частині обґрунтування структури джерел в інвестиційній політиці, а саме:

- у підготовчі роботи ( $w_1$ ) і у розвиток інфраструктури ( $w_3$ ) свій внесок коштами має зробити регіональний бюджет;

- у будівництво ( $w_2$ ) – інвестор або сама будівельна організація;

- введення в експлуатацію (і частково матеріально-технічні витрати) може підтримати Міністерство охорони здоров'я або профспілки, у відомі яких новий заклад планується взяти «на баланс». Експлуатаційні витрати (щорічні) – матеріали, ліки, заробітна плата, податки і відрахування, управлінські витрати та інше. В нашому варіанті уже враховані в

прибутковості. Не враховано ще вся система ефектів від діючого санаторного закладу, але якраз ці ефекти інвестицій, чи кредитів.

При введенні СКК в експлуатацію, з часом виникають і фіксуються в аналітичній роботі (в показниках діяльності ОЗ і в регіоні в цілому) різні ефекти. Вважаємо, що ці ефекти можна представити як систему з таких складових:

$f_1$  – ефект у виробництві від оздоровлення контингенту працюючих (прибуток, обсяг добавленої вартості, приріст ВРП);

$f_2$  – ефект в діяльності самого оздоровчого закладу, в нашому випадку СКК (прибуток, зростання рівня рентабельності);

$f_3$  – ефект для бюджетної системи і соцстрахування;

$f_4$  – в прибуток інвестора;

$f_5$  – в бюджет сім'ї (більше виконаної роботи – більша винагорода за трудовий вклад).

Ефект регіону ( $f_6$ ) інтегрально складають всі ці п'ять ефектів з урахуванням синергії взаємодії локальних ефектів, що проявляється в злагодженості, надійності, збалансованості окремих складових регіональної системи, зростання економічного потенціалу регіону і загального ефекту віддачі від ресурсів.

Розглядаючи ці ефекти як результат вкладу СКУ в капітал здоров'я маємо висловити аксіому (теорему), що здоров'я як економічний ресурс спрацьовує в оперативно-тактичному часі (тактичний ефект), що і визначається в традиційних підходах до оцінки ефективності вкладень, і в стратегічному вимірі (стратегічний ефект). Друга складова діє в перспективі і, як правило, в гс рахунках не приймається до уваги.

На наше переконання, ця друга складова не менш важлива, ніж перша. Сформулюємо аксіому врахування віддаленого ефекту капіталу здоров'я в кількісному визначенні таким чином.



Одна гривня вкладень (інвестицій) в капітал здоров'я забезпечує 0,3 – 0,5 гривні в сфері тактичного ефекту і 1,5 – 1,7 грн. і в сфері «стратегічного ефекту». Логічно це записати у такому вигляді.

Ефект вкладень 1 грн. = 0,5 грн. (такт.) + 1,7 грн. (страт.). Стратегічний ефект починає діяти на 3-5-й рік введення в експлуатацію СКУ і вже в цей період здійснює свій вклад в відшкодування витрат на створення СКУ. Тому ми маємо додаткове джерело погашення інвестицій, що і зменшує строки їх окупності.

Згідно фрагментарних свідчень виміру ефективності вкладень в капітал здоров'я стратегічний ефект розподіляється таким чином:

$$f_{\text{страт.}} = 1,7 \text{ грн./рік} \begin{cases} f_1 - 0,70 \\ f_2 - 0,20 \\ f_3 - 0,35 \\ f_4 - 0,30 \\ f_5 - 0,15 \end{cases}$$

Таким чином в пропонованій моделі фінансового (інвестиційного) забезпечення розвитку регіональної системи СКУ включень такі нові важливі позиції:

- використання нормативної бази витрат і ефектів на матеріалах статистики діючої системи СКУ;
- розподіл загальної суми витрат на розвиток на структурні блоки, фінансування яких може здійснюватись з різних джерел;
- розподіл ефекту від оздоровлення трудових ресурсів потенціалу на «тактичний» та «стратегічний», з яких останній здійснює достатньо прогнозований вплив уже в короткому періоді 4-5 років.

З аналізу в попередньому розділі визначено стійкий характер консервування досягнутого рівня системи санаторно-курортних закладів, яка в цілому не відповідає тенденції зростання попиту на такі послуги і вимоги до їх якості. Затримка розвитку СКУ збільшує ризик захворюваності населення, зниження якості трудових ресурсів потенціалу і тим самим

негативно впливає на показники економічної діяльності регіону. Для запобігання цим втратам СКУ має отримати необхідний імпульс розвитку і краще щоб цей імпульс розвитку проявив не спонтанно, а в результаті розробки і реалізації відповідної стратегії. У результаті формування та розробки завдань, щодо відновлення трудового потенціалу регіонів в санаторно-курортних закладах були зроблені наступні висновки:

1. В досліджуваній інформаційній системі для розвитку СКУ першорядне значення набувають економічні показники, а саме витрати на оздоровлення, операційні витрати санаторіїв, рівень трудового вкладу в ВРП, втрати (в грошовому вираженні) від захворювань, ціни на санаторне лікування та інші. В розділі дисертації представлено широкий спектр цих показників, усереднені значення по регіонах України, порівняльні міжрегіональні значення, деталізована інформація по Харківському регіону.

2. Визначено, що результат оздоровлення в СКУ може бути виражено цілою системою ефектів, в числі яких прибуток від діяльності в самому санаторії, ефект на підприємствах регіону від відновлення працездатності, ефект для бюджету від податків і платежів працюючих громадян, ефект для сімейного бюджету.

3. Розроблена модель оцінки і розрахунку результату відновлення здоров'я в СКК при поділі відпустки на дві частини – по 12 днів, замість 24-х днів, як практикувалась раніше. Розрахунки проведені на фактичних даних діяльності 3-х Харківських санаторно-курортних закладів: «Бермінводи», «Високий», «Роцца». Розрахункова величина зменшення втрат в цілому в регіоні при проведенні заходів оздоровлення в 12 днів становить 198 млн. грн. на рік, що становить 3,1% ВРП.

4. В дослідженні розраховані оцінки заощадження заробітної плати при підвищенні працездатності на суму 5 236 грн. за рік на одного працюючого.

5. Врахована в розрахунках ефекту від діяльності СКУ і можливість підвищення завантаження цих установ протягом року на 8 %. Зараз від недозавантаження санаторії втрачають дохід, а в регіоні значна кількість

захворюваних не отримує потрібної їм послуги з оздоровлення. З цих причин регіон має збиток 1,678 млн. грн. (2016р.). Підвищення рівня завантаженості СКУ ліквідує цей збиток.

6. Враховуючи значний обсяг невикористаних на Харківщині рекреаційних ресурсів і зростаючі потреби в оздоровчих послугах системи СКУ в дослідженні розроблено і запропоновано до реалізації заходи щодо розвитку СКУ. Пропонується створити новий санаторний заклад, для якого вибрано лікувальний профіль і розраховані витрати на створення. За нормативну базу для розрахунків прийняті розроблені автором на статистичних даних 2015-2016 років показники вартості 1 м<sup>2</sup> житлової площі санаторію, потреб в кількості ліжкомісць, ефекту від оздоровлення, вартість перебування у Харківських санаторіях. Розрахунками визначено, що для задоволення потреб в оздоровленні в Харківському регіоні потужність закладів має зрости в рази, але таке зростання потребує декілька десятиліть. Тому запропоновано в найближчій перспективі (3-5 років) збудувати один санаторний заклад на 500 ліжкомісць, що забезпечить додаткове оздоровлення для 6-7 тис. осіб щорічно. Розраховані витрати на створення такого комплексу в сумі 89,1 млн. дол. При відношенні цих витрат до прибутку санаторію вони відшкодуються через 10,2 роки. При врахуванні ефекту від оздоровлення додаткової кількості захворюваних (6 тис. громадян), розрахунковий строк окупності зменшиться до 5-6 років, що нижче нормативного значення – 7 років. Отже створити такий новий комплекс економічно вигідно.

Наукові результати, що отримані автором у ході написання розділу, пройшли апробацію та доповідалися й були схвалені на науково-практичних конференціях, а також надруковані у наукових фахових виданнях [130, 167, 169, 170, 171, 174].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі розкрито і обґрунтовано теоретико-методичний підхід до оцінки ефективності оздоровлення працездатного контингенту населення та на регіональному рівні, вирішено науково-практичне завдання розвитку системи санаторно-курортних установ. Основні наукові та практичні результати проведеного дослідження полягають у наступному:

1. В понятійно-термінологічному апараті проблеми економіки здоров'я та впливу оздоровчих заходів на ефективність використання трудоресурсного потенціалу регіону систематизовано найбільш вживані тлумачення сутності «охорони та підтримки здоров'я», зв'язку здоров'я людини з економікою, особливості трактування категорій «ефективність оздоровлення», «капітал здоров'я», «інвестицій в здоров'я» та інші. Розкрито подвійний зміст здоров'я як життєвої енергії і як економічного ресурсу. Останній є продуктивним ресурсом, здатним збільшувати вартість економічної системи та її виробничого продукту. Розроблені концептуальні основи оцінки впливу оздоровлення, в першу чергу, в системі санаторно-курортних закладів на кінцеві результати економічної діяльності підприємств і установ регіону. Визначено, що вклад інвестицій в здоров'я дає прямий (приріст ВВП) і зворотній (підвищення рівня життя населення) ефекти, які на регіональному та державному рівні мають принципово важливе значення тим, що забезпечують процес розвитку економічної системи, соціуму і самої людини.

2. В дослідженні виділено та охарактеризовано комплекс проблемних ситуацій щодо стану здоров'я в Україні та в її регіонах, проблеми розвитку СКУ, складності управління діяльністю і розвитком оздоровчих структур. Серед таких проблем – зростання рівня захворюваності, зростання цін на лікування, зниження рівня доступності до системи оздоровчих послуг для населення, низька (а іноді і збиткова) рентабельність функціонування оздоровчих закладів.

Визначено, що загострюють проблемну ситуацію в системі охорони здоров'я низька інвестиційна привабливість, негативи в інфраструктурному забезпеченні економіки здоров'я, розбалансованість механізму управління.

3. З'ясовано, що розробка наукових основ підвищення ефективності функціонування СКУ та удосконалення методів управління розвитком оздоровчої системи гальмується неповною і недосконалою інформаційною базою щодо їх діяльності і недоліками методичного забезпечення. На матеріалах статистичної звітності і відомчої інформації по Харківському регіону показано, що в секторі задоволення потреб в оздоровленні населення діє непрозора тарифна політика, практично відсутній обмін інформацією між оздоровчими закладами (наявна певна інформаційна ізолюваність установ), є розриви в інформаційних потоках і вкрай недостатньо зворотної інформації для оцінки місцевим апаратом управління і самими споживачами оздоровчих послуг реальної користі від роботи закладів.

4. На матеріалах роботи СКУ Харківщини проаналізовано потужність цих закладів, структуру оздоровчих послуг (у відповідності до структури захворювань), завантаженість санаторіїв, строки перебування, витрати на лікування. З'ясовано, що система СКУ регіону (4 основні заклади санаторно-курортного профілю) працює в постійному режимі, має змінний коефіцієнт завантаження протягом року, задовольняє не більше 10% потреб регіонального контингенту, який потребує оздоровлення. Паралельно діючі установи (будинки відпочинку, профілакторії та інші) теж не відповідають потребам запиту, тим більш, що сильний вплив сезонного фактору значно зменшує їх ресурсні можливості. Отже доведено, що проблема розвитку СКУ в Харківському регіоні ще потребує свого вирішення і має для цього достатні рекреаційні ресурси і потребує не тільки інвестиційних вкладень, але і оновлення управлінсько-технологічної системи оздоровлення..

5. У дослідженні обґрунтовано і рекомендовано комплекс пошукових і проектних робіт щодо уточнення Стратегії розвитку СКУ Харківщини. Запропоновано більше уваги приділити підготовчому етапу розробки

Стратегії, на якому рекомендується уточнити потреби в оздоровленні в розрізі видів захворювань, структуру і характеристики рекреаційного потенціалу (в розрізі окремих просторово-географічних зон), профіль закладу з набором послуг, потреби в інвестиціях та джерела інвестування. Серед таких джерел пропонується (в пропорційному відношенні) використовувати державні кошти, приватні інвестиції, кошти самих оздоровчих установ. Але цей процес (інвестування) має проходити паралельно з реформуванням оздоровчої системи та розвитком регіональної інфраструктури (транспорт, ЖКГ, зв'язок, захист екосистеми). Саму Стратегію розвитку СКУ пропонується сформувати як варіантно-блочну модель з моніторингом інформаційного забезпечення та операційною технологією виконання проектів і заходів.

6. Економічну проблематику в завданнях забезпечення здоров'я дисертант розглядає з позицій концепції ефективності використання ресурсів (витрат, інвестицій, трудових ресурсів, природокористування, оздоровчих технологій). В роботі розкрито змістовну сторону оцінювання ефективності та запропоновано концептуальні підходи і моделі, що розкривають операційні процедури оцінювання. У зв'язку з браком якісної інформації для такої роботи пропонується використовувати зарубіжний досвід (як орієнтир), експертні методи, математичне моделювання, бенчмаркінг та порівняння в нормативно-економічному полі даних.

В дослідженні уточнено особливості багатоелементної структури ефектів від оздоровлення, які отримують різні «учасники» оздоровчої діяльності (самі СКУ, інвестори, держава і регіон, підприємства, що підтримують оздоровлення своїх робітників, безпосередньо люди, що проходять оздоровлення). В регіональному аспекті ці ефекти діють інтегрально і синергетично, що значно зменшує строк окупності інвестицій.

7. У дослідженні використано інструментарій логіко-структурного моделювання (розроблено більше 30 схем, що виділяють елементну структуру економіки здоров'я і розкривають основні взаємозв'язки між

елементами. Запропоновані процесуально-операційні моделі, що дають змогу більш ґрунтовно і цілісно управляти процесом розвитку СКУ, сформовано економіко-нормативну базу для проведення розрахунків. Розроблено, інформаційно забезпечено і апробовано розрахунками варіант моделі зменшення негативного впливу втомлюваності на робітника при розподілі відпустки в 24 дні на дві частини в різні періоди. Розрахунки показали, що по такій схемі розподілу відпустки значно збільшується ефект працевіддачі у виробництві.

Дисертантом рекомендовано поєднати економічну і просторову аналітику з системним синтезом розвитку СКУ. В синтез входить економічне проектування (нормативи, оцінки ресурсів, розрахунки потреб в інвестиціях, оцінки ефектів), сценарій моделювання (запропоновано створити санаторно-курортний комплекс на 500 місць), розробку Стратегії розвитку СКУ, побудова організаційно-економічного механізму управління розвитком.

8. Розроблено комплекс наукових положень та практичних заходів для розбудови сучасної системи управління розвитком СКУ. В його основі: взаємовплив потенціалів (рекреаційного, економічного, інфраструктурного), розподіл множини ефектів на стратегічні та тактичні, аналітичні оцінки стану здоров'я, розрахункові моделі і схеми.

Практичне значення результатів дослідження полягає в систематизованому підборі статистичних даних та в операційних технологіях управління розвитком СКУ, які розширюють можливості прийняття стратегічних регіонів та організації роботи щодо здійснення позитивних змін в оздоровчому секторі регіону.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Демографічна ситуація. Природний рух населення [Електронний ресурс] / Головне Управління статистики в Харківській області. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/pryrodnyi-rukhn-naselennia-shchomisiachna-informatsiia>
2. Duflo E. The returns to human capital: health and education / E. Duflo // PAHO Headquarters. – Washington, March 3, 2004. – Р. 6. – Режим доступу: <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/duflo.pdf>.
3. Fishburn P. S. The theory of social choice / P. S. Fishburn. – Prentice Hall, 1973. – 437 p.
4. Hayek F. A. New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas / Hayek F. A. – London : Routledge & Kegan Paul, Ltd., 1978. – 479 p.
5. Human development report 2014 [Електронний ресурс] / Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. – New York, 2015. – 239 p. – Режим доступу : <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
6. International Migration Report 2013 [Електронний ресурс] / Department of Economic and Social Affairs. – New York: United Nations, 2013. – 22 p. – Режим доступу: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full\\_Document\\_final.pdf#zoom=100](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full_Document_final.pdf#zoom=100)
7. migration/migrationreport2013/Full\_Document\_final.pdf#zoom=100
8. Kees van der Heijzen. Scenarios. Strategies and Strategy Process. – Nijmegen University Press, 1997. – 33 p.
9. Liam Fahey. Learning from the Future / Liam Fahey, Robert Randail. – John Wiley & Sons Limited, 1998. – 446 p.
10. Sokolenko Anna. Formation of the scientific basis for the development of sanatorium establishments / A. Sokolenko // The Ninth International Conference on Eurasian scientific development, 20 May 2016. «East



West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. – Vienna, 2016. – P. 178–180.

11. Sokolenko Anna. Problems of population health. the economic dimension / A. Sokolenko // Young Researchers in Globalized World: Vistas and Challenges : матеріали III міжнар. форуму 15 May 2017. – С. 125–130.

12. Sokolenko Anna. Situation and development of health support system in Ukraine / A. Sokolenko // EUREKA: Social Sciences and Humanities. – 2015. – № 1. – P. 47-53.

13. United Nations Statistics Division [Електронний ресурс]. Databases (Статистичний відділ ООН. Статистичні дані): сайт. – Режим доступу: <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>.

14. Антипин Н. А. Человек в условиях окружающей среды: здоровье и болезни цивилизации / Н. А. Антипин // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 107–113.

15. Артюхов И. П. Человеческий капитал и здоровье: постановка проблемы [Электронный ресурс] / Артюхов И.П., Горбач Н.А., Лисияк М.А. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/chelovecheskiy-kapital-i-zdorovie-postanovka-problemy>

16. Бабаєв В. М. Адміністративно-територіальний устрій та сталий розвиток регіону (концептуальні основи та методологія) : монографія / В.М. Бабаєв, Л. Л. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ, М. Д. ГОДЛЕВСЬКИЙ, ред.: В. М. Бабаєв. – Харків : Національний технічний ун-т «Харківський політехнічний ін-т», 2008. – 316 с.

17. Бабенко А. И. Методология разработки стратегии охраны здоровья населения / А. И. Бабенко // Бюллетень СО РАМН. – 2004. – № 2 (12). – С. 176–179.

18. Багров Н. В. Региональная политика устойчивого развития / Н. В. Багров. – Киев : Лыбидь, 2002. – 256 с.

19. Базуева Е. В. Экономика и управление в сфере услуг: экономика здоровья / Е. В. Базуева // Проблемы современной экономики. – 2009. – № 1 (29). – С. 1–9.
20. Бандур С.І. Стратегічні імперативи розвитку трудового потенціалу України / С. І. Бандур // Ринок праці та зайнятість населення. – 2013. – № 1. – С. 5-9.
21. Бандур С. Сучасна регіональна соціально-економічна політика держави : теорія, методологія, практика / С. Бандур, Т. Заяць, І. Терон. – Київ : Принтер Експрес, 2002. – 250 с.
22. Биченко Л. А. Працересурсний потенціал України: економічна оцінка та раціональне використання в системі соціально-трудова відносин регіонів / Л. А. Биченко // Коммунальное хозяйство городов : науч.-техн. сб. №82. Сер. Экономические науки. – Киев, 2008. – С. 316–322.
23. Білик О. Основні напрями збереження і розвитку національного людського капіталу за рахунок активізації трудової мобільності / О. Білик // Україна: аспекти праці. – 2009. – № 1. – С. 43–46.
24. Благун І. С. Моделювання сталого розвитку регіону / І. С. Благун, Л. І. Сисак, О. О. Солтисік. – Івано-Франківськ : Вид.-дизайнерський відділ центру інформаційних технологій, 2006. – 166с.
25. Богиня Д. П. Основи економіки праці / Д. П. Богиня, О. А. Грішнова. – Київ : Знання-прес, 2001. – 313 с.
26. Бондаренко Г. И. Человеческий капитал: основные факторы его воспроизводства и развития / Г. И. Бондаренко. – Ростов н/Д : Тера, 2005. – 254 с.
27. Бубенко П. Т. Управління системною модернізацією та розвитком житлово-комунальних підприємств / Бубенко П.Т., Димченко О.В., Кашпур А.Д. – Харків : ХНУМГ, 2014. – 232 с.
28. Быченко Ю. Г. Важнейший показатель человеческого капитала [Электронный ресурс] / Ю. Г. Быченко // Человеческие ресурсы. – 2001. – № 3. – Режим доступа: <http://www.pmuc.ru/jornal/number8/bitchenko.shtml>.

29. Василюха Н. В. Концепція організаційно-економічного механізму розвитку ринку туристичних послуг / Н. В. Василюха // Науковий вісник НЛТУ України. – 2013. – Вип. 233. – С. 108–112.

30. Ветитнев А. М. Интернет-маркетинг санаторно-курортных услуг / А. М. Ветитнев, Я. А. Ашкинадзе. – Москва : Финансы и статистика, 2007. – 160 с.

31. Витязев А. Проблемы социального управления социальным здоровьем в процессе современного общественного воспроизводства. Социально–философский анализ [Электронный ресурс] : автореф. дис. на соискание науч. степени докт. экон. наук / А. Витязев. – Режим доступа: <https://www.proza.ru/2013/10/23/340>

32. Влащенко Н. М. Забезпечення соціально-економічного розвитку регіонального санаторно-курортного комплексу : монографія / Н. М. Влащенко. – Харків : Друкарня МАДРИД, 2012. – 254 с.

33. Воробйов Ю. М. Фінансове забезпечення розвитку санаторно-курортних закладів / Ю. М. Воробйов // Фінанси, банки, інвестиції. – 2012. – № 3. – С. 47.

34. Воробьев К. П. Здоровье и здравоохранение в Украине [Электронный ресурс]. Ч. 1 / К. П. Воробьев. – Режим доступа: <http://www.experts.in.ua/baza/analitic>.

35. Воронкова А. Э. Моделирование задачи совершенствования организационной структуры системы управления предприятием / А.Э. Воронкова, Н. Г. Калюжная // Економіка промисловості. – 2006. – № 1. – С. 3–8.

36. Галиенко Л. И. Основные приоритеты государственной политики Украины в сфере здравоохранения / Л. И. Галиенко // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 262–263.

37. Генкин А. Долгая дорога реформ. Интервью с Министром здравоохранения А. Квиташвили / А. Генкин // Время. – 2015. – февраль (№ 12). – С. 1–3.

38. Генкин Б. М. Экономика и социология труда / Б. М. Генкин. – Москва : Норма, 2007. – 448 с.

39. Голубов Т. С. Методичні підходи до оцінки ефективності діяльності підприємства / Голубов Т. С., Колос І. В. // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – № 5(59). – С. 66–71.

40. Гонта О.І. Наукові аспекти розвитку державно-приватного партнерства в рекреаційно-туристичній сфері регіонів України / О.І. Гонта, І.В. Безуглий // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2014 . - № 3 (27). – С. 23-30.

41. Гонта О.І. Ієрархія зовнішніх впливів на економіку регіону в умовах глобалізації / О.І. Гонта // Збірник наукових праць. Економічні науки. Серія «Регіональна економіка». – Луцьк: Луцький державний технічний університет, 2007. – Випуск 4(13). – С. 89-103.

42. Гонта О.І. Вплив глобалізації на соціальний розвиток регіонів та напрями підвищення його ефективності / О.І. Гонта // Зб. наук. праць ЧДТУ. Серія: «Економічні науки». – Черкаси: ЧДТУ, 2009 – Вип. 22. - Ч. II . - С. 147 - 153.

43. Гонта О.І. Трансформація функцій регіонів України в умовах глобалізації економіки / Пріоритети розвитку підприємств у ХХІ столітті // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 21-22и квітня 2011 р. – Кіровоградський національний технічний університет. – Кіровоград: КОД, 2011. – Частина I. – С. 73-74.

44. Гончаров В. Н. Экономическая устойчивость – ее место и роль в обеспечении эффективной работы современных предприятий / В. Н. Гончаров, В. Л. Иванов, А. А. Кузнецов // Прометей : регион. сб. науч. трудов по экономике. – Донецк, 2004. – Вып. 3(15). – С. 41–44.

45. Горбенко П. П. Человеческий капитал и здоровье / П. П. Горбенко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – № 1. – С. 81–82.
46. Гринкевич С. С. Формування системи та структурування інституційного забезпечення реалізації державної політики розвитку і використання трудового потенціалу України / С. С. Гринкевич, Р. Л. Лупак, Ю. В. Васильків // Бізнес Інформ. – 2015. – №7. – С. 67–72.
47. Грішнова О. А. Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки / О. А. Грішнова. – Київ : Знання ; КОО, 2001. – 254 с.
48. Демографічна ситуація. Населення (1995–2015) [Електронний ресурс] / Головне Управління статистики в Харківській області. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/naselennia-1995-2012rr>
49. Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки [Електронний ресурс] : затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 31 трав. 2006 р., №761 / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://rada.gov.ua>.
50. Димченко О. В. Житлово-комунальне господарство в реформаційному процесі: аналіз, проектування, управління / О. В. Демченко. – Харків : ХНАМГ, 2009. – 354 с.
51. Добрынин А. И. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования / Добрынин А. И., Дятлов С. А., Цыренова Е. Д. – СПб. : Наука, 1999. – 310 с.
52. Добрынин А. П. Региональные пропорции воспроизводства / А. П. Добрынин. – Москва : ЮНИТИ, 1997. – 347 с.
53. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Электронный ресурс] / ВООЗ. – Швейцария, 2008. – Режим доступа: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)

54. Долганова Н. П. Совладание со стрессом и поведение, связанные со здоровьем у лиц трудоспособного возраста с кардиометаболическим риском / Долганова Н. П., Роторь О. П., Трифонова Е. А. // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 19–25.

55. Доходи та умови життя. Структура сукупних витрат (1999–2015) [Електронний ресурс] / Головне управління статистики в Харківській області. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/iekglegkf-iglgztnlr-mnekfe-1999-2015gr>

56. Драчева Е. Л. Специальные виды туризма. Лечебный туризм: учеб. пособие / Е. Л. Драчева. – Москва : КНОРУС, 2008. – 152 с.

57. Дронов Р. В. Состояние отечественного здравоохранения и национальная безопасность / Р. В. Дронов // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 19–25.

58. Друкер, Питер Ф. Задачи менеджмента в XXI веке / Питер Ф. Друкер. – Москва : Вильямс, 2003. – 272 с.

59. Дункан Джек У. Основопологающие идеи в менеджменте. Уроки основоположников менеджмента и управленческой практики / Джек У. Дункан ; пер. с англ. – Москва : Дело, 1996. – 272 с.

60. Евланов Л. Г. Экспертные оценки в управлении / Евланов Л. Г., Кутузов В. А. – Москва : Экономика, 1978. – 133 с.

61. Економічна активність населення Харківської області 2015 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://opendata.kharkov.ua/dataset/ekohomihha-aktnbhictb-hacejiejhr>

62. Економічна енциклопедія : у 3 т. Т. 3. / редкол.: С.В. Модерний (відп. ред.) та ін. – Київ : Академія, 2002. – 952 с.

63. Ефективність соціально-економічного розвитку та економічна безпека регіону : аналітична доповідь / Нац. ін-т стратегічних досліджень. – Київ, 2013. – 146 с.

64. Жаліло Л. І. Валеологія як «соціальна інновація» / Л. І. Жаліло / Валеологія – сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку: 8 міжнар.наук.-практ. конф., 4-6 квіт. 2010 р. : матеріали. – Харків, 2010. – Т.2. – С. 68.

65. Жаліло Л. І. Інноваційні технології в управлінні охороною здоров'я та кадрове забезпечення. / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, О. А. Горбачевський // Всесвітній день здоров'я 2009 р. : міжнар. наук. практ. конф. НМУ, 7-8 квіт. 2009 р. : матеріали. – Київ, 2009. – С. 85–86.

66. Жаліло Л. І. Стратегія змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні [Електронний ресурс] / Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf..> /

67. Жибак М. М. Розвиток трудового потенціалу села західного регіону : монографія / М. М. Жибак. – Тернопіль : Астон, 2010. – 336 с.

68. Заболеваемость. Современное состояние здоровья населения Украины : методика изучения заболеваемости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sntranet.tdmu.edu.ua-2001.2015>.

69. Забуранна Л. В. Концепція управління розвитком туристичних підприємств / Л. В. Забуранна // Науковий вісник ЧДІЕУ. – 2011. – № 3. – С. 162–165.

70. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. : затверджена Законом України від 23 груд. 2009 р., №1794–VI. [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://rada.gov.ua>.

71. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році [Електронний ресурс] : статистичний бюлетень. – Режим доступу: [https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv\\_u/15/Arch\\_zozd\\_bl.htm](https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_zozd_bl.htm)

72. Заставецька О. В. Географія населення України : навч. посіб. для студ. геогр. спеціальностей / О. В. Заставецька, Б. І. Заставецький, Д. В. Ткач. – Тернопіль, 2001. – 147 с.

73. Захарченко П. В. Адаптивні моделі планування діяльності курортно-рекреаційних систем / П. В. Захарченко // Economics, Heatcare and Education in the modern world. – Opole, 2013. – С. 36–39.

74. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. Часть 6 / Варзин С. А., Тарковская О. Ю. (ред.). – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011. – 690 с.

75. Здоровье и здравоохранение в Украине [Электронный ресурс]. Часть 1. Статистические характеристики. – Режим доступа: <http://www.experts/analitic>.

76. Здоровье и здравоохранение в Украине. Часть 1. Статистические характеристики. [Электронный ресурс] / Режим доступа: [http://www.experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT\\_ID=36928&print=Y](http://www.experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT_ID=36928&print=Y)

77. Зелінський І. Про статистичну оцінку рекреаційно-оздоровчого забезпечення населення в регіоні / І. Зелінський // Регіональна економіка. Дод. «Регіони України. Економіко-статистичні порівняння». – 2001. – № 2. – С. 28–32.

78. Изард У. Методы регионального анализа / У. Изард. – Москва : Прогресс, 1966. – 659 с.

79. Інституту медицини труда АМН України [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://ioh.org.ua>

80. Кашин В. И. Экономика здоровья / В. И. Кашин ; интервью А. Антоновой // Ремедиум. – 2005. – № 4. – С. 25–28.

81. Кизим Н. А. Анализ и прогнозирование тенденций заболеваемости населения Украины и Харьковской области / Кизим Н.А., Доровской А.В. // Региональная экономика. – 2010. – №3. – С. 39–44.



82. Кисилев О. В. Национальный человеческий капитал: оценка и сравнительный анализ [Электронный ресурс] / О. В. Кисилев. – Режим доступа: <http://www/plprojekt.ru>

83. Кисилев О. В. Развитие теории человеческого капитал и особенности его оценки : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. экон. наук : спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» / О. В. Кисилев. – Орел, 2006 – 26 с.

84. Ковальчук Ю. К. Экономическая, информационная, экологическая война 6-го поколения – геополитическая реальность 21 века / Ю. К. Ковальчук // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 554–567.

85. Колесников Г. И. Экономико-математические методы оценки проектов инвестиций в человеческий капитал фирмы: дис. ... канд. экон. наук : 08.00.13 / Колесников Геннадий Исаакович. – СПб., 2000. – 140 с.

86. Концепція комплексного соціально-економічного розвитку м. Харкова до 2010 року / Шутенко Л. М., Семенов В. Т., Ковалевський Г. В. та ін. // Коммунальное хозяйство городов : науч.-техн. сб. – Киев, 2000. – Вып. 24. – С. 3–43.

87. Кочемировська О. О. Напрями оптимізації державної політики в сфері розвитку трудового потенціалу України : аналітична доповідь / О. О. Кочемировська. – Київ : НІСД, 2013. – 38 с.

88. Кыверялг А. А. Методы исследований в профессиональной педагогике. Исследование работоспособности человека / А. А. Кыверялг. – Таллин : ВАЛТУС, 1980. – 334 с.

89. Ларионов И. С. Здоровье человека и здоровье социума / И. С. Ларионов // Социальная политика и социология. – 2004. – № 1. – С. 65–71.

90. Лебедева В. В. Формування моделі антикризового управління підприємствами санітарно–курортного комплексу: дис. ...канд. экон. наук : 08.00.04 / Лебедева Віра Василівна. – Одеса, 2011. – 211 с.

91. Лехан В. Н. Перспективы развития системы здравоохранения в Украине: стратегия, тактика и риски реализации. Ч. 2 [Электронный ресурс] / В. Н. Лехан. – Режим доступа: <http://www.likar.info/pro/article-46930>.

92. Лібанова Е. М. Соціальні аспекти економічного зростання в Україні / Е. М. Лібанова // Україна на порозі ХХІ століття: уроки реформ та стратегія розвитку – Київ, 2008. – С. 64–78.

93. Луців О. Р. Стратегія реформування системи охорони здоров'я: ризику та реальність / О. Р. Луців // Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів : монографія / за заг. ред. В. І. Гринчуцького. – Тернопіль, 2014. – С.277–284.

94. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків : колективна науково-аналітична монографія / за ред. Е. М. Лібанової. – Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України ; Держкомстат України, 2010. – 496 с.

95. Ляшенко В. И. Регулирование развития экономических систем / В. И. Ляшенко. – Донецк : Ин-т экономики пром-сти, 2006. – 668 с.

96. Максимов В. В. Экономический потенциал региона : анализ, оценка и использование / В. В. Максимов. – Луганск : ВНУ им. Владимира Даля, 2002. – 360 с.

97. Манов В. Реформы в постсоциалистическом государстве: опыт Болгарии / В. Манов. – Москва : Экономика, 2000. – 297 с.

98. Марцинкевич Е. Д. Здоровье и физическая реабилитация человека / Е. Д. Марцинкевич // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 282 – 284.

99. Маслова Н. М. Фактори формування, функціонування і розвитку територіальних соціокультурних систем / Н. М. Маслова // Геополітика і екогеодинаміка регіонів. – 2009. – Т. 5, Вип. 1. – С. 75–82.

100. Матвеева Н. С. Влияние качества здоровья населения на эффективность использования средств, расходуемых в системе ФОМС

[Электронный ресурс] / Н. С. Матвеева. – Режим доступа: <http://j.rsl.ru/downloads/0287/200703200528/www.economer.khv.ru/cjntent/n042-3/21vliyan.html>.

101. Меретукова С. К. Совершенствование организации управления экономическим потенциалом санаторно-курортного комплекса (на примере Адыгея): дис. ...канд. экон. наук : 08.00.05 / Меретукова Сусана Касеевна. – Майкоп, 2012. – 275 с.

102. Методологічні засади розробки стратегій регіонального розвитку / С. А. Романюк, Н. М. Внукова, Л. О. Лимонова, В. І. Лямець. – Харків, 2001. – 20 с.

103. Методы формирования сценариев развития социально-экономических систем / Кульба В. В., Кононов Д. А., Косяченко С. А., Шубин А. Н. – Москва : СИНТЕГ, 2004. – 296 с.

104. Морцин В. С. Економічне регулювання ефективності господарської діяльності / В. С. Морцин. – Львів : ЛБІ НБУ, 2005. – 411 с.

105. Москаленок В. Ф. Формирование здорового образа жизни – стратегическое направление здравоохранения / В. Ф. Москаленок // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 399–401.

106. Нагорная А. М. Социально-экономические детерминанты здоровья населения Украины. Обзор литературы и собственных исследований [Электронный ресурс] / А. М. Нагорная // Режим доступа: <http://www.infmed.kharkov.ua/1rus.htm>.

107. Научно-методические основы комплексного планирования экономического и социального развития региона (область, район, город) / под ред. Н. Г. Чумаченко, А. С. Емельянова. – Киев : Наук. думка, 1980. – 343 с.

108. Національна академія медичних наук України [Електронний ресурс] : сайт. – Режим доступу: <http://amnu.gov.ua>.

109. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 [Електронний ресурс] / Київ, 2014. – Режим доступу: <http://apteka.ua/article3115522&print=1>.

110. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 р. [Електронний ресурс] // Статистичний бюлетень. – Київ, 2014. – Режим доступу: [www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/.../ukraine\\_2012\\_uk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/.../ukraine_2012_uk.pdf)

111. Немец К. А. Территориальные особенности санаторно-курортного лечения и организационного отдыха в Харьковской области [Електронний ресурс] / Немец К.А., Баркова А.А., Немец Л.Н. – Режим доступу: <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/bitstream/123456789/3012/2/Nemets%20Barkova%20Nemets.pdf>

112. Общественное здоровье и экономика / Б. Б. Прохоров, И. В. Горшкова, Д. И. Шмаков, Е. В. Тарасова. – Москва : Макс Пресс, 2007. – 292 с.

113. Оганезова А. В. Методика расчета экономической эффективности человеческой жизни / А. В. Оганезова // Проблемы экономики. – 2013. – № 1. – С. 326–332.

114. Ожиганов Э. Н. Основные направления исследований человеческого капитала в современной зарубежной и российской науке [Электронный ресурс] / Ожиганов Э.Н., Никитина А.Г. // Бизнес в законе. – 2013. – № 6. – С. 307–309. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-napravleniya-issledovaniy-chelovecheskogo-kapitala-v-sovremennoy-zarubezhnoy-i-rossiyskoj-nauke>

115. Онікієнко В.В. Ринок праці та соціальний захист населення України: ретроаналіз, проблеми, шляхи вирішення: [науково-аналітична монографія] / В.В. Онікієнко – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2013. – 456 с.

116. Олійник Т. І. Формування й ефективне використання трудового потенціалу сільськогосподарських підприємств : монографія / Т. І. Олійник. – Харків : Магда Ltd, 2008. – 372 с.

117. Омельченко О. І. Методологічні засади оцінювання рівня життя населення в регіонах України / О. І. Омельченко // Проблеми економіки. – 2010. – № 2. – С. 81–89.

118. Орехов А. М. Методы экономических исследований / А. М. Орехов. – Москва : Инфра-М, 2006. – 392 с.

119. Орловский С. А. Проблемы принятия решений при нечеткой исходной информации / С. А. Орловский. – Москва :Наука, 1981. – 208 с.

120. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України від 19 лист. 1992 р., №2801–ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.

121. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України від 19.11.1992 р., №2801–ХІІ. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

122. Офіційний сайт Інститута демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи Національної академії наук України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.idss.org.ua/>

123. Охорона здоров'я. Заклади охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Головне Управління статистики в Харківській області. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/zaklady-okhorony-zdorov-ia>

124. Охорона здоров'я. Захворюваність населення [Електронний ресурс] / Головне Управління статистики в Харківській області. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/zakhvoriuvanist-naselennia>

125. Павленко И. Г. Подходы к определению экономической сущности понятия «эффективность» / И. Г. Павленко // Экономика и управление. – 2006. – № 1. – С. 35–39.

126. Пастернак О. І. Кластер у системі охорони здоров'я / О. І. Пастернак, Р. В. Горболюк // Проблеми розвитку внешнеэкономических

связей и привлечения иностранных инвестиций: региональный аспект, 2010. – С. 886.

127. Перепелюкова О.В. Особливості визначення структури трудового потенціалу регіону / Перепелюкова О.В. // Інвестиції: практика та досвід. – 2014. - №8. – С.99-102.

128. Перепелюкова О.В. Формування та використання трудового потенціалу / О.В. Перепелюкова // Монографія / Формування та використання трудового потенціалу. – Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2014. – 217с.

129. Перепелюкова О.В. Сучасні тенденції розвитку трудового потенціалу регіону у контексті створення територіальних громад. – Економіка і право. / №1 (49). – 2018. – С.35-40.

130. Писаревський І. М. Економіка і здоров'я продуктивного населення: завдання розвитку санітарно-курортних установ регіону / І. М. Писаревський, А. С. Соколенко // Технологічний аудит та резерви виробництва. – 2017. – № 1/4. – С. 13–19.

131. Писаревський І. М. Резерви санаторно-курортної підтримки відновлення трудового потенціалу регіонів / І. М. Писаревський, А. С. Соколенко // Вісник Волинського інституту економіки та менеджменту. – 2017. – № 19. – С. 228–236.

132. Писаревський І. М. Сучасні концепції організації лікувального харчування в санаторно-курортних установах / І. М. Писаревський, А. С. Соколенко // Інноваційні аспекти розвитку обладнання харчової і готельної індустрії в умовах сучасності : міжнар. наук.-техн. конф., 8-11 верес. 2015 р. : матеріали. – Харків, 2015. – С. 183–184.

133. Плюта В. Сравнительный анализ в экономических исследованиях: методы таксономии и факторного анализа / В. Плюта ; пер. с пол. В. В. Иванова. – Москва : Статистика, 1980. – 151 с.

134. Поклонский Ф. Е. Особенности управления рекреационной деятельностью в охраняемых природных территориях / Поклонский Ф. Е.,

Кобанец Л. А. // Проблемы повышения эффективности функционирования предприятий различных форм собственности : сб. науч. тр.: в 3 т. – Донецк, 2004. – Т. 1. – С. 55–62.

135. Поколодна М. М. Рекреаційні ресурси Харківської області, їх географічна характеристика та раціональне використання : дис. ... канд. геогр. наук : 11.00.11 / Поколодна Марія Миколаївна. – Сімферополь, 2003. – 214 с.

136. Пономаренко В. М. Аналіз медико-демографічних характеристик країн пострадянського простору і країн -членів Євросоюзу на основі мета-аналізу міжнародних баз даних / Пономаренко В. М., Очердько О. М., Клименюк В. П. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2006. – № 3. – С. 62–75.

137. Поповкін В. А. Регіонально-цілісний підхід в економіці / В. А. Поповкін. – Київ : Наук. думка, 1993. – 219 с.

138. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційна, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналітична доповідь / Т. П. Попченко. – Київ : НІСД, 2012. – 96 с.

139. Про державне регулювання у сфері комунальних послуг [Електронний ресурс] : Закон України від 9 лип. 2010 р., №2479. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2479-17>

140. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовт. 2002 р., № 385 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

141. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рік. 27 лист. 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/315522>

142. Професійна спілка працівників охорони здоров'я України. Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у

2010 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>

143. Прядко В. В. Економічна ефективність виробництва: проблеми теорії та методології управління / В. В. Прядко. – Київ : Наук. думка, 2003. – 282 с.

144. Равновесие в экономической системе переходного типа : предпосылки, механизмы, управление : монография / под. общ. ред. О. Л. Яременко. – Харьков : Изд-во НУА, 2004. – 416 с.

145. Регіональна політика в країнах Європи. Уроки для України / за ред. С. Максименка. – Київ : Логос, 2000. – 171 с.

146. Регіональна політика: методологія, методи, практика / НАН України. Ін-т регіон. дослідж. ; відп. ред. акад. НАН України М.І. Долішній. – Львів, 2001. – 700 с.

147. Реутов В. Е. Формирование инвестиционного климата в регионе / Реутов В. Е., Немирович С. Н. // Экономика и управление. – 2004. – № 6. – С. 37–44.

148. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – Київ : НІСД, 2011. – 41 с.

149. Решетило В. П. Трудові ресурси регіонів: просторове розміщення та підвищення ефективності використання : монографія / В. П. Решетило, Н. С. Міщенко, О. В. Шубна; Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ, 2014. – 157 с.

150. Роцин С. Ю. Здоровье как экономическое благо: его влияние на заработную плату и занятость / Роцин С.Ю., Кузьмич О.С. // Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности : сб. ст. в 2 ч. – СПб., 2006. – Ч. 1. – С. 118–171.

151. Саати Т. Принятие решений. Методы анализа иерархии / Т. Саати ; пер. с англ. – Москва : Радио и связь, 1993. – 320 с.



152. Салиев Э. И. Оценка эффективности функционирования предприятий ВКХ / Салиев Э. И., Акулова Н. Б. // Коммунальное хозяйство городов : науч.-техн. сб. Вып.105. Сер. Технические науки и архитектура. – Симферополь, 2012. – С. 495–507.

153. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

154. Самородова Е. М. Инвестиции в человеческий капитал методологический аспект: дис. ... канд. экон. наук : 08.00.01 / Самородова Елена Михайловна. – Орел, 2000. – 208 с.

155. Санаторно-курортне лікування, організований відпочинок та туризм у Харківській області у 2014/2015 році : статистичний бюлетень ГУ у Харківській області. – Харків, 2015. – 45 с.

156. Саржан С. Е. Система охорони здоров'я України на сучасному етапі / С. Е. Саржан // Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського. Сер. Гуманітарні науки. – 2008. – № 2. – С. 138–144.

157. Саркисянц А. А. Санаторно-курортный комплекс региона как условие качественного воспроизводства трудового потенциала : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. экон. наук : спец. / А. А. Саркисянц. – Воронеж, 2007. – 20 с.

158. Саркисянц, А. А. Санитарно-курортный комплекс региона как условие качественного воспроизводства трудового потенциала [Текст]: дис. ... канд. экон. наук / А. А. Саркисянц. – М., 2007. – 150 с.

159. Севастьянова С. А. Региональное планирование развития туризма и гостиничного хозяйства / С. А. Севастьянова. – Москва : КНОРУС, 2007. – 256 с.

160. Селезнев В. Д. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в переходной экономике : автореф. дис. на соискание науч.

степени доктора экон. наук : спец. 08.00.01 «Экономическая теория» / В. Д. Селезнев. – СПб., 2002. – 38 с.

161. Сибурина Т. А. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире / Т. А. Сибурина, О. С. Мишина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 2(18). – С. 3.

162. Силкин В. В. Показатели и методы оценки экономической эффективности / В. В. Силкин // Экономика и управление. – 2004. – № 6. – С. 33–37.

163. Скуратівський В. Соціальна політика / В. Скуратівський, О. Палій, Е. Лібанова. – Київ : Вид-во УАДУ, 1997. – 360 с.

164. Соколенко А. С. Дослідження проблем ефективності використання санаторно-курортних установ на основі рекреаційного потенціалу Харківського регіону / А. С. Соколенко // Сталий розвиток міст : III всеукр. студентської наук.-техн. конф. : матеріали : в 3-х ч. Ч.1. – Харків, 2010. – С. 185–186.

165. Соколенко А. С. Економічний потенціал санаторно-курортного комплексу регіону у сучасних умовах / А. С. Соколенко // XXXVII наук.-техн. конф. викладачів, аспірантів, співробітників ХНУМГ ім. О.М. Бекетова, 23-25 квіт. 2014 р. : матеріали. – Харків, 2014. – Ч. 2. Економічні та гуманітарні науки. – С. 181–183.

166. Соколенко А. С. Ефективність в ланцюговому поєднанні «людина - здоров'я - праця - економіка - результат» / А. С. Соколенко // Регіональна, галузева та суб'єктна економіка України на шляху до євроінтеграції : IX міжнар. наук.-практ. конф. : тези доповідей. Ч. 2. – Харків, 2017. – С. 232–234.

167. Соколенко А. С. Загострення протиріч в секторі «економіки здоров'я» / А. С. Соколенко // ScienceRise. – Харків, 2016. – Т. 2, № 1. – С. 60–62.

168. Соколенко А. С. Зміст та завдання економічної стратегії управління здоров'ям / А. С. Соколенко // Стратегія розвитку міст : молодь і

майбутнє (інноваційний ліфт) : V міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. студентів, аспірантів і молодих науковців, 13 квіт. 2016 р. : матеріали. – Харків, 2016 – С. 255–257.

169. Соколенко А. С. Интеллектуальный ресурс региона / А. С. Соколенко, М. Ю. Глизнуца // Вчені зіписки Харківського інституту управління. – Харків, 2015. – Вип. 40. – С. 129–136.

170. Соколенко А. С. Людський капітал як фактор економічного розвитку держави / А. С. Соколенко // Проблеми та шляхи досягнення соціо-еколого-економічної безпеки на мікро-, мезо- та макрорівні : всеукр. наук.-практ. інтернет-конф., 29 квіт. 2016 р. : матеріали / відп. ред. В.О. Морохова. – Луцьк, 2016. – С. 227–230.

171. Соколенко А. С. Модель управління здоров'ям як економічним ресурсом регіону / А. С. Соколенко // Стратегія розвитку міст : молодь і майбутнє (інноваційний ліфт) : VII міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. студентів, аспірантів і молодих науковців, 28 квіт. – 22 трав. 2017 р. : тези доповідей. – Харків, 2017. – С. 1–3.

172. Соколенко А. С. Регіональне управління трудовим потенціалом регіону / А. С. Соколенко // Вісник Хмельницького національного університету. – 2017. – № 6. – С. 76–82.

173. Соколенко А. С. Регіональний санаторно-курортний комплекс Харківщини: оцінка та завдання розвитку / А. С. Соколенко // Вчені зіписки Харківського інституту управління. – Харків, 2015. – Вип. 40. – С. 143–149.

174. Соколенко А. С. Регіональні особливості відновлення трудового потенціалу / А. С. Соколенко // Моделювання регіональної економіки. – 2016. – № 12. – С. 140–145.

175. Соколенко А. С. Розвиток людського капіталу – завдання санаторно - курортних установ Харківського регіону / А. С. Соколенко // Пріоритети розвитку національної економіки в контексті євроінтеграційних та глобальних викликів : VIII міжнар. наук.-практ. конф., 20-21 квіт. 2016 р. : матеріали. Ч.2. – Харків, 2016. – С. 110–112.

176. Соколенко А. С. Стан і значення санаторно-курортного комплексу на ринку послуг Харківського регіону / А. С. Соколенко // Особливості, проблеми і перспективи сучасних технологій управління в економіці, науці, освіті в ХХІ столітті : міжнар. наук.-практ. конф. : матеріали. – Харків, 2015. – Вип. 38. – С. 82–88.

177. Соколенко А. С. Фактори впливу на формування попиту на послуги санаторно-курортних установ / А. С. Соколенко // Туризм: міжнародний досвід та національні пріоритети : І всеукр. наук.-практ. конф., 26 трав. 2017 р. : матеріали. – Житомир, 2017. – С. 125–129.

178. Солоненко І. М. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк // Державне управління: теорія та практика. – 2010. – № 2. – Режим доступу: [www/nbu.gov.ua/](http://www/nbu.gov.ua/)

179. Спасская Н. Санаторное лечение по льготам и без них. Большая разница / Н. Спасская // Время. – 2015. – 28 апр. – С. 1, 3.

180. Статистичний збірник «Регіони України 2009». Частина II. / Державний комітет статистики України. – Київ, 2009. – 764 с.

181. Статистичний щорічник «Харківська область у 2013 р.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kh.ukrstat.gov.ua/index.php/statystychnyi-shchorichnyk-kharkivska-oblast-u-2013-rotsi>

182. Стеченко Д. М. Управління регіональним розвитком / Д. М. Стеченко. – Київ : Вища шк., 2000. – 223 с.

183. Терентьева Л. А. Информационно-аналитическое обеспечение процесса управления здоровьем и качеством жизни населения региона / Л. А. Терентьева // Здоровье – основа человеческого потенциала : проблемы и пути их решения : шестая Всерос. конф. с междунар. участием, 24-26 нояб. 2011 г. : труды. – СПб., 2011. – С. 49–51.

184. Третяк В. П. Досвід окремих країн у вирішенні проблем людського розвитку / В. П. Третяк // Бізнес Інформ. – 2013. – № 3. – С. 41–51.

185. Туристична діяльність у Харківській області у 2013 році // Статбюлетень. – Харків, 2014.

186. Турищев А. П. Оценка эффективности деятельности предприятия через использование финансовых и нефинансовых показателей / А. П. Турищев // Менеджмент в России и за рубежом. – 2007. – № 5. – С. 99–105.

187. Удосконалення методів оцінки ефективності діяльності підприємств / Салига С. Я., Салига К. С., Кирилова Л. І., Скачкова О. В. Запоріжжя : ГУ ЗІДМУ, 2007. – 56 с.

188. Федоров І. О. Оцінка ефективності фінансово-господарської діяльності підприємств санаторно-курортного комплексу : автореф. дис. на здобуття наук. канд. екон. наук : спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит» / І. О. Федоров. – Суми, 2002. – 23 с.

189. Федосов В. М. Бюджетна система : підручник / В. М. Федосов. — Київ : Центр учб. літ. ; Тернопіль : Екон. думка, 2012. — 871 с.

190. Фесенко І. А. Система показників трудового потенціалу регіону / І. А. Фесенко // Економічний вісник Національного гірничого університету. – 2009. – № 4. – С.33–38.

191. Фисун К. А. Использование экспертных технологий в стратегическом планировании / К. А. Фисун // Ринкова трансформація економіки України : проблеми регулювання : колективна монографія / за ред. В. Ф. Бесєдіна, А. С. Музиченька. – Київ, 2005. – С. 414–424.

192. Фісун К. А. Методологія програмування розвитку регіонів України / К. А. Фісун. – Харків : ХНАМГ, 2007. – 401 с.

193. Хейне П. Экономический образ мышления / П. Хейне : пер. с англ. – Москва : Дело, 1993. – 704 с.

194. Червяченко А. В. Еволюція поняття ефективності / А. В. Червяченко // Регіональні перспективи. – 2004. – Вип. 3–5. – С. 102–104.

195. Шаульська Л. В. Стратегія розвитку трудового потенціалу України / Л. В. Шаульська. – Донецьк, 2005. – 502 с.

196. Шаульська Л. В. Стратегія розвитку трудового потенціалу України : монографія / Л. В. Шаульська. – Донецьк : Ін-т економіки промисловості НАН України, 2005. – 502 с.

197. Шелегеда Б. Економічний потенціал регіону: закони формування і методи оцінки / Шелегеда Б., Савченко М., Савченко І. // Схід. – 2003. – №5. – С. 25–29.

198. Шестак М. Л. Теоретичний аналіз змісту та особливостей застосування категорії «економічна ефективність» / М. Л. Шестак // Економічний форум. – 2014. – № 3. – С. 11–16.

199. Шмаков Д. И. Разработка методики оценки потерь капитала здоровья [Электронный ресурс] / Д. И. Шмаков. – Режим доступа: <http://www.ecfor.ru/pdf/Шмаков.pdf>.

200. Шторіна І. Реформування медицини не покращує становище хворих [Електронний ресурс] / І. Шторіна. – Режим доступу: <http://radosvoboda.org/articlprintview/2507/>

201. Шулика С. Что делать с сигаретным терроризмом? / С. Шулика // Аргументы науки. – 2014. – № 49, 5–11 дек.

202. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік/ за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

203. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

204. Экономическая эффективность: теоретические и методические аспекты : учеб. пособие / сост. Ареновская С.Н., Бондаренко Т.Н., Савватива О.П. – Хабаровск : РИЦ ХГАЭП, 2009. – 80 с.

205. Экономический потенциал региона: анализ, оценка, диагностика : монография / Тищенко А. Н., Кизим Н. А., Кубах А. И., Давыскибы Е. В. – Харьков : ИД «ИНЖЕК», 2005. – 176 с.

206. Якість економічного зростання / В. Томас, М. Даймані, А. Дарегивар та ін.; пер. з англ. – Київ : Основа, 2002. – 350 с.

207. Янг С. Системное управление организацией / С. Янг ; пер. с англ. Э. Антонова. – Москва : Сов. радио, 1972. – 452 с.

## ДОДАТКИ

Додаток А

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**Статті у наукових фахових виданнях України:

1. Соколенко А.С. Стан і значення санаторно-курортного комплексу на ринку послуг Харківського регіону. / А.С. Соколенко // Вчені записки Харківського інституту управління. – 2015. - Випуск № 38 – С.82-88.

2. Соколенко А.С. Интеллектуальный ресурс региона. / А.С. Соколенко, М.Ю. Глизнуца // Вчені записки Харківського інституту управління. – 2015. – Випуск № 40 – С. 129 – 136 . *Особистий внесок:* оцінено стан трудового потенціалу у Харківському регіоні, розроблено пропозиції щодо економічного аналізу впливу СКК на трудовий потенціал регіонів.

3. Соколенко А.С. Регіональний санаторно-курортний комплекс Харківщини: оцінка та завдання розвитку. / А.С. Соколенко // Вчені записки Харківського інституту управління. – 2015. - Випуск № 40. – С. 143 – 149.

4. Соколенко А.С. Регіональні особливості відновлення трудового потенціалу / А.С. Соколенко // Моделювання регіональної економіки. – 2016. - № 27(1). – С. 140-145.

5. Соколенко А.С. Резерви санаторно-курортної підтримки відновлення трудового потенціалу регіонів / А.С. Соколенко, І.М. Писаревський // Вісник Волинського інституту економіки та менеджменту. – 2017. - № 19. – С. 228-236. *Особистий внесок:* розроблено операційно-технологічні процедури санаторно-курортної підтримки відновлення трудового потенціалу регіону.

Праці у наукових періодичних виданнях інших держав або у виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз:

6. Соколенко А.С. Загострення протиріч в секторі «економіки здоров'я». / А.С. Соколенко // Науковий міжнародний журнал «ScienceRise». – 2016. - № 1(19). – Том 2. – С. 60-62.



7. Соколенко А.С. Економіка і здоров'я продуктивного населення: завдання розвитку санітарно-курортних установ регіону./ А.С. Соколенко, І.М.Писаревський // Науковий міжнародний журнал «Технологічний аудит та резерви виробництва». – 2017. - № 1/4 (33).– С. 13-19. *Особистий внесок*: приведені вихідні положення щодо побудови стратегії розвитку регіональної системи оздоровчих закладів.

8. Соколенко А.С. Регіональне управління трудовим потенціалом регіону. / А.С. Соколенко // Вісник Хмельницького національного університету. – 2017. - № 6. – С. 76-82

Статті у виданнях іноземних держав

9. Sokolenko Anna. Situation and development of health support system in Ukraine / Sokolenko Anna // Scientific journal «EUREKA: Social Sciences and Humanities». – 2015. - Number 1, Tallinna.

Праці апробаційного характеру:

10. Соколенко А.С. Сучасні концепції організації лікувального харчування в санаторно-курортних установах / А.С. Соколенко, І.М.Писаревський // Інноваційні аспекти розвитку обладнання харчової і готельної індустрії в умовах сучасності, матеріали Міжнародної науково-технічної конференції, 8–11 вересня 2015 р. – Харків: ХДУХТ. - 2015. – С. 183-184. *Особистий внесок*: розроблено логіко-структурну модель розвитку оздоровчих закладів системи охорони здоров'я.

11. Соколенко А.С. Дослідження проблем ефективності використання санаторно-курортних установ на основі рекреаційного потенціалу Харківського регіону. / А.С. Соколенко // Матеріали III всеукраїнської студентської науково-технічної конференції «Сталий розвиток міст» (75-й студентської науково-технічної конференції ХНАМГ): в 3-х ч./Ч.1 – Харків: ХНАМГ, 2010. – 250 с. – С. 185-186.

12. Соколенко А.С. Економічний потенціал санаторно-курортного комплексу регіону у сучасних умовах / А.С. Соколенко // Матеріали XXXVII науково-технічної конференції викладачів, аспірантів, співробітників

ХНУМГ ім. О.М. Бекетова, (Харків, 23 – 25 квітня 2014). – Харків : ХНУГХ. – Ч. 2 «Економічні та гуманітарні науки». – С. 181-183.

13. Соколенко А.С. Людський капітал як фактор економічного розвитку держави. / А.С. Соколенко // Проблеми та шляхи досягнення соціо-еколого-економічної безпеки на мікро-, мезо- та макrorівні: Матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (29 квітня 2016 р). / відп. ред. В.О. Морохова. – Луцьк: РВВ Луцького НТУ, 2016. – С. 227-230.

14. Соколенко А.С. Розвиток людського капіталу - завдання санаторно - курортних установ харківського регіону / А.С. Соколенко // Пріоритети розвитку національної економіки в контексті євроінтеграційних та глобальних викликів: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конф. Частина 2 ( 20-21 квітня 2016 р.) – Харків : ХНУБА, 2016 – С. 110-112.15.

15. Соколенко А.С. Зміст та завдання економічної стратегії управління здоров'ям / А.С. Соколенко // «Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє (інноваційний ліфт)» : Матеріали V Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції студентів, аспірантів і молодих науковців, (13 квітня 2016 р). – Харків : ХНУМГ, 2016 – С. 255-257

16. Sokolenko Anna. Formation of the scientific basis for the development of sanatorium establishments / Sokolenko Anna // The Ninth International Conference on Eurasian scientific development. Proceedings of the Conference (May 20, 2016). «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna, 2016. - P.178-180.

17. Sokolenko Anna. Problems of population health. the economic dimension. / Sokolenko Anna // Матеріали III міжнародного форуму «Young Researchers in Globalized World: Vistas and Challenges», (May, 15), 2017. – С. 125-130.

18. Соколенко А.С. Фактори впливу на формування попиту на послуги санаторно-курортних установ / А.С. Соколенко // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Туризм: міжнародний досвід та

національні пріоритети», (26 травня 2017 року). Житомир. - Житомирський національний агроекологічний університет, 2017. – С. 125-129.

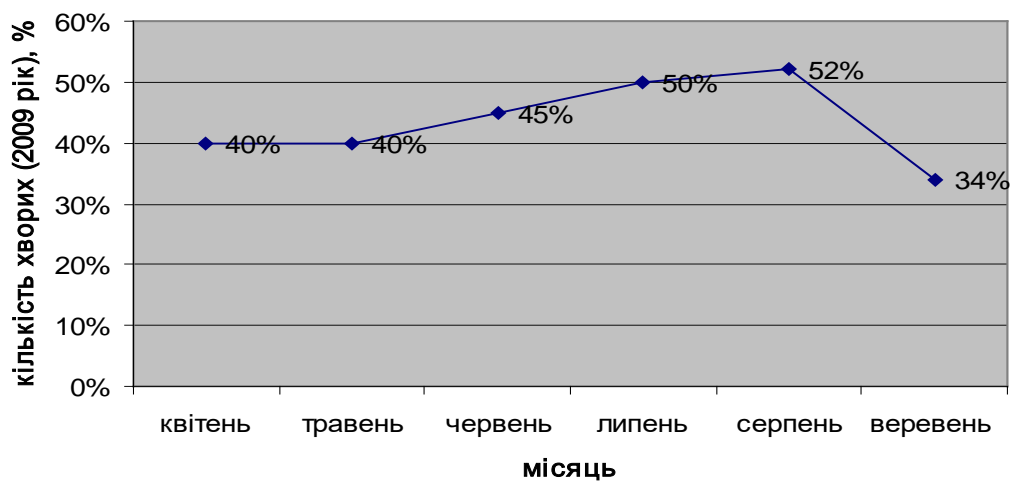
19. Соколенко А.С. Модель управління здоров'ям як економічним ресурсом регіону. / А.С. Соколенко // Збірник тез доповідей VII Міжнародної науково-практичної інтернет конференції «Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє (інноваційний ліфт)», (28 квітня - 22 травня 2017 року). - Харків. - Харківський національний університет міського господарства імені О.М. Бекетова, 2017. – С. 1-3.

20. Соколенко А.С. Ефективність в ланцюговому поєднанні «людина – здоров'я – праця – економіка – результат» / А.С. Соколенко // Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної конференції «Регіональна, галузева та суб'єктна економіка України на шляху до євроінтеграції». – Харків. - ХНУБА, 2017. – Частина 2.– С. 232-234.

21. Семінар кафедри туризму і готельного господарства, менеджменту і адміністрування, економіки підприємств міського господарства Харківського національного університету міського господарства імені О. М. Бекетова (м. Харків, протокол № 9 від «20» грудня 2017 р.)

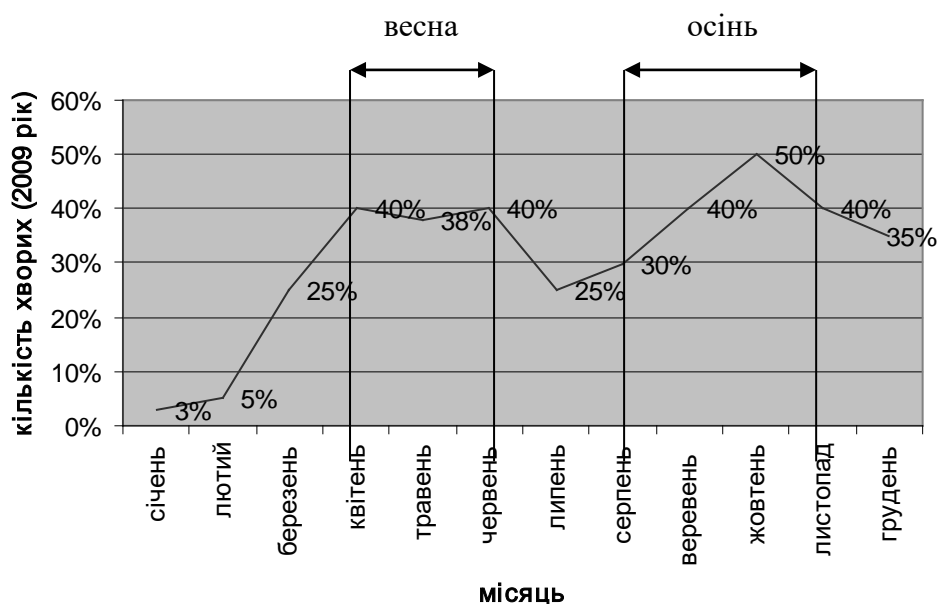
## Додаток Б1

Динаміка загострення захворюваності на класи хвороб, 2016 р.



## Додаток Б2

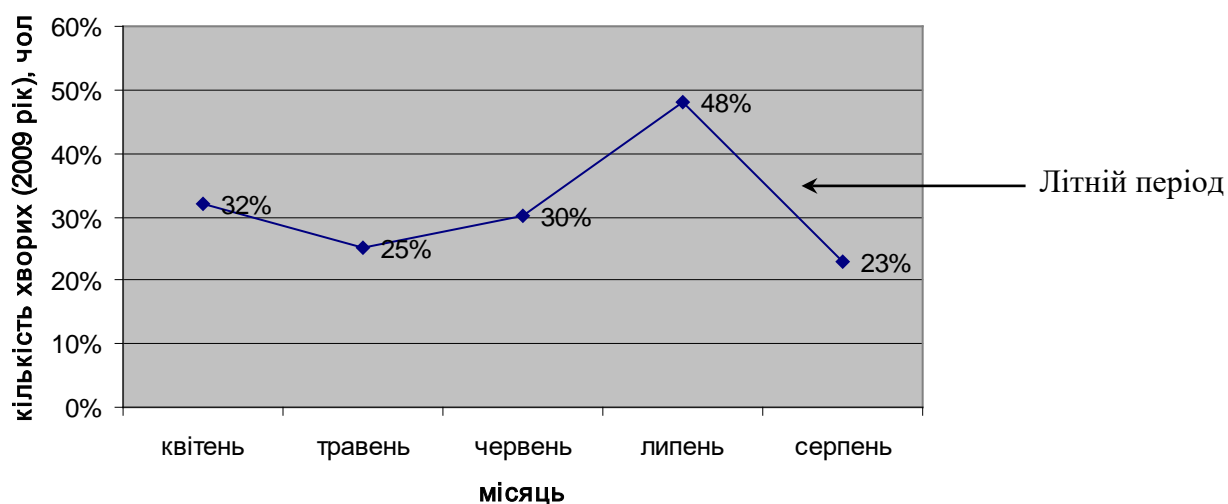
Динаміка загострення захворюваності на хвороби органів дихання, 2016 р.





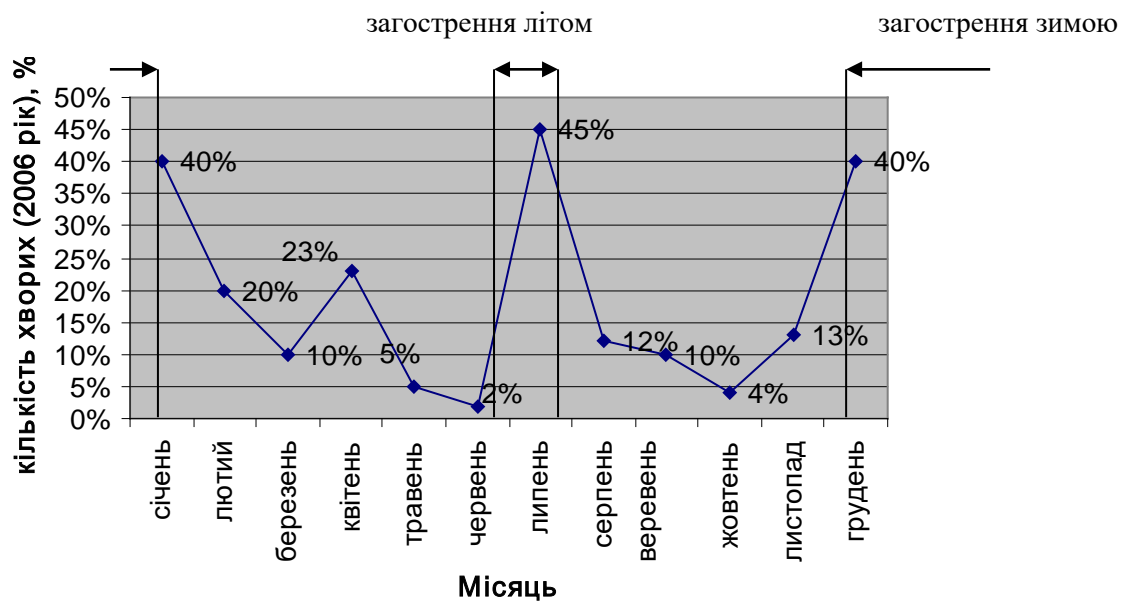
## Додаток Б5

Динаміка загострення захворюваності на хвороби органів травлення, 2016 р.



## Додаток Б6

Динаміка загострення захворюваності на хвороби системи кровообігу, 2016 р



## Додаток В1

## Дані опитування експертів, етап 1

Індивідуальна самооцінка (0-10)	10	8	9	7	8	9	9	10	9	9	10	9	10	8	7	8	8	8
Средньогрупова самооцінка	<b>8,69</b>																	
<b>Параметри</b>	<b>№ 1</b>	<b>№ 2</b>	<b>№ 3</b>	<b>№ 4</b>	<b>№ 5</b>	<b>№ 6</b>	<b>№ 7</b>	<b>№ 8</b>	<b>№ 9</b>	<b>№ 10</b>	<b>№ 11</b>	<b>№ 12</b>	<b>№ 13</b>	<b>№ 14</b>	<b>№ 15</b>	<b>№ 16</b>	<b>№ 17</b>	<b>№ 18</b>
Термін відпрацьованого часу	33	20	35	15	35	35	30	40	30	35	15	25	25	10	10	26	20	28
Погані умови праці	10	10	10	15	15	20	30	20	25	15	15	20	25	20	14	10	20	15
Неправильне харчування	8	30	5	10	10	10	5	10	10	10	20	15	22	36	15	10	10	10
Незгода в сім'ї і погані побутові умови	10	10	10	20	10	7	5	5	10	10	10	20	10	5	20	20	20	5
Погана охорона здоров'я	7	10	10	10	4	5	5	5	8	6	10	5	8	15	15	14	15	17
Малорухливий спосіб життя	5	10	10	10	6	8	5	5	5	15	10	5	5	9	10	10	8	5
Моральні та психологічні перевантаження	27	10	20	20	20	15	20	15	12	9	20	10	5	5	16	10	7	20
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

## Додаток В 2

## Розрахок коефіцієнта конкордації. Етап 1

Параметри	Матриця рангів																			
	Термін відпрацьованого часу	7	6	7	4,5	7	7	6,5	7	7	7	4,5	7	6,5	4	1,5	7	6	7	1406
Погані умови праці	4,5	3	3,5	4,5	5	6	6,5	6	6	5,5	4,5	5,5	6,5	6	3	2,5	6	4	272	
Неправильне харчування	3	7	1	2	3,5	4	2,5	4	3,5	3,5	6,5	4	5	7	4,5	2,5	3	3	6,25	
Незгода в сім'ї і погані побутові умови	4,5	3	3,5	6,5	3,5	2	2,5	2	3,5	3,5	2	5,5	4	1,5	7	6	6	1,5	16	
Погана охорона здоров'я	2	3	3,5	2	1	1	2,5	2	2	1	2	1,5	3	5	4,5	5	4	5	484	
Малорухливий спосіб життя	1	3	3,5	2	2	3	2,5	2	1	5,5	2	1,5	1,5	3	1,5	2,5	2	1,5	961	
Моральні та психологічні перевантаження	6	3	6	6,5	6	5	5	5	5	2	6,5	3	1,5	1,5	6	2,5	1	6	30,3	
Кількість експертів	18	(m)																	3176	
Кількість об'єктів	7	(n)																	<b>Коефіцієнт конкордації:</b>	<b>0,35</b>

**Рейтинг показників впливу на працездатність економічно активного населення**

Параметри	Сер. значення	Средньовзвішнена оцінка	Дисперсія	Коеф. варіації	Інтервал довіри						Рейтинг
					Мін оцінка	Макс. оцінка	Квартиль	Нижня межа	Верхня межа	Розбіг	
Термін відпрацьованого часу	17,9	17,9	0,1	0,0	17,0	18,0	0,3	17,3	17,8	0,50	<b>1,0</b>
Погані умови праці	16,0	16,0	0,0	0,0	16,0	16,0	0,0	16,0	16,0	0,00	<b>2,0</b>
Неправильне харчування	14,1	14,1	0,1	0,0	14,0	15,0	0,3	14,3	14,8	0,50	<b>4,0</b>
Незгода в сім'ї і погані побутові умови	13,0	13,0	0,0	0,0	13,0	13,0	0,0	13,0	13,0	0,00	<b>5,0</b>
Погана охорона здоров'я	12,0	12,0	0,0	0,0	12,0	12,0	0,0	12,0	12,0	0,00	<b>7,0</b>
Малорухливий спосіб життя	12,9	12,9	0,1	0,0	12,0	13,0	0,3	12,3	12,8	0,50	<b>6,0</b>
Моральні та психологічні перевантаження	14,1	14,1	0,1	0,0	14,0	15,0	0,3	14,3	14,8	0,50	<b>3,0</b>





УКРАЇНА

## ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

## Департамент економіки і міжнародних відносин

майдан Свободи 5, Держпром, 3 під., 8 пов., м. Харків, 61022, тел.: (057) 705-10-17, факс: 705-10-29  
E-mail: [uek@kharkivoda.gov.ua](mailto:uek@kharkivoda.gov.ua)

27.11.2017 № 04-23/3940  
на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри Туризму і готельного господарства  
Харківського національного університету міського господарства  
імені О.М. Бекетова  
Соколенко Анни Сергіївни

на тему

«ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНІВ В  
САНАТОРНО-КУРОРТНИХ КОМПЛЕКСАХ»

Результати дисертаційної роботи Соколенко Анни Сергіївни на тему  
«Відновлення трудового потенціалу регіонів в санаторно-курортних  
комплексах» зі спеціальності 08.00.05 – розвиток продуктивних сил  
регіональна економіка, використовуються в роботі Департаменту економіки і  
міжнародних відносин Харківської обласної державної адміністрації, а саме:

- інструментарій оцінювання ефективності заходів оздоровлення населення регіону;
- теоретико - концептуальні положення розвитку регіональних санаторно - курортних комплексів;
- моделі управління розвитком системи оздоровчих закладів;
- запропоноване фінансове забезпечення охорони здоров'я трудового потенціалу регіонів.

Методичні підходи до оцінювання потенціалу рекреації і оздоровлення дозволили розробити якісну програму розвитку регіону.

Довідка видана без фінансових зобов'язань установи перед автором.

Заступник директора Департаменту  
начальник управління аналітики,  
прогнозування та зведення інформації



І.В. Коновалова



000002279

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ  
УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
МІСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА  
імені О. М. Бекетова

61002, м. Харків, вул. Маршала Бажанова, 17,  
тел. (057)706-15-37, факс (057) 706-15-54  
E-mail: [rectorat@kname.edu.ua](mailto:rectorat@kname.edu.ua),  
код ЄДРПОУ 02071151

MINISTRY OF EDUCATION AND  
SCIENCE OF UKRAINE

O.M. BEKETOV NATIONAL UNIVERSITY  
OF URBAN ECONOMY  
IN KHARKIV

17, Marshala Bazhanova Street, Kharkiv 61002,  
tel. (057) 706-15-37, fax (057) 706-15-54  
E-mail: [rectorat@kname.edu.ua](mailto:rectorat@kname.edu.ua),  
EDRPOU code 02071151

Від 04.11.17 № 05-458

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

### ДОВІДКА

про впровадження у навчальний процес  
результатів дисертаційної роботи  
аспіранта кафедри «Туризму і готельного господарства»  
Соколенко Анни Сергіївни  
за темою

### «ВІДНОВЛЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНІВ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ КОМПЛЕКСАХ»

Ректорат Харківського національного університету міського господарства ім. О.М. Бекетова підтверджує впровадження у навчальний процес результатів дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук, аспіранта кафедри туризму і готельного господарства Соколенко Анни Сергіївни на тему «Відновлення трудового потенціалу регіонів в санаторно-курортних комплексах» зі спеціальності 08.00.05 – розвиток продуктивних сил і регіональна економіка. Розробки та рекомендації запропоновані автором впроваджено в навчальний процес при викладанні таких дисциплін як «Управління сталим розвитком» та «Курортологія». Дисертаційна робота містить нові теоретико-методичні та практичні розробки, які дозволять поглибити рівень знань і вмінь студентів у процесі виконання розрахунково-графічних та контрольних робіт.

Проректор з наукової роботи  
Харківського національного університету  
міського господарства імені О.М. Бекетова  
д.т.н., професор



Сухонос М. К.