

УДК 614.2:368.06.003.1(048)

*М. В. ШЕВЧЕНКО, О. О. ЗАГЛАДА, Л. А. КАРАМЗИНА, В. Я. БОЙКО* (Київ)

## НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНИХ ВІДНОСИН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (аналітичний огляд наукової літератури)

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Системи охорони здоров'я всього світу знаходяться у постійному процесі реформування своїх структур та служб. І країни, що розвиваються, і розвинені країни перебувають у пошуку шляхів оптимізації організації та механізмів функціонування системи охорони здоров'я. В Україні назріла необхідність розробки та впровадження нових механізмів, які б дозволили більш ефективно підійти до вирішення проблем щодо забезпечення потреб населення у медичних послугах. Це можливо за умови раціоналізації сектору охорони здоров'я, передусім ефективного і раціонального використання наявних ресурсів та забезпечення належної якості та доступності медичних послуг.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** моделі організації охорони здоров'я, соціальне медичне страхування, рівні допомоги, подушова оплата, глобальний бюджет, діагностично-споріднені групи (ДСГ).

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні, які визначені положеннями постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я", передбачають розмежування первинного, вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги, визначення переліку медичних послуг відповідно до рівня її надання, особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну та вторинну медичну допомогу тощо. Тому вивчення найкращого світового та вітчизняного досвіду з питань удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я є актуальним.

**Мета дослідження:** висвітлити та обґрунтувати напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин у сфері охорони здоров'я.

**Матеріали і методи.** У дослідженні використано бібліосемантичний та інформаційно-аналітичний методи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З точки зору організаційно-фінансових особливостей можна виділити наступні основні моделі організації охорони здоров'я: переважно приватну, національну, державну та страхову. Практично немає країн, які використовують тільки одну з цих моделей, у більшості з них є поєднання 2–3 різних форм з переважанням однієї моделі [42]. Більшість країн віддають перевагу системам загального медичного страхування, які ґрунтуються на принципах рівності та солідарності [56].

У багатьох країнах, що розвиваються, і країнах з перехідною економікою реформи системи охорони здоров'я і запровадження соціального медичного страхування були здійснені з метою підвищення ефективності для посилення конкуренції та ефективності регулювання, фінансування і забезпечення виконання основних функцій сектору. Моделі системи охорони здоров'я відрізняються особливостями збору та адміністрування фінансових ресурсів, обраними пакетами медичних послуг, вимогами до акредитації надавачів і контролем за наданням послуг.

Соціальне медичне страхування (далі – СМС) дуже поширене у світі і визначає напрями діяльності більшості систем охорони здоров'я країн Західної Європи [51;55]. Так, у Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Люксембургу, Нідерландах та Швейцарії СМС є визначним інструментом надання і фінансування медичної допомоги. Окремі інструменти системи соціального медичного страхування використовуються і в країнах із суто податковою системою формування ресурсів для фінансування охорони здоров'я (Фінляндія, Швеція, Велика Британія, Греція та Португалія). Крім того, значна частина країн Центральної та Східної Європи запровадили адаптовані моделі СМС, серед яких Угорщина (з 1989 р.), Литва (з 1991 р.), Чехія (з 1992 р.), Естонія (з 1992 р.), Латвія (з 1994 р.), Словаччина (з 1994 р.) та Польща (з 1999 р.).

Серед сусідніх країн значний досвід у запровадженні СМС мають Румунія [5], Польща [50;57],

Росія [16;45], Грузія [48;53], Киргизстан [37], Молдова [60], країни Балтії.

Модель організації охорони здоров'я (ОЗ) багато в чому визначає доступні механізми господарювання та принципи регулювання відносин між основними складовими системи. Чинне законодавство України дозволяє залучення позабюджетних коштів, розвиток медичного страхування, створення приватних медичних закладів [33;35;38;44].

В Україні охорона здоров'я населення забезпечується діяльністю державної, комунальної та приватної систем охорони здоров'я, що необхідно враховувати при здійсненні державного регулювання та визначенні найбільш оптимальних механізмів господарювання у галузі [2;31]. Основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, кошти від надання платних послуг, благодійництво та спонсорство [40]. Традиційно найвагомішим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів (бюджетне фінансування), тоді як кошти, отримані з інших джерел, – лише додатковий фінансовий ресурс. Так, на сьогодні ОЗ практично повністю фінансується із загальних державних фондів, частка яких у сукупному офіційному бюджеті протягом останніх років становила 98%. Платні медичні послуги, різні благодійні (добровільні) і так звані децентралізовані джерела фінансування становлять близько 2–7% від загального обсягу бюджетного фінансування [31;40;51].

Такі форми, як кредитування та інвестування, характерні для юридичних і фізичних осіб, що займаються приватною медичною практикою. Крім того, у період переходу до ринкової економіки державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволили некомерційну господарську діяльність (медичну та немедичну), щоб у такий спосіб вони мали змогу залучити додаткові фінансові ресурси. У результаті набула значного поширення така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Останнє полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності і воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги [40;44].

Протягом останніх років акцент у вирішенні проблеми недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я робиться на запровадження обов'язкового медичного страхування як потенційного джерела залучення в систему додаткових коштів [41]. Найважливішим завданням вирішення проблеми фінансування охорони здоров'я та загальноновизнаним напрямком якісного реформування медицини є запроваджен-

ня прозорого багатоканального фінансування, яке дозволить вирішити багато економічних, організаційних, кадрових та технологічних проблем охорони здоров'я. Як варіанти залучення додаткових коштів розглядаються: перспективи введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування, поширення практики діяльності "лікарняних кас", створення суспільно-солідарного сектора [36;46]. Останній є об'єднанням муніципальних медичних закладів, медичних підприємств і лікувальних установ інших організаційно-правових форм, а також лікарів з приватною практикою, пов'язаних між собою єдиним замкненим лікувально-діагностичним технологічним процесом надання медичних послуг і єдиною системою фінансування з позабюджетних (страхових, суспільно-солідарних цільових фінансових і благодійних фондів) і комерційних джерел [10;11;30].

Одним з основних стратегічних напрямів у визначенні оптимальних і дієвих організаційно-правових форм є запровадження автономізації закладів охорони здоров'я та зміна їх господарського статусу [17;24;27]. Однак при цьому, як свідчить дані окремих дослідників, некомерційні комунальні підприємства стають вразливими, оскільки місцеві ради та адміністрації, як правило, скорочують їм обсяги бюджетного фінансування на суму залучених в попередній звітний період позабюджетних коштів, посилячись на їхній новий статус [24;35].

Окремі дослідники наголошують, що новий статус закладів охорони здоров'я має бути комплексно врегульований законодавчо, тобто отримати повноцінне нормативно-правове поле [4;6;28;34].

Крім забезпечення фінансування заходів та програм з охорони здоров'я відповідно до потреб населення, система охорони здоров'я потребує запровадження дієвих організаційно-правових форм діяльності медичних закладів та ефективного використання виділених коштів консолідованого бюджету [15;43]. Одним із важливих елементів переведення системи ОЗ на засади ефективної діяльності та прозорості використання ресурсів є подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги, розмежування фінансування послуг первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, що закладено в сучасну концепцію реформування сектору охорони здоров'я [25;32;43].

Важливе значення для розвитку галузі має запровадження перетворень і у приватному секторі. Як і у більшості розвинених країн, а також країн з ефективними перетвореннями у галузі, для покращення ефективності надання послуг та якості обслуговування населення, раціональним кроком є надання рівних прав державному

та приватному сектору при виконанні державного замовлення за умови надання ними медичних послуг відповідно до визначених державою медичних стандартів та цінової політики [38–40]. При цьому доцільним є сприяння створенню приватних загальнолікарських практик шляхом надання в оренду необхідних приміщень і обладнання на пільгових умовах, а також визначення на контрактній основі обсягу послуг та їхньої вартості, що могли б закуповуватися державою у закладів будь-якої форми власності [18;23;26].

У відомчій медицині необхідно також розглянути такі перетворення, як концентрація всіх коштів з державного бюджету на рівні МОЗ України та передача таких закладів охорони здоров'я у підпорядкування місцевих органів влади, а також чітке визначення обсягів медичної допомоги і, відповідно, потреби у кадровому, матеріально-технічному та фінансовому забезпеченні таких закладів [12].

Розмежування рівнів надання медичної допомоги, а отже і функцій закладів ОЗ відповідно до рівнів надання допомоги, необхідно проводити, зокрема, шляхом створення окремих центрів первинної медико-санітарної допомоги, що визначатимуть надання допомоги на первинному рівні, госпітальних округів для забезпечення ефективності діяльності медичних закладів вторинної ланки [1;39], а також створення високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх ресурсного забезпечення [6;15;23;34;43].

Такий підхід дозволить запровадити більш раціональні методи фінансування, що вже довели свою ефективність у різних країнах світу [3]. Так, передбачається, що на первинному рівні всі кошти (бюджети сіл, селищ, міст районного значення) концентруються на районному рівні із застосуванням подушної оплати.

Ефективність рішень щодо розмежування фінансування первинної та вторинної ланки, поступового запровадження механізму розділення фінансових потоків по рівнях надання послуг у практичній діяльності вже доведено на прикладах ряду областей, районів та міст України [20]. Це повністю відповідає кращому досвіду у світовому масштабі і пріоритетам розбудови національної системи охорони здоров'я [8;19].

Для вторинного рівня раціональним підходом до розміщення фінансових ресурсів є концентрація коштів на рівні області, запровадження фінансування закладів за методом “глобального бюджету” із поступовим визначенням вартості та обсягу послуг, що закуповуватимуться у кожного закладу відповідного до його потужності, спеціалізації тощо.

Для третинного рівня (високоспеціалізована медична допомога) також найбільш прийнят-

ним на даному етапі є метод “глобального бюджету” в залежності від структури та обсягів наданої допомоги. Найчастіше діяльність закладів третинної медичної допомоги відбуватиметься на умовах корпорації, тим самим передбачаючи, що частина коштів із бюджетів університету та інших закладів, що входять в об'єднання, у вигляді трансферту передаються на лікарню, що виступає як центральна ланка корпорації. Витрати здійснюються відповідно до затвердженого порядку.

Метод “глобального бюджету” для фінансування закладів стаціонарної допомоги вторинної та третинної ланки найбільш поширений у країнах ЄС. Разом з тим все більшого поширення набуває запровадження фінансування лікарняних закладів за методом визначення “портфелю послуг” (*case-mix*), що закуповуються для обслуговування застрахованого населення в межах пакету соціального медичного страхування або гарантованого державою обсягу послуг. Формування та облік “портфелю послуг” відбувається найчастіше із використанням групування послуг у діагностично-споріднені групи (ДСГ). ДСГ були вперше використані і застосовуються у США, а сьогодні із певними модифікаціями – у всіх країнах ЄС, а також інших розвинених країнах світу (Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Кореї та ін.) [52].

Ціноутворення щодо медичних і сервісних послуг закладів охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні ефективного та якісного функціонування системи ОЗ [9;21;22]. Застосування методики ДСГ ґрунтується на об'єднанні пацієнтів у групи за клінічно визначеними категоріями з однорідним споживанням ресурсів – на основі таких складових, як основний діагноз, наявність ускладнюючих діагнозів, характеру медичного втручання, віку та статі. За результатами застосування методики усі медичні випадки групуються та отримують код за ДСГ. Важливим є визначення базової вартості стандартного випадку згідно з ДСГ та розробка коефіцієнтів затратоємкості для обчислення кожного ДСГ залежно від відділення та процедур, що були включені до курсу лікування пацієнтів. Кількість груп ДСГ в різних країнах різна, але найчастіше вона коливається від 500 до 750. При цьому в залежності від спеціалізації закладів, де надається допомога, а також приналежності їх до вторинної чи третинної ланки надання медичної допомоги, вводяться поправочні коефіцієнти для обрахунку сум відшкодування за проліковані випадки.

Адаптація підходу до систем охорони здоров'я в різних країнах призвела до розробки специфічних критеріїв визначення групування пацієнтів та встановлення базових сум відшко-

дувань за обсяг наданих послуг медичними закладами [54;59]. Адаптовані системи кодування медичних послуг були розроблені у Німеччині, Франції, Нідерландах і Великій Британії, Іспанії та Італії, Скандинавських країнах, а також в Російській Федерації, Казахстані та ін. [47;49;61;62]. Країни ЄС сьогодні активно працюють над запровадженням єдиної для країн ЄС системи ДСГ [58].

У Європі декілька міжнародних організацій (Рада Європи, Організація економічного співробітництва та розвитку, Європейське бюро ВООЗ, Європейський союз, Європейський комітет із систем класифікації хворих і Європейський комітет зі стандартизації) стимулюють дослідження із впровадження ДСГ у практичну діяльність лікарень, крім того, розпочали працювати два міжнародні проекти з вивчення впровадження системи ДСГ у Європі – проекти Case Mix and Severity і Case Mix and Resource Management. У Франції DRG одержали найменування однорідних груп пацієнтів (groups Homogenes de malades) [58].

Процес адаптації методології згідно з ДСГ складається з ряду етапів. На першому етапі обирається ряд закладів, у яких проводиться точне кодування процедур та облік схем надання медичних послуг із детальним визначенням вартості на кожному етапі обслуговування пацієнтів. Такі дані обробляються і коригуються, після чого ДСГ апробується у тестовому режимі на ряді обраних територій. Після цього ДСГ поступово впроваджується у загальну практику розподілу фінансових ресурсів із постійним поточним оновленням та щорічним коригуванням відповідно до потреб галузі.

Важливо зазначити, що методика групування послуг довела свою дієвість як у країнах, де застосовується соціальне медичне страхування,

так і у країнах, де фінансування систем охорони здоров'я засновується на принципах загального оподаткування населення [7;29].

### Висновки

1. У переважній більшості країн ефективно поєднуються різні форми організації охорони здоров'я з елементами приватного, державного та страхового регулювання з переважанням якоїсь однієї моделі. В Україні охорона здоров'я населення забезпечується діяльністю державної, комунальної та приватної систем охорони здоров'я, де традиційно найвагомим джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів (бюджетне фінансування).

2. Соціальне медичне страхування дуже поширене у світі і визначає напрями діяльності більшості систем охорони здоров'я світу і дозволяє впроваджувати найбільш дієві та раціональні важелі регулювання сектору охорони здоров'я.

3. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні, враховуючи найкращий світовий досвід, стосуються проведення структурної реорганізації галузі та удосконалення системи її фінансування, удосконалення системи профілактики захворювань, поліпшення стану надання медичної допомоги шляхом інституційного розмежування первинного, вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги та запровадження нового господарсько-фінансового механізму в діяльності закладів охорони здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у детальному вивченні окремих напрямків удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я для використання найкращого світового і вітчизняного досвіду при проведенні реформ сектору охорони здоров'я України.

### Список літератури

1. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я / Лехан В. М., Матюха Л. Ф., Надутий К. О. [та ін.] // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів : сучасний стан проблеми в Україні»], (Київ, 15–16 жовт. 2009 р.) – К., 2009. – С. 41–42.
2. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Я. Буздуган // Вече. – Режим доступу : <http://www.viche.info/journal/960/> – Назва з екрану.
3. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я / О. В. Виноградов // Статистика України. – 2006. – № 2. – С. 65–67.
4. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу / З. Гладун // Право України. – 2003. – № 6. – С. 56–62.
5. Доклад CNAS, 2004 г. [Доклад Национального фонда медицинского страхования, 2004 г.] / Национальный фонд медицинского страхования. – Бухарест, 2004 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.casan.ro/> – Название с экрана.
6. Долот В. Д. Державне управління стаціонарною медичною допомогою в Україні: стан і тенденції розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. / В. Д. Долот. – К., 2006 – 21 с.
7. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка, В. М. Рудого. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
8. Звіт про стан охорони здоров'я у світі: Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж коли-небудь [Електронний ресурс] / ВООЗ, 2008 р. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

9. *Кади́ров Ф. Н.* Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения / Ф. Н. Кади́ров. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 424 с.
10. *Карамишев Д. В.* Теоретичні аспекти та узагальнення основних понять управління системою охорони здоров'я в умовах трансформації суспільства / Д. В. Карамишев // Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К.: Вид-во НАДУ, 2005. – Вип. 1. – 512 с.
11. *Карамишев Д. В.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамишев // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. – Х.: Вид-во ХарPI НАДУ "Магістр", 2005. – № 1. – С. 9–17.
12. *Кузнецова Т. В.* Характеристики организационно-правовых форм медицинских организаций [Электронный ресурс] / Т. В. Кузнецова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3 (7). – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/86/30/> – Заголовок з екрану.
13. *Кучеренко В. З., Вялков А. И., Денисов И. Н.* [и др.] Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. – М.: ФФОМС, 2000.
14. *Лікарня в XXI столітті: організація та управління медичною допомогою: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 5–6 черв. 2008 р., Київ / за ред. Г.О. Слабкого; Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України, ДЗ "Клін. поліклініка №1" Держ. упр. справами Президента України.* – К., 2008. – 144 с. – Бібліогр.: С. 125–140. – укр.
15. *Літвак А. І.* Дослідження систем управління медичного закладу / А. І. Літвак. – Одеса : ОРДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
16. *Матинян Н. С.* Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам. ЦНИИОИЗ Рос здрава [Электронный ресурс] / Н. С. Матинян, Е. И. Скачкова // Соц. аспекты здоровья населения. – 2008. – № 3 (7). – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/30/> – Название с экрана.
17. *Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні неприбуткові підприємства (на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги) / Слабкий Г. О., Нечай А. А., Рудий В. М.* [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2010. – 35 с.
18. *Мних М. В.* Медичне страхування за кордоном та можливість його реалізації в Україні / М. В. Мних // Держава і економіка. – 2006. – № 11. – С. 39–41.
19. *Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини : метод. реком. / Весельський В. Л., Слабкий В. Г., Яценко Ю. Б.* [и др.]. – К. : МОЗ; УІСД, 2010. – 19 с.
20. *Москаленко М. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
21. *Нагорна А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-Нова, 2002. – 381 с.
22. *Надюк З. О.* Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України / З. О. Надюк // Держ. упр. – 2008. – №4. – С. 100–103.
23. *Оболенський О. Ю.* Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід / О. Ю. Оболенський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло [та ін.]. – К. : Асоціація міст України та громад, 2007. – 191 с.
24. *Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України : метод. реком. / Гойда Н. Г., Матюха Л. Ф., Слабкий В. Г., Полікова Л. В.* – К. : УІСД, НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2010. – 25 с.
25. *Організаційна модель первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в сільській місцевості / Слабкий Г. О., Лехан В. М., Гойда Н. Г.* [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30–31, № 245/31/09. – С. 153–154.
26. *Пліш Б.* Державне управління охороною здоров'я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні : автореф. дис. канд. наук. з держ. упр. : спец. 25.00.02 / Б. Пліш. – К., 2005. – 20 с.
27. *Полікова Л. В.* Медики близнюківщини забезпечили стовідсоткове обслуговування населення сімейними лікарями – одні з найперших в області [Виступ на розширеній колегії Національної Ради з питань охорони здоров'я від 30.03.09 р.] [Електронний ресурс] / Л. В. Полікова – Режим доступа : [http://www.simmed.com.ua/journals.php?article\\_id=75](http://www.simmed.com.ua/journals.php?article_id=75). – Назва з екрану.
28. *Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги : наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=338346-30082010-0.txt&code=v0735282-10> – Заголовок з екрану.
29. *Радиш Я.* Зарубіжний досвід створення нормативно-правової бази з державного управління системою охорони здоров'я / Я. Радиш, О. Тарахонич // Вісник УАДУ. – 2002. – № 1. – С. 144–149.
30. *Рогова О. Г.* Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я України / О. Г. Рогова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарPI НАДУ "Магістр", 2008. – № 2 (34). – 520 с.
31. *Рожкова І. В.* Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. : Фенікс, 2008. – 176 с.
32. *Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення : звіт проекту ТАСІС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні", 2009 [Електронний ресурс].* – Режим доступа : [http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert\\_letters/4\\_VR\\_PHC&SHC%20Split\\_150209\\_final.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/exspert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf). – Заголовок з екрану.
33. *Рудень В. В.* Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 71–73.
34. *Рудий В. М.* Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні / В. М. Рудий // Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я України; за заг. ред проф. В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2001. – С. 151–174.
35. *Рудий В.* Регуляторна основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / В. Рудий / Гл. врач. – 2004. – № 5. – С. 74–76.

36. Сердюк В. І. Реформи у системі надання медичних послуг та їх фінансування / В. І. Сердюк // Фінанси України. – 2001. – № 9. – С. 143–146.
37. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан / Мейманалиев А. С, Ибраимова А., Элебесов Б., Речел Б. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005.
38. Слабкий Г. О. Інноваційні підходи до надання медичної допомоги населенню / Г. О. Слабкий // Тези круглого столу в рамках проекту ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні” [“Сучасні методи управління охороною здоров’я та можлива модель реформування галузі”], (Київ, 15 січня 2010 р.). – К., 2010. – С. 1–17
39. Слабкий Г. О. Модель організації стаціонарної допомоги другого рівня у великому місті / Г. О. Слабкий, В. В. Лазоришинець, В. Л. Подоляка // Реєстр галузевих нововведень. – 2009. – Вип. 30–31, №238/31/09. – С. 149–150.
40. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров’я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.
41. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров’я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
42. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у системі організації охорони здоров’я громадян: порівняльно-правовий аспект [Електронний ресурс] / В. Ю. Стеценко // Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції [«Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)»], (Львів, 17–18 квітня 2008 р.). – Режим доступу : [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02\\_325.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_325.pdf). – Назва з екрану.
43. Удосконалення економічного механізму управління галуззю / Левицький О. І., Вовк М. Г., Підгорна Л. М., Шевченко М. В. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2008 рік. – К., 2007. – С. 41–54.
44. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров’я в Україні / І. І. Фуртак // Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. [«Медичне право України: проблеми становлення та розвитку»], (Львів, 19–20 квіт. 2007). – Л., 2007. – С. 318–323.
45. Царева О. В. Актуальные вопросы нормативного правового регулирования перехода к одноканальному финансированию и оплате медицинской помощи по полному тарифу через систему ОМС / О. В. Царева // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2010. – № 1. – С. 43–48.
46. Черниш О. І. Проблеми формування ринку медичних послуг в Україні // Фінансовий механізм державного управління економікою України : зб. наук. пр. ДонДАУ. – Донецьк, 2005. – Т. 6, Вип. 49. – С. 87–99. – (Сер. “Державне управління”).
47. Bellanger M. M. The search of the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French Health Care System / M. M. Bellanger, P. R. Mosse Health Econ. – 2005. – Vol. 14 (2). – P. 119–33.
48. Collins T. The Aftermath of Health Sector Reform in the Republic of Georgia: Effects on People’s Health / T. Collins // J. of Community Health. – 2003. – Vol. 28(2). – P. 99–113.
49. Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals / Sanchez–Martinez F., Abellan–Perpignan J.–M. [et al.] // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 225–232.
50. Definition of the “Health Benefit Basket” in Poland / Kozierekiewicz A., Trabka W., Romaszewski A. [et al.] // Eur. J. Health Econ. – 2005. – Vol. 6 (Suppl. 1). – P. 58–65.
51. Doetinchem Ole The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries / Ole Doetinchem, Bernd Schramm, Jean–Olivier Schmidt // Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany. – 2006. – Vol. 18, Lage. – (Series International Public Health).
52. Francis H. Roger France. Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons failure / Francis H. Roger France. // International J. of Medical Informatics. – 2003. – Vol. 70 (20). – P. 215–219.
53. Georgia: Health system review / Chanturidze T., Ugulava T., Duran A. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2009. – Vol. 11(8). – P. 1–116.
54. Healy J. Reforming Hospital Systems in Turbulent times / J. Healy, M. McKee // Eurohealth. – 2001. – Vol. 7, № 3. – P. 2–7.
55. Josep Figueras M. M. Social health insurance systems in Western Europe / M. M. Josep Figueras, Elias Mossialos, Richard B. Saltman ; ed R. B. Saltman. – NY : Open University Press, 2004.
56. Kifmann M. Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related? / M. Kifmann // Public Choice. – 2005. – Vol. 124(3). – P. 283–308.
57. Kuszewski K. Health Systems in Transition: Poland / K. Kuszewski, C. Gericke. – Copenhagen : WHO, 2005.
58. Kutzin Joseph. A descriptive framework for country–level analysis of health care financing arrangements / Joseph Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – P. 121–204.
59. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries / Schreyogg J., Stargardt T. [et al.] // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 215–223.
60. Moldova: Health system review / Atun R., Richardson E., Shishkin S. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol. 10 (5). – P. 1–138.
61. Oostenbrink J. Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system / J. Oostenbrink, F. Rutten // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3). – P. 287–294.
62. Schreyogg J. T. O. Cost accounting to determine prices: how well do prices reflect costs in the German DRG–system? / J. T. O. Schreyogg, R. Busse // Health Care Management Science. – 2006. – Vol. 9 (3) – P. 269–279.

## НАПРАВЛЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

*М. В. Шевченко, Е. А. Заглада, Л. А. Карамзина, В. Я. Бойко (Киев)*

Системы здравоохранения всего мира находятся в постоянном процессе реформирования своих структур и служб. И развивающиеся страны, и развитые находятся в поиске путей оптимизации организации и механизмов функционирования системы здравоохранения. В Украине назрела необходимость разработки и внедрения новых механизмов, которые бы позволили более эффективно подойти к решению проблемы обеспечения нужд населения в медицинских услугах. Это возможно при условии рационализации сектора здравоохранения, в первую очередь эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** модели организации здравоохранения, социальное медицинское страхование, подушная оплата, глобальный бюджет, диагностически родственные группы (ДСГ).

## DIRECTIONS OF IMPROVEMENT OF FINANCIAL AND ECONOMIC RELATIONS OF HEALTH CARE SYSTEM (SCIENTIFIC LITERATURE REVIEW)

*M. V. Shevchenko, O. O. Zaglada, L. A. Karamzina, V. Ya. Boyko (Kyiv)*

Health care systems in the whole world are in constant process of reforming their structures and services. Both developing countries, as well as developed ones, are in searching for the best possible organizational structures and functional mechanism for their health care system. In Ukraine there is a need to develop and introduce new mechanisms, which allow more effectively approach the problem of the satisfaction of population needs in medical services. This is only possible to achieve through rationalization of the health care sector, starting with rational utilization of available resources, as well as provision of accessible and good quality medical services.

**KEY WORDS:** organizational models of health care system, social health insurance, per capita payment, global budget, diagnostic related groups (DRG).

*Рецензент: к.е.н. І.І. Волинкін*

УДК: 364.444:614.1(477)

*О. М. КРЕКОТЕНЬ (Вінниця)*

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

---

Наведено аналітичні дані наукової літератури щодо питання медико-соціальних проблем працездатного населення України.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** інвалідність, чинники ризику, розповсюдженість, структура, економічно активне населення.

---

В сучасних економічних умовах значно підвищується роль виробників матеріальних благ, зайнятих у промисловому виробництві, в першу чергу – великих державних, акціонерних, орендних товариствах, що забезпечують основний внесок у національний прибуток держави. Лише за умови збереження і відтворення виробничих

сил можливий позитивний баланс в економіці, а отже, і реформуванні інших галузей, в тому числі й охорони здоров'я населення [1; 2; 4].

**Мета дослідження:** провести поглиблений систематичний огляд літературних джерел (вітчизняних та іноземних) щодо встановлення медико-соціальних проблем економічно активного населення України та за її межами.