

КЛАСТЕРИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

Наведено недоліки медичної галузі України, які призводять до стримання розвитку системи охорони здоров'я. Досліджено особливості підґрунтя щодо створення типового кластеру в медичній сфері як стратегічного напрямку забезпечення державою своїх функцій. Охарактеризовано Вінницьку психіатричну лікарню як базуутворюючу домінуючу кластеризації медичної галузі. Обґрунтовано структуру кластеру в сфері охорони здоров'я в умовах децентралізаційних процесів. Очікуваним ефектом впровадження кластеризації в медичній сфері є підвищення якості медичного обслуговування громадян при зменшенні надходжень із централізованих джерел фінансування.

Ключові слова: кластер, охорона здоров'я, децентралізація, регіон.

Постановка проблеми. На сучасному етапі господарювання вітчизняна система охорони здоров'я не здатна сповна забезпечити процес реалізації конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування. Виникнення складної ситуації спричинено дефіцитом фінансових ресурсів, зниженням якості медичної допомоги, незадовільним матеріально-технічним станом та зростанням масштабів «тіньового» сектора у сфері охорони здоров'я. Тому ця система потребує негайного реформування з урахуванням особливостей кожного окремо взятого регіону. Стратегія перетворень в сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на кластерному підході, який забезпечить результативний захист населення від медичних ризиків, та сприятиме ефективному використанню ресурсів системи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вагомий внесок у дослідження теоретичних засад реформування системи охорони здоров'я держави зробили вітчизняні вчені: І. Кринична [1], Є. Кульгінський [2], В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л.І. Галієнко [3]. Питання кластерного розвитку медичної галузі розглядали в своїх роботах такі фахівці як С. Палиця [4], О. Тищенко, С. Заніздра [5]. Відносини з надання медичних послуг суб'єктами господарювання ознаменовані низкою досліджень і публікацій, зокрема це праці С. Зайчука [6], А. Зальотова [7], І. Чкана [8] та інших фахівців, котрі проводили дослідження в цій сфері. Але незважаючи на велику кількість досліджень, залишається

нерозкритим питання побудови обґрунтованої структури кластерів в сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасного напрямку розвитку регіонів – децентралізації. Дослідження цього питання дасть змогу винайти шляхи поліпшення інноваційного розвитку всіх елементів системи охорони здоров'я та спрямувати зусилля держави на поліпшення здоров'я населення і таким чином підвищити конкурентоспроможність країни в цілому і благополуччя її громадян в межах місцевої громади.

Метою статті є дослідження особливостей формування структури типового кластера в системі охорони здоров'я в українських реаліях децентралізації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Визначаючи державу, як об'єднання людей, які населяють певну територію, особливу увагу необхідно приділять саме соціальному розвитку населення, що є підґрунтям успішного здійснення економічних перетворень. Визначення напрямів функціонування окремих елементів соціальної інфраструктури є потужним інструментом зменшення нерівності в суспільстві, підвищення соціальної згуртованості та стабільності. Одним із головних складових відповідної інфраструктури є система охорони здоров'я, що розвивається під впливом низки негативних чинників – старіння населення, швидка урбанізація та широкомасштабне поширення нездорового способу життя.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я, що була запропонована Міністерством охорони здоров'я на 2015-2020 рр. враховує європейські стандар-



ти якості та доступності допомоги населенню [9]. Відповідна Стратегія була розроблена на базі кластерного підходу, який є потужним інструментом зменшення нерівності в суспільстві, підвищення соціальної згуртованості та стабільності.

Зазначимо, що сучасній сфері охорони здоров'я України притаманні такі відмінності:

невеликий рівень тривалості життя та висока смертність, що спричинено недостатньою обізнаністю щодо шкідливості паління, надмірною вагою, надмірним вживанням алкоголю, поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму;

досить низький рівень витрат частини ВВП на послуги охорони здоров'я у відношенні на душу населення;

система охорони здоров'я ґрунтується на моделі Семашко, що є громіздкою та застарілою і не спонукає до розвитку цієї сфери.

Соціально-економічний розвиток України характеризується жорсткістю конкуренції між всіма суб'єктами господарювання, що особливо гостро проявляється в сфері охорони здоров'я [10, с. 275]. Як правило, в конкурентній боротьбі виграють лише об'єднання одиниць господарювання, вони спроможні швидше створювати нову продукцію на основі нових технологій, їхня продукція чи послуги більш якісні та більш дешеві ніж аналогічні, також добре організоване післяпродажне обслуговування. Таким чином, подальший розвиток та реформування системи охорони здоров'я неможливо реалізувати без урахування кластерного підходу.

Основоположником теорії кластеризації вважається Майкл Портер [11, с. 79]. За його визначенням, кластер – це група географічно взаємопов'язаних компаній і пов'язаних з ними організацій, що діють в певній сфері, характеризуються спільною діяльністю та взаємодоповнюють одна одну. У ході своїх досліджень автор виявив, що найбільш конкурентоспроможні транснаціональні компанії зазвичай не розкидані безсистемно по різних країнах, а ті, що мають тенденцію концентруватися в одній країні, а часом навіть в одному регіоні країни.

Засновниками терміну «кластеризація» є фахівці математичної галузі, які в своїх дослідженнях визначають його як – об'єднання в групи схожих об'єктів [12, с. 568]. Кластеризації притаманні такі особливості [13, с. 32; 14, с. 17]:

– локалізація кластерів (наприклад, за географічною, територіальною ознакою);

– багатоплановість та стійкість взаємозв'язків між учасниками кластеру при формуванні відповідних конкурентних відношень (наприклад, якщо в структурі кластеру реалізується добровільне медичне страхування, то його здійснюють найбільш конкурентні страхові компанії, які в свою чергу є автономними елементами цієї структури);

– необмежене коло учасників кожного окремо взятого кластеру.

Європейський досвід розвитку держави обґрунтовує необхідність розвитку процесів децентралізації в Україні шляхом формування кластерів в сфері охорони здоров'я. Децентралізація – це реальний шлях до підвищення рівня життя кожного мешканця міста, села, селища, а кластеризація медичних установ та закладів дозволить забезпечити саме високу якість життя населення. Кластери в сфері охорони здоров'я формують і перерозподіляють фінансове забезпечення в медичній галузі кожного окремого регіону України, бо підґрунтям сучасної кластеризації є діючі медичні заклади міста, села. Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 є ядром для формування типового кластеру у сфері охорони здоров'я (табл. 1).

Метою функціонування лікарні є ефективне використання сил і засобів лікувально-профілактичних підрозділів, тісна співпраця з медичними навчальними закладами та фармацевтичним сектором задля досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні спеціалізованої медичної допомоги мешканцям Вінницької та сусідніх областей. Досліджувана лікарня як база створення кластеру є комунальною медичною установою, заснованою на спільній власності територіальних громад сіл, селищ, міст Вінницької області. Створення типового кластеру у сфері охорони здоров'я ґрунтується на структурних підрозділах лікарського закладу.



Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 як – підгрунття формування кластеру

№ пп	Відділення	Кількість ліжок	Райони, що обслуговуються	Кабінети
1	для примусового лікування психічно хворих з посиленням режимом нагляду	50	міжобласне, Вінницька, Хмельницька, Чернівецька області	Рентгенологічний
2	психіатричне, жіноче, геронтологічне	70	Подільський, Хмельницький, Барський, Жмеринський райони та пацієнти Вороновицького психоневрологічного інтернату	функціональної діагностики
3	психіатричне, жіноче	70	Вінницький, Літинський, Калинівський, Козятинський та Муровано-Куриловецький райони	фізіотерапевтичний
4	обласне фтизіо-психіатричне відділення	70	Вінницька область	лікувальної фізкультури
5	психіатричне, чоловіче	75	Хмельницький, Муровано-Куриловецький та Барські райони	лабораторії
6	психіатричне, чоловіче	75	Вінницького, Жмеринського, Калинівського та Літинського районів	харчоблок, пральня, відділення праці і терапії церква св. Пантелеймона, клуб, бібліотека
7	сестринського нагляду, змішане	30	змішане	
8	пограничних станів	30	закріплені за лікарнею згідно районування	
9	невідкладних станів	6	всі	
10	психіатричне, чоловіче, геронтологічне	60	Могилів-Подільського, Барського та Вінницького районів а також Вороновицького психоневрологічного інтернату	

Джерело: узагальнено автором на підставі [15].

Так, Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 включає 10 відділень (табл. 1), які забезпечують впровадження прогресивних методів лікування та надають спеціалізовану медичну допомогу жителям. Отже, в умовах реалізації Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України відповідна лікарня з мережею підрозділів може стати ядроутворюючою основою для формування кластерів в медичній сфері.

Система охорони здоров'я, як відомо, вже багато років функціонує в умовах постійного недофінансування. Головними джерелами фінансування медичної галузі в Україні є кошти держави, що об'єктивно обумовлене існуванням державної системи закладів охорони здоров'я. Тому особливості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні в процесі децентралізації реалізуються в процесі побудови кластерів.

Кластерний розвиток як чинник активізації розвитку охорони здоров'я є характерною ознакою сучасного стану деце-

нтралізації. Світовий досвід кластеризації показав, що вона справляє вирішальний вплив на процеси посилення конкурентоспроможності та прискорення інноваційної діяльності в будь-якій сфері [16]. Зауважимо, що кластеризація, а відповідно і кластери в системі охорони здоров'я мають певні відмінності від інших кластерів. Так, типовий кластер включає всі складові процесу охорони здоров'я кожної окремо взятої особи: від об'єкта надання медичної послуги до суб'єкта споживання цієї послуги (рис. 1). Таким чином, формування кластеру в системі охорони здоров'я України переслідує мету – надання конкурентного медичного забезпечення як кожному окремому громадянину, так і суспільству в цілому. Обґрунтована кластеризація в медичній галузі дозволить значно підвищити рівень соціально-економічного розвитку всіх регіонів України та прискорить розвиток країни в цілому.

В умовах курсу держави на децентралі-



зацію функціонування кластерів в медицині є запорукою модернізації всієї системи охорони здоров'я. Кластеризація медичної галузі не можлива без врахування взаємозв'язку з фармацевтичними компаніями, добровільним медичним страхуванням населення та медичними університетами, що здатні забезпечити

науковий прогрес в сфері охорони здоров'я. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я створення кластерів повинне забезпечити як мінімум гарантований державою життєзабезпечувальний рівень медичного обслуговування, структура якого наведено на рис. 1.

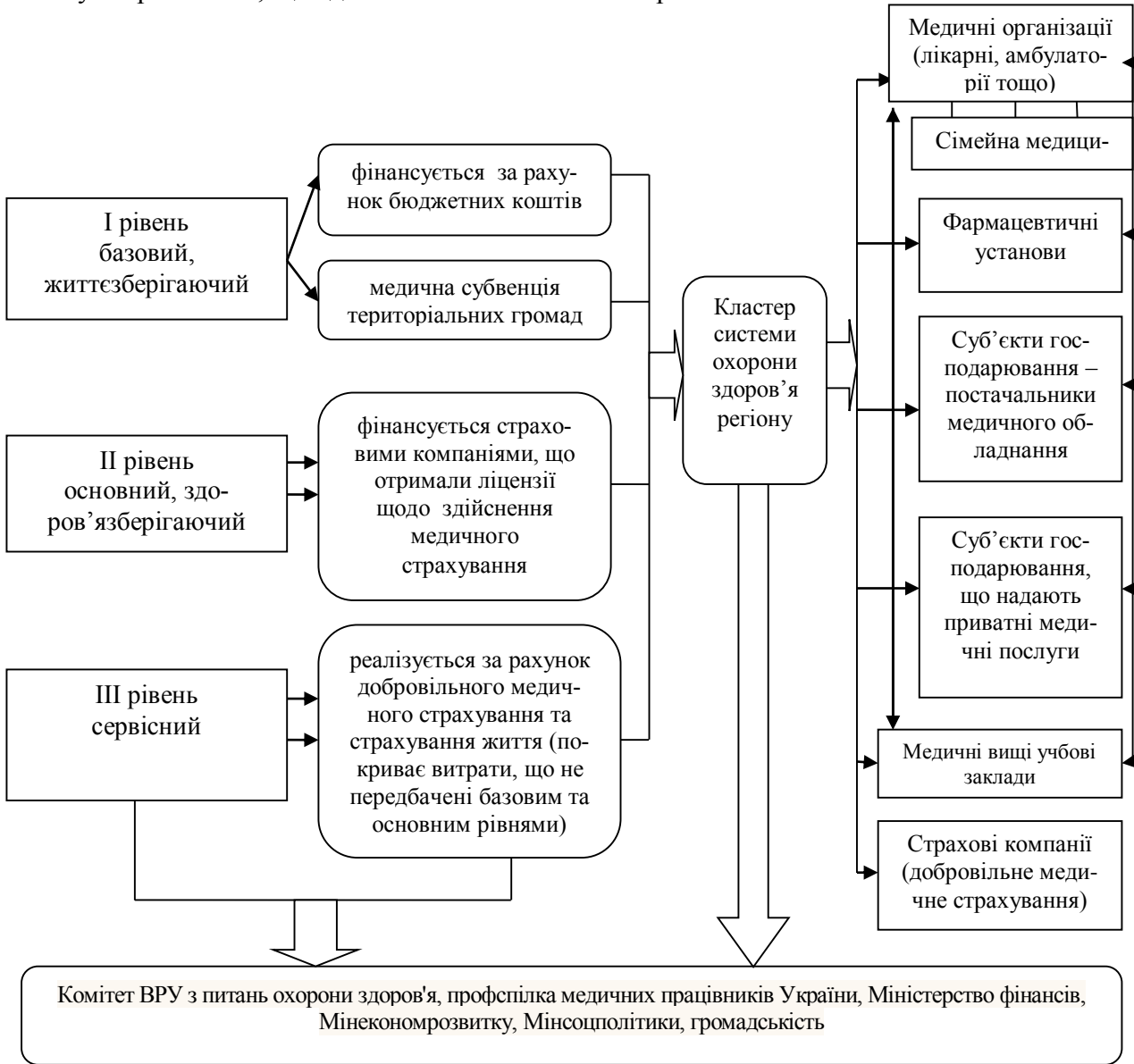


Рис. 1. Функціонування кластеру системи охорони здоров'я регіону
Джерело: розроблено автором

Таким чином, запропонована структура функціонування типового кластеру системи охорони здоров'я регіону враховує обов'язки держави як гаранта надання необхідних життєзабезпечувальних медичних послуг населенню, так і обґрунтовує необхідність розвитку добровільного медичного страхування з боку страхових компаній України. Реалізація принципу децентралізації через медичну субвенцію щодо територіальних громад сприяє

якісному медичному обслуговуванню як міського, так і сільського населення держави. Особливої уваги в наведеній структурі кластеру заслуговують напрями спрямування медичної субвенції в рамках об'єднаної територіальної громади на [17, ст. 3]:
а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки,





поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги);

б) програми медико-санітарної освіти (міські центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);

в) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автотранспорту санітарного транспорту, інші програми і заходи).

У законі «Про Державний бюджет України» затверджуються обсяги медичної субвенції для бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територій громад [18].

Залишки коштів за медичною субвенцією на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і можуть використовуватися у наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції, у тому числі на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я [19, ст. 103-104].

Реформування сфери охорони здоров'я в умовах широкомасштабної децентралізації передбачає формування відповідного механізму організації системи надання медичних послуг з урахуванням кластерного підходу. За рахунок кластеризації на основі децентралізованого підходу можуть бути отримані такі позитивні результати в системі охорони здоров'я: 1) орієнтованість системи на профілактику захворюваності та здорову людину; 2) пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги через структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування рівнів надання медичної допомоги; 3) удосконалення кадрової політики за допомогою використання диференційованого підходу до оплати праці медичного персоналу; 4) інноваційне спрямування розвитку медичної науки; 5) забезпечення можливості розвитку всередині кластера не тільки лікувально-діагностичних послуг, але і технологій доліковування і реабілітації хворих; 6) розробити та реалізувати систему моніторингу «якість наданих послуг = використано фі-

нансових і людських ресурсів» тощо.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, розвиток системи охорони здоров'я на основі реалізації кластерного підходу дозволить знизити межу доступності широкого кола медичних послуг для всіх верств населення, забезпечити прозорість багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я, організувати механізм оплати медичних фахівців згідно наданих послуг і відповідно рівню їх складності, забезпечить формування інвестиційних стимулів роботодавців і працівників щодо добровільного страхування їх здоров'я. Розгалужена мережа медичних кластерів забезпечить досягнення таких результатів як підвищення ефективності роботи медичних закладів, які функціонують в рамках кластера; прискорить інноваційні процеси медичного страхування, що закладають фундамент майбутнього розвитку суспільства української нації.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на обґрунтування критеріїв ефективності функціонування кластерів в системі охорони здоров'я.

Література

1. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ / І. Кринична // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2015 р. – № 2 (25). – С. 137-147.
2. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід / Є. Кульгінський // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2015 р. – № 2 (25). – С. 147-156.
3. Москаленко В. Ф. Наукові основи втілення нової європейської стратегії «Здоров'я – 2020» / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 4. – С. 42-50.
4. Палиця С. Державна політика економіко-технологічної кластеризації системи охорони здоров'я України / С. Палиця // Економіст. – 2013. – № 11. – С. 32-36.
5. Тищенко О. П. Державна кластерна політика в контексті формування інноваційної моделі розвитку національної еконо-

міки / О. П. Тищенко, С. А. Заніздра // Бизнес-информ. – 2014. – № 8. – С. 34-39.

6. *Зайчук С.* Послуги медичного страхування в Україні / С. Зайчук // Вісник КНТЕУ. – 2014. – № 3. – С. 75-82.

7. *Залетов А.* Страховой рынок Украины 2013: итоги и перспективы развития / А. Залетов // Insurance Top. – 2014. – №1 (45). – С. 3-15.

8. *Чкан І. О.* Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні / І. О. Чкан // Фінансовий простір. – № 1 (17). – 2015. – С. 292-295.

9. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років: наказ МОЗ № 522 від 24.07.2014 року.

10. *Калінеску Т. В.* Соціальне страхування: навч. посіб. / Т. В. Калінеску, Ю. А. Романовська, О. М. Антіпов; Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2013. – 514 с.

11. *Porter M. E.* Cluster and new economics of competition / M. E. Porter // Harvard Business Review. – 1998. – Nov–Dec. – P. 77-90.

12. *Говорухін С. О.* Кластеризація об'єктів із нечітко заданими значеннями характеристик / С. О. Говорухін // Штучний інтелект. – 2012. – № 4. – С. 567-576.

13. *Мандель І. Д.* Кластерный анализ / И. Д. Мандель. – М.: Финансы и статистика, 1988. – 176 с.

14. *Бериков В. С.* Современные тенденции в кластерном анализе / В. С. Бериков, Г. С. Лбов // Всероссийский конкурсный сбор обзорно-аналитических статей по приоритетному направлению “Информационно-телекоммуникационные системы”. – 2012. – 26 с.

15. Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 зі структурним підрозділом [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://likarni.vn.ua/>

16. Quality Assurance in Managed Health Care Organizations (1989). Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. Chicago.

17. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2015. – № 13. – ст. 91.

18. Про затвердження формули розподілу обсягу медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: постано-

ва Кабінету міністрів України від 19 серпня 2015 р. № 618 // Офіційний вісник України. – 2015 р. – № 69. – ст. 2273.

19. Бюджетний кодекс України: Закон України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – № 50-51. – ст. 572.

References

1. *Krynychna, I.* (2015). State regulation of reforming health care in Ukraine: an analysis of the expected results of reforms. Public Administration and Local Self-Government, 2 (25), 137-147.

2. *Kulhinsky, E.* (2015). Mechanisms of decentralization of government health care system: European experience. Public Administration and Local Self-Government, 2 (25), 147-156.

3. *Moskalenko, V. F. & Gruzieva, T. S. & Haliyenko, L. I.* (2012). Scientific basis of the implementation of the new European strategy "Health - 2020". East European Journal of Public Health, 4, 42-50.

4. *Palytsia, S.* (2013). State policy of economic and technological clustering of the health system in Ukraine. Economists, 11, 32-36.

5. *Tishchenko, A. P. & Zanizdra, S. A.* (2014). State cluster policy in the context of an innovative model of development of national economy. Business-inform, 8, 34-39.

6. *Zaychuk, S.* (2014). Services health insurance in Ukraine. Bulletin KNTEU, 3, 75-82.

7. *Zaletov, A.* (2014). Ukraine Insurance Marketplace 2013: Results and prospects of development. Insurance Top, 1 (45), 3-15.

8. *Chkan, I. A.* (2015). Trends in the voluntary medical insurance in Ukraine. Financial world, 1 (17), 292-295.

9. National strategy for healthcare reform in Ukraine in 2015 - 2020 years: Ministry of Health number 522 of 07.24.2014 year.

10. *Calinescu, T. V. & Romanovska, Yu. A. & Antipov, O. M.* (2013). Social Security. Luhansk, L: Volodymyr Dahl East Ukrainian National University, 514.





11. Porter, M. E. (1998). Cluster and new economics of competition. Harvard Business Review, nov.-dec., 77-90.

12. Govorukhin, S. O. (2012). Clustering objects with clearly specified performance values. Artificial Intelligence, 4, 567-576.

13. Mandel, I. D. (1988). Cluster analysis. Moscow, M: Finance and Statistics, 176.

14. Byryukov, V. S. & Lbov, G. S. (2012). Modern trends in cluster analysis. Russian competitive selection overview and analytical articles on the priority area of "Information and telecommunication systems, 26.

15. Vinnytsia Oblast Psychiatric Hospital № 2 of the structural unit. The village Berezin, Vinnytsia region Retrieved from [http:// likarni.vn.ua/](http://likarni.vn.ua/).

16. Quality Assurance in Managed Health Care Organizations (1989). Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. Chicago.

17. On a voluntary association of communities (2015): Law of Ukraine. Supreme Council, 13, article 91.

18. On Approval of the formula distribution of medical subsidies from the state budget to local budgets, the Cabinet of Ministers of Ukraine of 19 August. Number 618 (2015). Official Bulletin of Ukraine, 69, article 2273.

19. Budget Code of Ukraine (2010): the Law of Ukraine. Supreme Council of Ukraine, 50-51, article 572.

Романовская Ю.А.

Кластеры в системе здравоохранения в условиях децентрализации

Наведены недостатки медицинской отрасли Украины, которые приводят к сдерживанию развития системы здравоохранения. Исследованы спецификации основ создания типового кластера в медицинской сфере в качестве стратегического направления развития государства. Охарактеризована Винницкая психиатрическая больница как базообразующая доминанта кластеризации медицины. Наведено структуру кластера в сфере здравоохранения в условиях децентрализованных процессов. Ожидаемым эффектом внедрения кластеризации в медицинской сфере является повышение качества медицинского обслуживания граждан при уменьшении поступлений из централизованных источников финансирования.

Ключевые слова: кластер, здравоохранение, децентрализация, регион.

Romanovska Y.

Clusters in health care in a decentralized environment

The article describes disadvantages of medical industry in Ukraine that lead to the development containment of the health care system. The author investigated the foundation peculiarities of the typical cluster establishment in the medical sphere as a strategic direction to ensure the state's functions. Vinnytsia Psychiatric Hospital is characterized as a basic clustering dominant of the healthcare industry. The cluster structure is grounded in the health care system in terms of decentralization processes. The clustering implementation in the medical sphere is expected to improve the quality of health care system while reducing revenues from centralized sources of funding.

Keywords: cluster, health care, decentralization, region.

Рецензент: Прутська О. О. – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри «Фінанси та кредит» Вінницького національного аграрного університету, м. Вінниця, Україна.

Reviewer: Prutska O. – Professor, Ph.D. of Economics, Professor, head of Finance and credit Department Vinnytsia National Agrarian University, Vinnitsa, Ukraine.

e-mail: fin_credit@vsau.vin.ua

Стаття подана
23.02.2016 р.