

В.М. Лобас, С.М. Вовк, М.М. Шутов (Донецьк)

МЕТОДОЛОГІЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА КЛАСТЕРНИМ ПІДХОДОМ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Запропоновано методологію реформування системи охорони здоров'я, яка базується на кластерному підході управління регіоном. Це дасть змогу частково вирішити ряд проблем структурного, управлінського і фінансово-економічного характеру, оскільки впорядковує організаційну структуру регіональної охорони здоров'я.

Ключові слова: медична допомога, кластер, медичний кластер, охорона здоров'я, регіон, кластерний підхід.

У сучасних умовах розвитку світового співтовариства найважливішим чинником існування і відтворення людського капіталу стає здоров'я нації. Охорона здоров'я набуває особливої значущості, оскільки спрямована на відновлення, охорону і підтримку фізичного, психічного і соціального добробуту людей. Нові методи та підходи до управління галуззю потребують вирішення питань інтеграції ресурсів, визначення спільних інтересів і точок взаємодії між усіма суб'єктами системи. Існуючі на даний час механізми об'єднання ринкових інститутів (інтегровані бізнес-групи, мережеві об'єднання, асоціації тощо), незважаючи на ряд переваг, мають істотні недоліки, які обмежують їх застосування у сфері охорони здоров'я [1;3;7].

Одним із найбільш оптимальних інструментів інтеграції інтересів влади, бізнесу і населення в цій області, на наш погляд, стає так званий «кластерний підхід», зважаючи на його універсальності, високий ступінь ефективності застосування і простоти організації.

Сукупність проблеми, позначеної у статті, можна підрозділити на дві групи: організація і управління регіональною охороною здоров'я і кластерний підхід до об'єднання ринкових інститутів регіону.

Вагомий внесок у дослідження проблем функціонування охорони здоров'я зробили вітчизняні та зарубіжні вчені: О.В. Баєва, В.Ф. Москаленко, М.М. Шутов, М.І. Хвистюк, А.І. Вялков, Н.Ф. Герасименко, Ф.Н. Кадиров, В.З. Кучеренко, Ю.П. Лісичин та ін. [3;10;11].

Проблеми теорії та організації міжфірмових об'єднань висвітлені у роботах західних економістів: А. Маршалла, А. Вебера, В. Кристаллера, Про. Вільямсона, Ф. Перру.

Питання кластерних об'єднань відображені в працях таких відомих дослідників, як М. Портер,

Т. Андерсон, Е. Дахмен, Д. Кетельс, Р. Бленді, А. Хансен, Дж. Хельд, М. Енрайт, В. Афанасьєва, Г. Губерна, В. Дорофійенко, В. Іллюшенко, Я. Радиш, І. Ткачук, С. Поважний, А. Поршнев, І. Розпутенко, Ю. Сурмін, О. Черниш та ін. [1;4;9;12].

Результати отриманих досліджень становлять певний інтерес для інноваційного розвитку охорони здоров'я і мають практичне значення. При цьому, незважаючи на значну кількість праць з теоретичних і практичних питань розвитку системи охорони здоров'я, досі не проведено комплексного дослідження проблем кластерного регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я, хоча не викликає сумніву необхідність здійснення цих перетворень у системі охорони здоров'я на сучасному етапі.

Мета роботи – обґрунтувати теоретико-методичну основу формування кластерних об'єднань у системі охорони здоров'я регіону, на тлі різноманітних форм організації та сукупності відносин, які виникають при взаємодії інститутів системи охорони здоров'я в рамках кластерного об'єднання в регіоні.

Матеріали та методи

У роботі використано бібліосемантичний метод, а також системно-історичний аналіз вітчизняних і світових наукових джерел щодо організації кластерної системи.

Результати дослідження та їх обговорення

Останніми роками для створення інноваційної економіки, у тому числі в охороні здоров'я, в Україні докладається чимало зусиль. Формуються нова інфра-

структура та інструменти інноваційного розвитку територій, активно розвивається й удосконалюється система реформування охорони здоров'я. Проте сама охорона здоров'я має розглядатися як складна і керована соціально-економічна система з її унікальними властивостями, елементами і взаємозв'язками.

Різноманітність конкретних форм організації систем охорони здоров'я населення розвинених країн світу, специфіка економічних відносин у цій сфері життєдіяльності суспільства дає змогу виділити ряд параметрів, які відображають спільний розвиток, властивий різним країнам. До числа таких параметрів, які виражають основні риси систем охорони здоров'я та головні економічні характеристики, можна віднести:

- відносини власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників) і населення (споживачів);
- форми і методи контролю обсягу та якості медичної допомоги [1;3–8].

Вони у кожній країні історично склалися і розвиваються у свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, які виділяються суспільством на сферу охорони здоров'я, ефективність їх використання визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Тому одним з найважливіших елементів системного підходу в даній сфері нашої держави є пошук оптимальної моделі організації, управління та фінансування охорони здоров'я на рівні регіону. Орієнтація на таку модель дасть змогу суб'єктам управління більш ефективно визначати кінцеві цілі і розробляти обґрунтовані стратегічні плани довгострокового розвитку галузі. При цьому модель повинна бути оптимальною як з точки зору забезпечення прийнятних для суспільства медико-демографічних показників, так і з точки зору якості й доступності медичної допомоги для всіх верств населення.

Для визначення оптимальної моделі охорони здоров'я на регіональному рівні ми проаналізували деякі країни світу, які входять до статистичного збірника Всесвітньої організації охорони здоров'я [11]. Таким чином, ми виділили критерії соціально-економічної ефективності системи охорони здоров'я, яка включає такі показники:

- здоров'я населення: очікувана тривалість життя, очікувана тривалість здорового життя і ряд інших;
- показники смертності: загальний коефіцієнт смертності, коефіцієнти смертності статево-вікової структури, коефіцієнти смертності від захворювань;
- захворюваність населення: загальна захворюваність, з найважливіших захворювань (СНІД, туберкульоз);

- сукупні витрати на охорону здоров'я, на душу населення;
- забезпеченість ресурсів охорони здоров'я: кількість лікарів і медсестер на 1000 населення, кількість ліжок стаціонарної, амбулаторної та невідкладної допомоги на 1000 населення, магнітно-резонансних томографів, комп'ютерних томографів;
- задоволеність населення обсягом і якістю медичної допомоги, системою охорони здоров'я в цілому по регіону.

При виборі даного комплексу критеріїв ми керувалися насамперед принципами релевантності, охоплення населення необхідним обсягом медичної допомоги, якості та своєчасності подання статистичних даних. у результаті, відповідно до комплексу показників соціально-економічної ефективності діючої системи охорони здоров'я, до числа країн-лідерів входить Японія, Швейцарія, Німеччина, Італія та Канада, тобто системи зі змішаною ринково-страховою моделлю організації, управління та фінансування медичної допомоги.

Сучасна система охорони здоров'я України характеризується активним процесом реформування, пов'язаним з переходом від бюджетно-страхової до ринково-страхової моделі функціонування системи, зокрема, перетворення частини медичних установ у нові організаційно-правові форми; розвиток первинної медико-санітарної допомоги; формування вторинної медико-санітарної допомоги, яка виявляється через систему госпітальних округів, впровадження нових методів оплати праці медичних працівників і способів фінансування медичних організацій та деякі інші [5;9;12].

Водночас, існуюча в даній час система організації, управління та фінансування охорони здоров'я характеризується комплексом проблем, які залежно від характеру їхнього впливу на соціально-економічну ситуацію можна розділити на такі основні групи:

- *структурні*: неефективне розміщення ресурсів охорони здоров'я, недостатньо матеріально-технічне забезпечення закладів, неефективне використання кадрового потенціалу, нераціональне використання лікарняного фонду, відсутність господарської самостійності медичних закладів, повільне впровадження інноваційних технологій в охорону здоров'я;
- *управлінські*: фрагментація системи управління, викликана наслідками надмірної децентралізації системи управління галуззю, міжвідомчі бар'єри і неузгодженості, слабка координація державних, регіональних і місцевих органів управління, практична відсутність взаємозв'язків між суб'єктами одного рівня системи охорони здоров'я, неефективна діяльність головних лікарів, неефективна система повноважень і обов'язків регіональних і муніципальних органів управління, недостатньо відпрацьована система оцінки ефективності охо-

рони здоров'я, повільне реформування законодавчої бази;

- *фінансово-економічні*: невідповідність державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги рівням фінансування галузі, неефективність методів і способів фінансування медичних установ.

Одним з важливіших умов відновлення керованості системи є зміцнення зв'язків як між окремими суб'єктами системи охорони здоров'я, так і в межах її підсистем. При цьому акцент слід робити не стільки на формування жорсткої вертикалі влади, скільки на розвиток горизонтальних договірних відносин, формування координаційних органів і нових форм об'єднань, які передбачають спільну участь різних структур у реалізації певної мети в галузі охорони здоров'я громадян України.

Тому ми вважаємо за необхідне впровадити кластерний підхід до об'єднання господарюючих суб'єктів у практику організації та регіонального управління системою охорони здоров'я. Під «кластером» при цьому ми розуміємо особливу форму інтеграції діяльності ринкових інститутів, заснованої на принципах географічної локалізації ресурсів і на унікальному поєднанні відносин партнерства та конкурентних відносин між учасниками.

Вибір кластерного підходу обумовлений низкою факторів, які характеризують можливість адаптації даної форми об'єднання до системи охорони здоров'я регіону:

- універсальність застосування кластерів: спочатку вони формувалися спеціально для промислових і наукомістких галузей, але останнім часом їх присутність стала помітною у соціально орієнтованих секторах, включаючи охорону здоров'я;
- широкий спектр учасників: до числа учасників кластера входять провідні компанії та їхні постачальники, органи державної влади, громадські структури, фінансовий, науковий тощо, що дає змогу забезпечити комплексність і єдність господарського процесу, побудувати довершений цикл надання медичної послуги;
- висока ефективність кластера за рахунок синергетичного ефекту територіальної локалізації та концентрації і, як результат, скорочення транзакційних витрат, а також розширення доступу на ринки праці і капіталу, використання сучасних технологій та обладнання;
- збереження господарської самостійності учасників, які входять у кластер, що дає змогу їм вести конкурентну боротьбу за клієнтів або постачальників, але водночас шукати точки дотику з метою спільного подолання ринкових бар'єрів і посилення конкурентних переваг;
- довготривала координація взаємодії учасників у рамках виробничих програм, інноваційних процесів, основних систем управління, що забезпечує

стратегічну орієнтацію діяльності кластера та реалізацію довгострокових інвестиційних проектів;

- орієнтація на людину: діяльність соціально орієнтованих кластерів, крім яскраво вираженої комерційної складової, має і гуманістичну спрямованість, що виражається, по-перше, створенням нових робочих місць і підвищенням можливостей працевлаштування випускників навчальних закладів; по-друге, включенням у структуру кластера громадських структур і представників населення, яке проживає на території функціонування кластера.

З метою оцінки потенційних можливостей кластерного підходу стосовно сучасної системи регіональної охорони здоров'я Донецької області ми провели порівняльний аналіз організаційно-фінансових особливостей діючої і запропонованої систем організації та управління охороною здоров'я регіону (табл.).

Розробка теоретично-методичних основ формування регіональних кластерів у системі охорони здоров'я потребує введення загального поняття кластера у систему охорони здоров'я, оскільки в економічній літературі таке поняття ще не чітко сформульоване.

Під «кластером охорони здоров'я» ми розуміємо об'єднання на основі узгодження спільних інтересів географічно локалізованих медичних організацій, постачальників і бізнес-оточення (науково-дослідні організації, навчальні заклади, фінансові інститути, органи державної влади, громадські структури та ін.), які діють на засадах партнерства та конкуренції з метою реалізації спільних проектів, подолання ринкових перешкод і посилення конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

Таким чином, методологія формування кластерів у системі охорони здоров'я регіону, на наш погляд, має включати:

- інституціональний аналіз ринку медичних послуг на певній території з метою виявлення потенціалів для кластерного об'єднання;
- проява ініціативи, яка може полягати в проведенні організаційної роботи, пов'язаної з інформуванням потенційно зацікавлених учасників щодо формування кластерного об'єднання;
- кластер, ядро майбутнього медичного кластера (ключові організації та їхні постачальники, а також частково бізнес-оточення) пропонуємо формувати виходячи з принципу повноти суб'єктів, які поставляють ресурси на надання медичної послуги;
- створення координаційного органу кластера, що виконує організаційні функції;
- оцінка зовнішнього середовища: аналіз конкурентних переваг і ринкових загроз кластеру, оцінка впливу кластера на систему охорони здоров'я, економіку регіону;
- розробка стратегій і планів заходів щодо подальших дій;

Таблиця

Порівняння характеристик існуючої системи і системи, заснованої на кластерному підході управління охороною здоров'я регіону

Характеристика існуючої системи	Характеристика системи, заснованої на кластерному підході
<i>З точки зору організації медичної допомоги</i>	
Система орієнтована не на людину, охорону здоров'я, а на досягнення результатів власної діяльності (нормативи і стандарти). Внаслідок, є серйозні структурні диспропорції мережі лікувальних закладів, неефективне розміщення і використання ресурсів охорони здоров'я, вкрай незбалансована система державних закупівель і додаткового лікарського забезпечення	Кластерний принцип формування моделі управління передбачає: - функціонування на принципах економічної доцільності з урахуванням потреб пацієнтів, що дасть змогу усунути дисбаланс поліклінічної та стаціонарної допомоги, стимулювати власників раціонально розпоряджатися своїми ресурсами; - географічну локалізацію суб'єктів, що дозволяє забезпечити близькість всіх споживачів і контрагентів
<i>З точки зору управління</i>	
Система слабо керована і децентралізована, про що свідчить незадовільна координація дій органів управління охороною здоров'я, ослаблення функцій стратегічного та поточного планування в їх діяльності, недостатня взаємодія між медичними організаціями одного рівня	У кластері між учасниками формуються тісні партнерські відносини (формально і неформально закріплені), засновані на розумінні взаємних інтересів та спільності ринкових бар'єрів. Утворений учасниками координаційний орган забезпечує акумуляцію і актуалізацію цілей і завдань суб'єктів, чітко розподіляє сфери відповідальності та обов'язки кожного учасника
<i>З погляду фінансування</i>	
Недостатнє фінансове забезпечення територіальних програм державних гарантій, неефективність методів і способів оплати медичних установ (збереження принципу фінансування закладів охорони здоров'я з бюджету у розрахунок на ресурсні показники незалежно від їх реальної роботи)	Кластерний підхід до організації та управління охороною здоров'я передбачає діяльність в умовах конкурентного ринку (со-конкуренція учасників), тому система фінансово-економічних відносин повинна бути спрямована на максимально ефективне використання всіх наявних ресурсів. Крім цього, фінансування діяльності кластера здійснюється за допомогою спеціально сформованого фінансового пулу, що розподіляється за взаємною згодою всіх учасників кластерного об'єднання

- реалізація намічених планів, цілей, подальша робота з удосконалення «внутрішньокластерних» відносин, безперервний моніторинг розвитку кластера та оперативний контроль у разі відхилення від запланованих результатів.

Висновки

Ми пропонуємо сформувати кластери як один з підходів до реформування регіональної системи охорони здоров'я, оскільки існуюча система охорони здоров'я потребує пошуку нових шляхів, методів і підходів до реформування галузі. Важливою складовою ефективного функціонування медичного кластера є його об'єктивна і всебічна оцінка, що може являти собою непросте

завдання, оскільки кластер – це напівофіційна структура, яка не має чітко визначених кордонів, обов'язкових компонентів і закріплених стандартів функціонування.

Кластерний підхід дає змогу частково вирішити ряд проблем структурного, управлінського і фінансово-економічного характеру, оскільки впорядковує організаційну структуру регіональної охорони здоров'я, вибудовує ланцюжок стійких взаємозв'язків, заснованих на довірі та розумінні спільності інтересів, але водночас не потребує серйозних структурних і законодавчих перетворень у поточній системі охорони здоров'я.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні методології реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом.

Список літератури

- Банін А. С. Організаційно-методичні підходи до формування кластерів в системі охорони здоров'я регіону : навч.-метод. пос. / А. С. Банін. – Томськ : СибГМУ, 2007. – 37 с.
- Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. пос. / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.

3. Губерная Г. К. Социально-экономические асимметрии как проблема совершенствования государственной региональной политики / Г. К. Губерная, В. Котельников // Вісник економічної науки України. – 2005. – № 1. – С. 30–36.
4. Загальнодержавна цільова соціальна програма «Збереження і розвитку трудового потенціалу України на 2008–2017 роки» // Офіц. вісник України. – 2009. – № 52. – С. 14–18.
5. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
6. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник / В. Москаленко, О. Гульчій, В. Таран [та ін.]. – Вінниця : Нова Книга, 2010. – 288 с.
7. Посібник з кластерного розвитку. – 2006. – 38 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://economy-mk.gov.ua/download/books/ClusterHandbookUkr.pdf>. – Назва з екрана.
8. Програма галузевих кластерів: огляд. Річарда Бленді, центр прикладної економіки, університет південної Австралії [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://business.unisa.edu.au/cid/publications/blandy/BV2010_clusters_report.pdf. – Назва з екрана.
9. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01 / Я. Ф. Радиш ; Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 35 с.
10. Статистичні збірники Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/healthinfo/statistics/regions/en/index.html>. – Назва з екрана.
11. Ткачук І. Г. Організація виробництва за кластерною моделлю : навч. пос. / І. Г. Ткачук, С. О. Кропельницька, А. Д. Петруняк. – Івано-Франківськ : Плай, 2009. – 280 с.
12. Шутов М. М. Оптимізація управління ресурсами здравоохранения : учебник / М. М. Шутов, В. В. Дорофиевко, Н. С. Блинова. – Донецк : ВИК, 2005. – 238 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.04.2013 р.

Методология реформирования системы здравоохранения по кластерному подходу

В.М. Лобас, С.М. Вовк, М.М. Шутов (Донецк)

Предложена методология реформирования системы здравоохранения, основанная на кластерном подходе управления регионом. Это позволит частично решить ряд проблем структурного, управленческого и финансово-экономического характера, поскольку упорядочивает организационную структуру региональной системы здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская помощь, кластер, медицинский кластер, здравоохранение, регион, кластерный подход.

Methodology of health care system reforming on the cluster approach

V.M. Lobas, S.M. Vovk, M.M. Shutov (Donetsk)

The methodology of health care system reforming is based on the cluster approach managing the region. It will allow to partially solving a number of problems of structural, managerial, financial and economic nature, as regulates the organizational structure of the regional health care.

Key words: medical assistance, cluster, medical cluster, health care, region, cluster approach.