

## **УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЕКОНОМІКИ**

*У статті здійснена спроба аналізу необхідності удосконалення механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах модернізації економіки. Охарактеризовано можливі подальші шляхи та моделі реалізації оновлення системи охорони здоров'я України. У даній статті показано що у дореформеній Україні використовувалися планові показники, що оцінюють можливості медичних установ у наданні обмеженого, жорстко регламентованого набору медичних технологій та медичних послуг, покликаних вирішувати завдання у сфері медичних послуг в умовах командно-адміністративної економіки. Система оцінювалася з точки зору виконання медичними установами планових показників, таких як рівень госпіталізації, обіг і функція роботи стаціонарного ліжка, функція лікарської посади у поліклінічному закладі, число відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволяли оцінювати використання ресурсів мережі медичних установ, але не відображали складну технологічну структуру лікувальної допомоги і орієнтували керівників медичних установ на екстенсивне використання ресурсів, на нарощування технологічного та кадрового потенціалу установи. При централізованому нормуванні всіх ресурсів системи організації і надання медичних послуг були відсутні нормативи діяльності медичних установ, орієнтовані на пацієнта, на досягнення персонального результату і на поліпшення здоров'я населення в цілому. Робиться наголос на тому що вибравши конкретну медичну організацію і страхову медичну організацію, громадянин формує той обсяг медичних послуг, який фігуруватиме у державному завданні та у договірних відносинах з їх надання та оплати. Таке планування медичних послуг складно здійснити в умовах традиційного підходу до формування мережі медичних організацій, орієнтованої на загальне число жителів, кількість стаціонарних ліжок і кількість лікарів. Але, використовуючи можливості «елементарних» одиниць планування, визначають вірогідність лікування конкретних захворювань або їх клініко-затратних груп для конкретного статі і віку, можна сформувати оптимальний лікувальний план шляхом підсумовування, групування за класами хвороб, профільних відділень, лікарських кабінетів, формуючи тим самим мережу медичних організацій, орієнтовану на потреби пацієнтів.*

*Це особливо актуально в умовах, коли вартість всіх ресурсів системи організації та надання медичних послуг визначається ринком і існує потреба у медичній інформації, орієнтованої на медичні технології, що дозволяють оцінити їх вартісні показники .*

**Ключові слова:** охорона здоров'я; планування медичних послуг; медико-економічні стандарти.

В умовах перебудови економічних відносин між суб'єктами, які отримують, організують, надають і фінансують медичну допомогу, виникає ситуація, коли старі методи оцінки потреби у медичних послугах, способи їх організації та надання, визначення необхідного ресурсного потенціалу та порядок фінансування у нових умовах не забезпечують необхідну ефективність

функціонування системи організації та надання медичних послуг.

У даній системі у дореформеній Україні використовувалися планові показники, що оцінюють можливості медичних установ у наданні обмеженого, жорстко регламентованого набору медичних технологій та медичних послуг, покликаних вирішувати завдання

у сфері медичних послуг в умовах командно-адміністративної економіки. Система оцінювалася з точки зору виконання медичними установами планових показників, таких як рівень госпіталізації, обіг і функція роботи стаціонарного ліжка, функція лікарської посади у поліклінічному закладі, число відвідувань за зміну тощо. Ці показники дозволяли оцінювати використання ресурсів мережі медичних установ, але не відображали складну технологічну структуру лікувальної допомоги і орієнтували керівників медичних установ на екстенсивне використання ресурсів, на нарощування технологічного та кадрового потенціалу установи. При централізованому нормуванні всіх ресурсів системи організації і надання медичних послуг були відсутні нормативи діяльності медичних установ, орієнтовані на пацієнта, на досягнення персонального результату і на поліпшення здоров'я населення в цілому. Їх замінювали дані медичної статистики, що характеризують рівень якості життя населення, представлені агрегованими показниками, такими як: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість життя тощо.

Реформа у сфері медичних послуг у частині програми державних гарантій через систему обов'язкового медичного страхування визначила б економічні відносини інтенсивного характеру, організовані на договірній основі між медичними організаціями та страховими медичними організаціями.

У результаті аналізу потенційних можливостей України щодо впровадження системи медичного страхування Коропецька Т. О. й Мельничук І. І. стверджують: «Однак, впровадження обов'язкового медичного страхування без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може породити безліч проблем. Зокрема, якщо не буде проведена реструктуризація системи медичної допомоги, не будуть реалізовані відповідні стратегії підвищення ефективності витрат, раціоналізації використання наявних у галузі фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів, впровадження обов'язкового медичного страхування, замість очікуваного позитивного ефекту може призвести до небажаних наслідків. Це і підвищення вартості медичних послуг, додатковий податковий тиск на працюючих та роботодавців, ухилення від сплати податків, високі витрати наутримання персоналу ще одного фонду соціального страхування і т. п.» [1, с. 33].

Окрім того, схема планування, яка використовується у вітчизняній сфері охорони здоров'я, орієнтована на фактичні «потужності» медичних організацій, увійшла в суперечність із законодавчою базою, що регулює дану сферу послуг, і має зазнати серйозної трансформації.

Визначення науково-обґрунтованих нормативів для кількісної оцінки необхідних населенню медичних послуг, обґрунтування ресурсного забезпечення матеріальних і трудових витрат є суттєвою науковою проблемою, для вирішення якої у 80-90 рр. ХХ ст. просто не вистачало необхідних даних. Історичний період, який в цей час переживала Україна, не відрізнявся політичної та економічної стійкістю і не міг забезпечити даними, необхідними для серйозного

наукового дослідження і створення нової схеми планування у сфері медичних послуг.

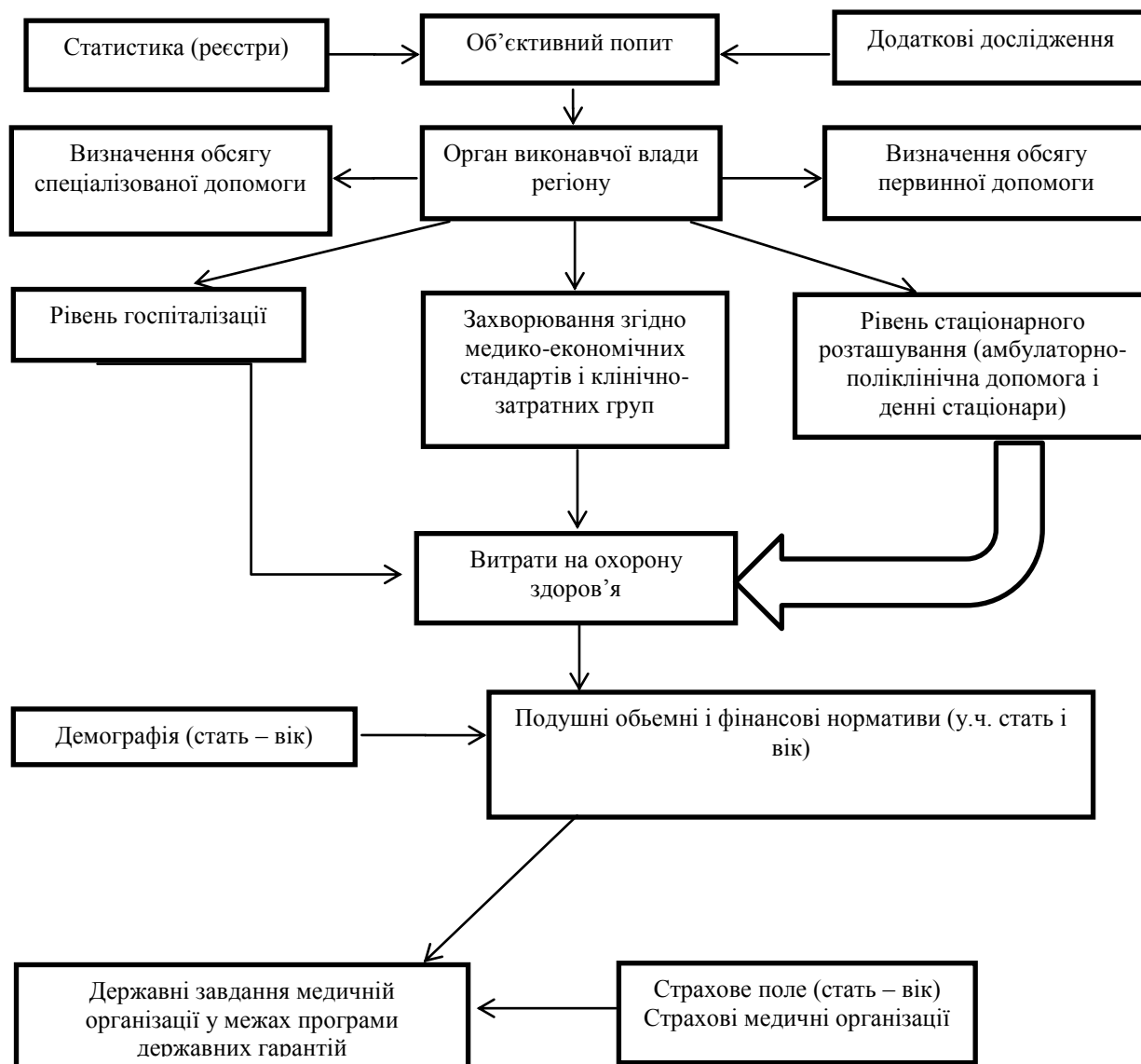
Відповідно до державної стратегії, спрямованої на ефективне використання ресурсного потенціалу медичних організацій, та організаційно-економічним механізмом модернізації системи організації та надання медичних послуг дисертантом запропоновано основні підходи до формування програми державних гарантій медичних послуг, що враховують відповідність попиту населення щодо сучасних медичних технологій та пропозиції медичних організацій щодо забезпечення даного попиту.

Основна мета даних підходів в рамках існуючого нормативного правового поля – сформулювати регіональну програму державних гарантій і державні завдання медичним організаціям, що забезпечують підвищення структурної ефективності регіональних систем організації та надання медичних послуг в цілому. А також забезпечити максимально можливу технологічну ефективність кожної медичної організації, у тому числі використовуючи інтеграційні і конкурентні рішення.

Такий підхід до управління сферою медичних послуг через управління державним замовленням на медичну допомогу для медичних організацій особливо актуальний при зміні організаційно-правової форми медичних установ, спрямованої на розширення їх господарської та фінансової самостійності, а також на посилення відповідальності керівників цих установ. На думку, О. В. Акуленко чинниками які негативно впливають на процес ефективного функціонування медичної сфери України є по-перше: «...нерозвиненість інноваційних форм управління нею і недостатньою професійною компетентністю керівників закладів охорони здоров'я, державних службовців і посадових осіб, які працюють на державній службі в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування»; по-друге: «... в теорії та практиці управління медичною галуззю існують суперечності між якістю й обсягом управлінської діяльності керівників і відсутністю економічного стимулювання за ділові та професійні якості, що демонструють працівники органів управління під час виконання службових обов'язків» [2, с. 9].

Методична незалежність планування медичних послуг та їх ресурсного забезпечення від організаційно-правової форми медичної організації пов'язана з рівноправною участю приватних медичних організацій, «нових» бюджетних і автономних установ охорони здоров'я щодо реалізації програми медичного страхування. Для коректного визначення розміру субсидії для медичних закладів необхідно провести розрахунок вартості медичних послуг для відповідного контингенту пацієнтів з конкретними захворюваннями та лікуванням даних захворювань у відповідності з державними медичними стандартами. При цьому методика розрахунку вартості медичних послуг та методика їх планування повинні мати загальну методичну основу при бюджетному, страховому і приватному фінансуванні.

На рис. 1 представлена схема визначення нормативів планування медичних послуг для регіонів країни.



Об'єктивний попит на медичні послуги в цілому по регіонах України визначається за результатами АВС-аналізу (метод, який дозволяє класифікувати бізнес-ресурси підприємства, фірми залежно від їхньої значущості) всіх наданих медичних послуг. Проте ряд факторів, таких як неточність і помилки обліку; територіальне розташування медичних організацій; їх профільна структура і кадрова специфіка; вплив, що спотворює спосіб обліку та оплати, що вноситься кожною організацією, – призводить до спотворення об'єктивного попиту. Для усунення впливу перерахованих факторів, для уточнення і об'єктивізації даних медичної статистики необхідно проведення додаткових досліджень в медичних організаціях, що мають значні відхилення від відповідних середніх значень, для виявлення причин відхилень і подальшого коректування вихідних даних. Розглядаючи специфіку формування регіональних ринків медичних послуг вітчизняний дослідник І. Б. Шевчук стверджує: «Аналіз сприятливості факторів для формування попиту і пропозиції медичних послуг на регіональних ринках медичних послуг показав, що її рівень є доволі

неоднорідним в розрізі регіонів. При цьому, це зумовило асиметричність у процесі формування регіональних ринків медичних послуг в таких двох зрізах: 1) м. Київ, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька області та решта областей України; 2) істотний розрив між м. Києвом та регіонами»[3, с. 33].

Виходячи з цього, планування визначення обсягу і структури первинних і спеціалізованих медичних послуг необхідно здійснювати на основі аналізу наданих медичних послуг крізь призму державних медичних стандартів. Оцінювати обсяг медичних послуг, необхідний для лікування та діагностики конкретних захворювань або їх груп.

Кількість пацієнтів, стан яких потребує спеціальних методів лікування та діагностики, надання їм спеціалізованих медичних послуг, оцінюється відповідно до вимог державних вимог і стандартів медичної допомоги.

Рівень госпіталізації, визначальний обсяги цілодобової стаціонарної допомоги та рівень поза лікарняних послуг за переліком конкретних захворювань визначається також на основі державних стандартів. Вартісне вираження даних стандартів, тобто медико-

економічні стандарти, дозволяють визначити реальні витрати на медичні послуги та необхідні фінансові ресурси.

У цих умовах є неприйнятною практика більшості регіонів, коли дефіцит фінансових ресурсів щодо програми державних гарантій компенсується за рахунок зменшення витрат на медичні послуги або обмеженням оплати «зайвих» обсягів медичних послуг. У цьому випадку дефіцит фінансових ресурсів у кінцевому підсумку перекладається на пацієнта, який змушений або платити за якісні медичні послуги з власної «кишені», або одержувати їх у недостаньому обсязі і завідомо низької якості. За оцінками вітчизняних вчених 30,5 % українців зазначають, що їм із власного досвіду знайома ситуація, коли лікарі чи інші представники медичного персоналу просили сплатити за послуги неформально. Проте лише 29 % респондентів готові відмовити лікарю на вимогу неофіційної оплати. Разом з тим, дані Державної служби статистики України підтверджують поширеність неформальних платежів у медицині та їхній згубний вплив на доступність медичних послуг. За даними вибіркового опитування домогосподарств України у жовтні 2010 року, майже 84 % із них повідомили, що хтось із членів домогосподарства не зміг відвідати лікаря, майже 96 % домогосподарств сказали, що хтось не зміг пройти медичне обстеження, а більш як 98 % – провести медичні процедури чи отримати лікування в стаціонарі через надто високу вартість цих послуг [4, с. 37].

Визначення подушним об'ємних і фінансових нормативів, у тому числі статевовікових, що враховують попит населення на медичні послуги, які надаються медико-економічними стандартами або клініко-витратними групами, дозволяє визначити планові витрати фінансуючих сторін – бюджетів усіх рівнів та у подальшому системи обов'язкового медичного страхування. Формування державного завдання медичній організації на основі віднесення частини планованих витрат в залежності від структури страхових полів страхових медичних організацій робить дані організації «зацікавленими» учасниками планування медичних послуг і накладає на них фінансову відповідальність за витрати планування. У запропонованій схемі планування кожен громадянин стає не тільки активним «носієм» грошових коштів, що передаються від страхувальника в особі роботодавця або регіональної виконавчої влади, а й «елементарною» одиницею планування. Його стать, вік, місце проживання та інші показники, які оцінюють стан здоров'я, за допомогою державного медичного стандарту перетворюються на нормативи ресурсного забезпечення програми державних гарантій.

Вибравши конкретних медичну організацію і страхову медичну організацію, громадянин формує той обсяг медичних послуг, який фігуруватиме у державному завданні та у договірних відносинах з їх надання та оплати. Таке планування медичних послуг складно здійснити в умовах традиційного підходу до формування мережі медичних організацій, орієнтованої на загальне число жителів, кількість стаціонарних

ліжок і кількість лікарів. Але, використовуючи можливості «елементарних» одиниць планування, визначають вірогідність лікування конкретних захворювань або їх клініко-затратних груп для конкретного статі і віку, можна сформувати оптимальний лікувальний план шляхом підсумовування, групування за класами хвороб, профільних відділень, лікарських кабінетів, формуючи тим самим мережу медичних організацій, орієнтовану на потреби пацієнтів.

Це особливо актуально в умовах, коли вартість всіх ресурсів системи організації та надання медичних послуг визначається ринком й існує потреба у медичній інформації, орієнтованої на медичні технології, що дозволяють оцінити їх вартісні показники.

Отже, це є основною умовою, що забезпечує фінансову стійкість даної системи, що реалізує конституційне право громадян України на медичні послуги за рахунок бюджетних і перспективних страхових фінансових коштів.

Аналіз персоніфікованих даних з надання пацієнтам медичних послуг у розрізі медико-економічних стандартів та клініко-затратних груп дозволяє вирішити це завдання. Виділення та групування наборів діагнозів, які забезпечують подальше планування, дозволяє коригувати дані державної медичної статистики та визначати основні закономірності процесу надання медичних послуг.

У рамках організаційно-економічного механізму модернізації системи організації та надання медичних послуг та планування даного виду послуг органам виконавчої влади загальнодержавного та регіонального рівня необхідно вирішити такі завдання:

1. Провести оцінку попиту на медичні послуги і на медичні технології у межах програми державних гарантій, оцінити можливості та ресурсний потенціал мережі медичних організацій регіонів і визначити місце і ступінь невідповідності попиту населення і можливостей організацій, що надають медичні послуги.

2. Розробити план реструктуризації мережі медичних організацій для задоволення об'єктивного попиту населення і готовності медичних організацій забезпечити визначений державними стандартами рівень якості лікування за умови ефективного використання ресурсного потенціалу.

3. Сформувати цільові програми для поетапного виконання плану реструктуризації, що забезпечує розвиток мережі медичних організацій і оснащення їх сучасним медичним обладнанням. Організувати підготовку та перепідготовку лікарських та інших медичних кадрів.

4. Розрахувати територіальні нормативи гарантованих державою медичних послуг, призначених для формування державного замовлення медичним організаціям, що виконують територіальну програму державних гарантій і орієнтовані в майбутньому на реалізацію програми медичного страхування.

Разом з тим, необхідно відзначити, що специфіка організації спеціалізованих медичних послуг населенню регіонів пов'язана з необхідністю надання

діагностичних, консультаційних і лікувальних послуг, надати які на території кожного територіального утворення місцевого самоврядування видається складним клінічним, технологічним та фінансовим завданням. Набір необхідного діагностичного і лікарняного обладнання, підготовка високопрофесійних медичних кадрів потребує суттєвих матеріальних затрат, а, кількість пацієнтів обмежено в рамках адміністративно-територіальної одиниці. Витрати, пов'язані з наданням спеціалізованих послуг обмежені кількістю пацієнтів, дуже високі. Дороге і складне діагностичне і лікувальне обладнання використовується неефективно, а висококваліфіковані кадри не мають можливості використовувати і вдосконалювати свої навички через недостатню кількість пацієнтів з відповідними захворюваннями. Іншою причиною концентрації та централізації спеціалізованих медичних послуг є їх інноваційність, що вимагає наявності розвинутої науково-викладацької бази, представленої науковими та освітніми вищими і середніми медичними закладами. Світова і вітчизняна практика організації та надання спеціалізованих медичних послуг має тенденцію до концентрації і централізації з метою оптимізації витрат і підвищення якості даних послуг.

Державне замовлення формується відповідно до регіональних нормативів на спеціалізовані медичні послуги в залежності від чисельності населення за запропонованою нами формулою:

$$Vim = Hit * Nm * K 1$$

Де  $Vim$  – квота (кількість пацієнтів) по  $i$  –ій групі діагнозів для  $m$  – го регіону

$Hit$  – територіальний норматив щодо спеціалізованих медичних послуг по  $i$  –ій групі діагнозів

$Nm$  – чисельність населення, яке постійно проживає на території  $m$  – го регіону

$K 1$  – коректуючий коефіцієнт, який враховує рівень захворюваності жителів по  $i$  –ій групі діагнозів для  $m$  – го регіону, які потребують спеціальних методів лікування і діагностики.

Разом з тим, необхідно зауважити, що до роботи з охорони здоров'я громадян та надання медико-соціальної допомоги необхідно залучати як професійні медичні і фармацевтичні асоціації, так і непрофесійні громадські організації, що дозволить підвищити ефективність профілактичної роботи, у тому числі з соціально незахищеними верствами населення, полегшить реабілітаційну роботу з групами пацієнтів, розвинути принципи взаємодопомоги, навички вирішення медико-соціальних проблем самими пацієнтами і принципи самоконтролю.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Коропецька Т. О., Мельничук І. І. Проблеми та результати впровадження медичного страхування в Україні // Інноваційна економіка. Всеукраїнський науково-виробничий журнал. – 2011. – № 7. – С. 31–34
2. Акуленко О. В. Чинники формування професійної компетентності керівників органів управління охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології: Збірник наукових праць. – 2012. – № 1 (6). – С. 9–13
3. Шевчук І. Б. Методика оцінки просторової асиметрії формування регіональних ринків медичних послуг // Економіка і управління. – 2008. – № 2–3. – С. 26–33
4. Семигіна Т., Грига І., Степурко Т. Подарунок лікарю – корупція чи подяка? У будь-якому разі потрібні зміни у взаєминах «пацієнт–лікар» // Віче. – 2011. – № 19. – С. 36–39
5. Програма «Медичні кадри Миколаївщини на 2013-2017 роки» // <http://www.mykolayiv-oda.gov.ua/printpage.php?page=946>

**В. В. Шевчук,**

*Інститут державного управління ЧДУ ім. Петра Могили, г. Николаев, Україна.*

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЭКОНОМИКИ**

*В статье предпринята попытка анализа необходимости совершенствования механизмов государственного регулирования инновационного развития системы здравоохранения Украины в условиях модернизации экономики. Охарактеризованы возможные дальнейшие пути и модели реализации обновления системы здравоохранения Украины. В данной статье показано, что в дореформенной Украине использовались плановые показатели, оценивающие возможности медицинских учреждений в предоставлении ограниченного, жестко регламентированного набора медицинских технологий и медицинских услуг, призванных решать задачи в сфере медицинских услуг в условиях командно-административной экономики. Система оценивалась с точки зрения выполнения медицинскими учреждениями плановых показателей, таких как уровень госпитализации, оборот и функция работы стационарных коек, функция врачебной должности в поликлиническом учреждении, число посещений в смену и т. Эти показатели позволяли оценивать использование ресурсов сети медицинских учреждений, но не отражали сложную технологическую структуру лечебной помощи и ориентировали руководителей медицинских учреждений на экстенсивное использование ресурсов, на наращивание технологического и кадрового потенциала учреждения. При централизованном нормировании всех ресурсов системы организации и предоставления медицинских услуг отсутствовали нормативы деятельности медицинских учреждений, ориентированные на пациента, на достижение персонального результата и на улучшение здоровья населения в целом. Делается упор на том, что выбрав конкретную медицинскую*

организацию и страховую медицинскую организацию, гражданин формирует тот объем медицинских услуг, который будет фигурировать в государственном задании и в договорных отношениях с их предоставления и оплаты. Такое планирование медицинских услуг сложно осуществить в условиях традиционного подхода к формированию сети медицинских организаций, ориентированной на общее число жителей, количество стационарных коек и количество врачей. Но, используя возможности «элементарных» единиц планирования, определяют вероятность лечения конкретных заболеваний или их клинико-затратных групп для конкретного пола и возраста, можно сформировать оптимальный лечебный план путем суммирования, группировки по классам болезней, профильных отделений, врачебных кабинетов, формируя тем самым сеть медицинских организаций, ориентированную на потребности пациентов. Это особенно актуально в условиях, когда стоимость всех ресурсов системы организации и оказания медицинских услуг определяется рынком и существует потребность в медицинской информации, ориентированной на медицинские технологии, позволяющие оценить их стоимостные показатели.

**Ключевые слова:** здравоохранение; планирование медицинских услуг; медико-экономические стандарты.

**V. Shevshuk,**

*Petro Mohyla Black Sea State University, Mykolaiv, Ukraine*

### **IMPROVEMENT OF MECHANISMS OF STATE REGULATION OF INNOVATIVE DEVELOPMENT OF THE HEALTH SYSTEM OF UKRAINE IN TERMS OF ECONOMIC MODERNIZATION**

*The article attempts to analyze the need to improve the mechanisms of state regulation of innovative development of the health system in the modernization of Ukraine's economy. We characterize the possible ways and models of further implementation of the upgrade of the health system in Ukraine. This article shows that the pre-reform targets used in Ukraine, evaluating the possibility of medical institutions in the provision of a limited, strictly regulated set of medical technology and medical services designed to solve problems in the field of health care provider in a command economy. The system was evaluated in terms of the performance of health facilities planned targets, such as hospitalization rates, trafficking and function of the work of hospital beds, the function of medical positions in clinics, the number of visits per shift, and so on. These indicators allow the assessment of the use of resources on health care, but did not reflect the complex technological structure of medical care and guidance to managers of medical institutions in the extensive use of resources to enhance technological and personnel potential of the institution. With centralized rationing of system resources the organization and delivery of health services were no standards of medical institutions, focused on the patient, to achieve personal results and to improve the health of the general population. It emphasizes on the fact that choosing a particular medical organization and health maintenance organization, a citizen generates the volume of medical services, which will appear in the public setting and contractual relations with their delivery and payment. Such planning of health services difficult to implement in a traditional approach to the formation of a network of medical institutions, focused on the total population, the number of hospital beds and the number of doctors. But using the power of «elementary» units of planning, determine the probability of the treatment of specific diseases or diagnosis-related groups for a specific gender and age, you can create the best treatment plan summation, grouping of classes of diseases, specialized offices, doctor's offices, thus forming a network medical organizations, focused on patients' needs. This is especially true in an environment where the cost of all the resources of the organization and delivery of health services is determined by the market and there is a need for health information, focused on medical technologies to assess their value indicators.*

**Keywords:** health care; health care plan; medical and economic standards.