

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

ШЕВЧЕНКО МАРИНА ВІКТОРІВНА

УДК 616-058 : [616-082:336.12.127].001.73

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НОВОЇ СИСТЕМИ
ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2016

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державній установі "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет", завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Березка Микола Іванович**, Харківський національний медичний університет, МОЗ України, завідувач кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології

доктор медичних наук, професор **Децик Оррина Зенонівна**, ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет" МОЗ України, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства

доктор медичних наук, професор **Любінець Олег Володимирович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО

Захист відбудеться "30" травня 2016 р. о 10.⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, корпус Б.

Автореферат розісланий "29" квітня 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
к. мед. н., доцент

Л.І. Чумак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Сучасні системи охорони здоров'я потребують забезпечення достатніми фінансовими ресурсами, доступу до медичних послуг, універсального охоплення основними видами допомоги у сфері зміцнення здоров'я, профілактики, лікування і реабілітації населення, підвищення ефективності та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних з наданням допомоги, створення умов для того, щоб вартість послуг не стала на перешкоді при їх отриманні, збереження ефективності систем охорони здоров'я в умовах бюджетних обмежень внаслідок фінансово-економічних криз (J. Kutzin, 2008; ВООЗ, 2010, Світовий Банк, 2012; Ali R. Smith, 2012; ОЕСР (Організація Європейського співробітництва і розвитку, 2011, 2014; Європейська Комісія, 2011). Слід відзначити, що різні країни, з різною історією розвитку економіки і політичного досвіду, побудували достатньо різноманітні інституційні механізми для фінансування охорони здоров'я (Т. Фубистер, Е. Моссялос, 2010; R. Baeten, S. Thomson, 2012; A. Maresso, Ph. Mladovsky and et., 2015; S. Thomson, J. Figueras, 2015 and et).

Вітчизняні та зарубіжні дослідники акцентують увагу на недостатності, непрозорості та неефективності системи фінансування охорони здоров'я України, надмірній децентралізації і фрагментації фінансових потоків, неадекватності методів фінансування закладів охорони здоров'я, низькому рівні оплати праці медичного персоналу, який не залежить від обсягів і якості виконуваної роботи, що призводить до зменшення доступності та якості надання медичної допомоги (НРОЗ, 2008–2014; N. Markova, R. Stanley/WHO Europe, 2012; В.М. Лехан, В.М. Рудий, Е. Річардсон, 2010, Ю.В. Вороненко, 2012; Г.О. Слабкий, 2010, 2013; П. Беллі, Ю. Джигир, 2013; О. Бетлій, 2013; Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я, 2014).

Аналіз світових тенденцій свідчить, що для успішного вирішення завдань з реформування системи фінансування необхідне залучення достатніх коштів, усунення фінансових бар'єрів для покращення доступності медичних послуг та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних із захворюванням, раціональне використання наявних ресурсів (Ю.В. Вороненко, 2008; С. James, W. Savedoff, 2010; В.В. Рудень, 2010; Г.О. Слабкий, В.М. Лехан., 2012 та ін.).

Результати проведених наукових досліджень в Україні показали, що окремими дослідниками у сфері державного управління та економічних наук переважно вивчалися економічні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я (Н.П. Кризіна, 2008; О.В. Виноградов, 2009; П.Є. Лівак, 2010), проблеми обліку і контролю госпрозрахункової діяльності в державних медичних закладах (Н.З. Мачуга, 2001), фінансово-господарської діяльності бюджетних установ (Т.В. Чередніченко, 2003), ціноутворення в галузі надання медичної допомоги (Г.В. Семенченко, 2003), фінансового забезпечення медичного страхування (О.Є. Губар, 2004; Є.О. Малік, 2007; Т.І. Стецюк, 2009), впровадження системи обов'язкового медичного страхування фармацевтичної допомоги (Н.І. Карпишин, 2006), теоретичних і практичних питань фінансового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я населення України (О.І. Тулай, 2005; В.Г. Гінзбург, 2015),

ціноутворення в клінічній медицині (Р. Й. Василюшин, 2010), у соціальній медицині – вивчення окремих елементів фінансування або проведення розрахунків економічної ефективності запропонованих нових/удосконалених функціонально-організаційних моделей/систем надання медичної допомоги на рівні окремих служб (В.Й. Шатило, 2007; В.Л. Подоляка, 2008; В.М. Князевич, 2009; О. М. Ковальова, 2010; М. К. Хобзей, 2010; В.П. Лисак, 2010; Л. Ф. Матюха, 2011; Н. Я. Жилка, 2011; О.К. Толстанов, 2012; Р.О. Моїсеєно, 2013 та ін.). В Україні власні оригінальні дослідження, які б торкалися комплексного вивчення і запровадження зміни системи фінансування охорони здоров'я в розрізі її основних функцій на теперішній час відсутні, що і обумовило актуальність проведеного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.

Дослідження стало складовою частиною планових науково-дослідних робіт ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" відповідно до планів науково-дослідних робіт "Наукове обґрунтування напрямків удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я" (2008–2010 рр.) (№ держреєстрації 0108U000648), "Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні" (2011–2013 рр.) (№ держреєстрації 0111U004017), "Наукове обґрунтування запровадження нового фінансового механізму в охорону здоров'я" (2014–2016 рр.) (№ держреєстрації 0114U006050), в яких дисертант є науковим керівником і відповідальним виконавцем за їх виконання.

Мета дослідження – наукове обґрунтування, розробка та апробація нової системи фінансування надання медичної допомоги, яка орієнтована на максимально можливе забезпечення потреб населення в різних видах медичної допомоги в межах наявних фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети було передбачено вирішення наступних завдань:

1) проведення системного аналізу зарубіжних та вітчизняних наукових джерел щодо системи фінансування охорони здоров'я в цілому та за її основними функціями, досвіду реформування систем фінансування та шляхів їх модернізації;

2) розробка програми та методологічного інструментарію проведення наукового дослідження;

3) комплексний аналіз нормативно-правових засад системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в розрізі її основних функцій;

4) комплексний аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні за її основними функціями: збір, об'єднання, розподіл, закупівля, а також оплати праці зайнятих у цій сфері, зв'язку середньої очікувано тривалості життя при народженні (СОТЖ) з обсягами фінансування охорони здоров'я та окремими макроекономічними показниками на регіональному рівні;

5) вивчення ставлення організаторів охорони здоров'я, медичних працівників і населення до системи фінансування охорони здоров'я та напрямів її реформування;

6) теоретичне обґрунтування та характеристика нової системи фінансування медичної допомоги;

- 7) запровадження нової системи фінансування медичної допомоги в Україні на рівні пілотних проектів в рамках натурального експерименту;
- 8) обґрунтування запровадження нових методів оплати медичної допомоги;
- 9) розробка нових підходів до системи оплати праці в залежності від її обсягу і якості;
- 10) визначення потреби в інвестиціях для розвитку закладів охорони здоров'я;
- 11) оцінка переваг та ризиків нової системи фінансування охорони здоров'я в процесі її апробації та запровадження.

Науковою базою дослідження, яке проводилося у період 2008–2014 рр., стали законодавство у сфері фінансування охорони здоров'я України, а також країн Європейського Союзу і нових незалежних держав; офіційні матеріали Державного комітету статистики України, Національного банку України, Міністерства фінансів України; МОЗ України, звіти про виконання зведеного, державного та місцевих бюджетів, фінансова звітність закладів охорони здоров'я, дані НРОЗ та Національних рахунків економіки України, спеціального моніторингу ходу реформування системи охорони здоров'я, статистичні дані, отримані з інших джерел (періодичні видання, дані EuroStat, Банку даних Глобальної обсерваторії охорони здоров'я, Pubmed, Cochrane library, Medline, Ovid HealthSTAR, Європейської бази даних "Здоров'я для всіх" (БД-ЗДВ) та ін.), 27 адміністративно-територіальних одиниць України, заклади охорони здоров'я пілотних регіонів (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ).

Об'єкт дослідження: система фінансування охорони здоров'я.

Предмет дослідження – функції системи фінансування охорони здоров'я, загальні, державні і приватні витрати на охорону здоров'я, структура фінансових ресурсів за джерелами фінансування, фінансовими агентами, постачальниками медичних послуг, обсяги фінансування, оплата праці медичних працівників.

Методи дослідження:

- 1) *системний підхід і аналіз* – використовувався на всіх етапах проведення дослідження, включаючи вивчення проблем діючої системи фінансування охорони здоров'я України, нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в розрізі її основних функцій, обґрунтування нової системи фінансування;
- 2) *бібліосемантичний* – для аналізу, порівняння і узагальнення даних щодо систем фінансування охорони здоров'я в зарубіжних країнах, досвіду їх реформування;
- 3) *економічний* – для аналізу системи фінансування України за її основними функціями;
- 4) *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (описова та аналітична статистика, парна та множинна кореляція, регресійний аналіз);
- 5) *концептуального моделювання* – для проведення теоретичного обґрунтування нової системи фінансування в ході структурної перебудови галузі;
- 6) *соціологічний* – для дослідження ставлення організаторів охорони здоров'я, медичних працівників і населення до проблем системи фінансування охорони здоров'я та шляхів її реформування;

7) *натурного експерименту* – для апробації обґрунтованої та розробленої нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні в розрізі основних її функцій;

8) *експертних оцінок* – для вивчення спектру та значимості переваг і ризиків при запровадженні нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні, а також її оцінки.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що *вперше в Україні*:

розроблено, апробовано в ході реалізації натурного експерименту та доведено ефективність нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні, яка передбачає зміну змісту основних функцій фінансування щодо об'єднання, розподілу, стратегічної закупівлі медичних послуг;

визначено проблеми існуючої системи фінансування охорони здоров'я в Україні за основними її функціями, шляхи їх вирішення для досягнення позитивних соціальних, медичних та економічних результатів;

розроблено та апробовано механізм переходу від утримання закладів охорони здоров'я до фінансування на основі планування та розподілу видатків на охорону здоров'я згідно з бюджетними програмами за видами медичної допомоги на основі заключення договорів про надання медичної допомоги населенню між розпорядниками бюджетних коштів та закладами охорони здоров'я;

обґрунтовано економічну та соціальну доцільність об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, екстреної і вторинної медичної допомоги – з обласних бюджетів з подальшим переходом на 2-рівневу систему фінансування охорони здоров'я (національний і регіональний рівні), розділенням функцій між замовником – фінансуючою стороною і постачальниками медичних послуг, формуванням системи єдиного платника – спеціалізованої закупівельної агенції з регіональними відділеннями;

встановлено вплив обсягів фінансування та окремих соціальних індикаторів рівня життя (валовий регіональний продукт у розрахунку на одну особу, рівень середньомісячної заробітної плати одного працівника, наявний дохід в розрахунку на одну особу) на СОТЖ;

обґрунтовано та розроблено порядок і результативні показники для обчислення та нарахування надбавок до заробітної плати за обсяг та якість наданої первинної медичної допомоги;

розроблено методичні основи формування діагностично-споріднених груп (ДСГ) та первинну модель їх запровадження до моменту створення української системи ДСГ;

обґрунтовано необхідність залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я для здійснення реформ;

удосконалено:

механізм використання бюджетних коштів на рівні закладу охорони здоров'я шляхом запровадження фінансування за скороченою формою економічної класифікації видатків місцевих бюджетів;

перелік бюджетних програм за видами надання медичної допомоги та їх індикативних показників при складанні та виконанні місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я;

набули подальшого розвитку:

доповнення наукових даних стосовно перешкод для здійснення реформи системи фінансування охорони здоров'я України, що стосувалося фінансово-економічних чинників, пов'язаних з недостатніми обсягами фінансування сфери охорони здоров'я, відсутністю інвестицій для підготовки та здійснення реформ;

уточнення особливостей і закономірностей фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги;

застосування програмно-цільового методу при плануванні та використанні бюджетних коштів на рівні місцевих бюджетів та визначення ефективності відповідних бюджетних програм.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає у доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині запровадження нової для України системи фінансування охорони здоров'я зі зміною основних функцій фінансування в частині об'єднання, розподілу та запровадження стратегічної закупівлі медичних послуг.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для впровадження окремих елементів розробленої якісно нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні, що дозволяє:

- збільшити сталість системи охорони здоров'я за рахунок об'єднання бюджетних коштів на рівні обласних бюджетів;
- перейти від пасивних до активних закупівель медичних послуг на основі запровадження договірних відносин між фінансуючою стороною і постачальниками медичних послуг;
- розмежувати функції замовника (платника) і постачальників медичних послуг і запровадити систему єдиного платника шляхом створення спеціалізованої закупівельної агенції;
- забезпечити умови для розмежування видатків місцевих бюджетів за видами надання медичної допомоги, виходячи з обґрунтованих потреб населення у різних видах медичної допомоги, їх справедливого використання, підвищення рівня прозорості системи для населення;
- здійснювати планування та розподіл видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів на основі бюджетних програм за видами надання медичної допомоги та для досягнення відповідних результативних показників;
- запровадити мотиваційні механізми оплати праці медичних працівників, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

Результатів дослідження використані на державному, галузевому та регіональному рівнях.

а) *на державному рівні* при розробці Законів України від 07.07.11 №3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві"; від 07.07.11 №3611-VI "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо

удосконалення надання медичної допомоги" (довідки МОЗ України від 15.06.12 р. №19.01-01/555/238; від 15.06.12 р. №19.01-01/555/239); від 28.12.14 №79-VIII "Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин" з метою врегулювання питання розмежування бюджетних асигнувань за видами надання медичної допомоги (ст. 87,89,90); нової редакції Податкового Кодексу в частині врегулювання діяльності закладів охорони здоров'я, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства (довідка МОЗ України від 03.02.15 р. №10.02.11/3033).

постанов Кабінету Міністрів України від 08.02.12 №86 "Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ"; від 05.03.12 №209 "Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я" (довідка МОЗ України від 19.07.12 р. №19.01-01/555/310);

розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.11 №1164-р "Про затвердження Концепції загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір" (довідка МОЗ України від 19.07.12 р. №19.01-01/555/311).

б) галузевому рівні при розробці наказів МОЗ України (2011–2013 рр.) (всього 18): від 20.05.11 №304 "Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах"; від 08.06.11 №346 "Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві"; від 15.08.11 №507 "Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах"; від 05.10.11 №646 "Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"; від 02.11.11 №743 "Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги"; від 26.04.12 №313 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я" (довідка МОЗ України від 27.08.12 р. №19.01-01/555/381); від 10.09.13 №793 "Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги" (довідка МОЗ України від 29.01.15 р. №19.2-07/58-3); від 11.06.13 №494 "Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я" (довідка МОЗ України від 29.01.15 р. №19.2-07/58-2); від 14.10.13 №880 "Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні" (довідка МОЗ України від 29.01.15 р. №19.2-07/58-1).

в) теоретичні і методичні питання дослідження представлені у 3 методичних рекомендаціях та 15 галузевих нововведеннях (наведені у списку опублікованих праць за темою дисертації).

На регіональному рівні впроваджені в практику охорони здоров'я Дніпропетровської (акти впровадження від 12.09.2013) та Вінницької (акт впровадження від 15.10.2013 р.) областей в рамках реалізації пілотного проекту з реформування національної системи охорони здоров'я.

Використовуються у навчальному процесі кафедрах соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ "Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України" (акт впровадження від 27.08.15 р.), соціальної медицини, організації і медичного правознавства ДВНЗ "Івано-Франківського національного медичних університетів" (акт впровадження від 24.12.15 р.), кафедри громадського здоров'я ДВНЗ "Ужгородський національний університет" (акт впровадження від 04.01.2016) (5 актів впровадження).

За матеріалами наукового дослідження отримано 5 свідоцтв про реєстрацію авторського права (наведені у списку опублікованих праць за темою дисертації).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особисто виконаною науковою працею автора. Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження, розроблено програму, обрано методи дослідження, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблено анкети, карти експертної оцінки; проведено статистичну обробку отриманих даних з використанням ліцензованого програмного продукту STATISTICA 6.1, створено базу даних для вивчення системи фінансування охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, проведено систематизацію, наукову інтерпретацію та узагальнення отриманих результатів, сформульовано висновки та практичні рекомендації, що знайшли відображення в публікаціях за темою дисертаційного дослідження. Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використовувалися.

Автору належить ідея розробки та обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в розрізі зміни наповнення її основних функцій. Під час виконання дисертаційної роботи дисертант була розробником низки законодавчих та нормативно-правових актів як член робочих груп, забезпечувала впровадження економічних реформ за напрямком "Реформа медичного обслуговування" (накази МОЗ України від 26.09.12 №748, від 21.03.13 №220), проводила постійний моніторинг процесу впровадження реформи медичного обслуговування (наказ МОЗ України від 27.12.11 №975), відповідала як заступник керівника координаційної групи за супровід та координацію роботи з реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області (наказ МОЗ України від 14.07.11 №192-Адм).

Особисто автором підготовлені науково обґрунтовані пропозиції щодо впровадження та апробації нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні в умовах структурної модернізації системи охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, а розроблені наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дослідження доповідалися та були обговорені на з'їздах, науково-практичних конференціях, симпозіумах, семінарах, нарадах, робочих групах і представлені в доповідях та тезах доповідей на *міжнародному рівні*: міжнародній науково-практичній конференції до Всесвітнього Дня здоров'я 2015 "Безпека харчових продуктів. Від ферми до тарілки, зробити продукти харчування безпечними" (м. Київ, 2015 р.); науковій конференції з міжнародною участю "Запровадження національного плану дій щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року відповідно до європейської стратегії "Здоров'я-2020: основи європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя" (м. Київ, 2015 р.); III Міжнародному медичному Конгресі "Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України" (м. Київ, 2014 р.); XV конгресі СФУЛТ (м. Чернівці, 2014 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю "Актуальні питання сімейної медицини в Україні: шляхи до високої якості" (м. Київ, 2009 р.);

на державному рівні: оприлюднені та апробовані на Всеукраїнській науково-практичній конференції "Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій" (м. Херсон, 2013 р.); V з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (м. Житомир, 2012 р.), конференції "Реформування системи охорони здоров'я України" (м. Ялта, 2011 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції "Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати" (м. Київ, 2010 р.); науково-практичній конференції "Історія утворення і становлення Товариства київських лікарів (до 170-річчя його утворення) (м. Київ, 2010 р.); Ювілейному X з'їзді ВУЛТ та Всеукраїнського з'їзду лікарських організацій (м. Євпаторія, 2009 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції "Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні" (м. Київ, 2009 р.); IV з'їзді фахівців з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України (м. Житомир, 2008 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції "Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги" (м. Київ, 2008 р.); міжвідомчій нараді в АПУ (м. Київ, 2011 р.); Школі організаторів охорони здоров'я при Головному управлінні охорони здоров'я КМДА (м. Київ, 2011 р.);

на галузевому рівні: тематичній групі з питань фінансування та оплати праці при проведенні розширеної Колегії МОЗ України (м. Вінниця, 2012 р.); семінарі-нараді "Актуальні питання планування розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини" (м. Київ, 2012 р.); галузевій нараді з членами робочих груп з розробки нормативних документів з питань функціонування нових типів закладів охорони здоров'я (м. Київ, 2011 р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 64 наукові праці, у т.ч. 2 монографії у співавторстві, з них одна міжнародна, 3 розділи монографій, 28 статей у фахових виданнях (з них 6 публікацій в іноземних наукових журналах та у виданнях України, включених до міжнародних наукометричних баз, 22 у виданнях рекомендованих МОН України), 8 праць апробаційного характеру, 23 додатково представляють наукові результати дослідження.

Обсяг та структура дисертації. Роботу викладено на 491 сторінці машинописного тексту, з них основного тексту – 299 сторінок, складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми дослідження та 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 45 рисунками, 47 таблицями, містить 14 додатків. Список використаних джерел містить 519 робіт вітчизняних та зарубіжних авторів, у т.ч.– 163 латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

На першому етапі (відображений в *першому розділі* дослідження "Аналіз фінансування охорони здоров'я, досвіду реформування систем фінансування та шляхів їх модернізації (аналітичний огляд наукової літератури)", передбачалося проведення вивчення системного аналізу міжнародних та вітчизняних наукових джерел щодо фінансування охорони здоров'я в розрізі його основних функцій, світового та вітчизняного досвіду реформування систем фінансування охорони здоров'я та можливих шляхів їх модернізації. З використанням бібліосемантичного методу опрацьовано понад 3000 інформаційних джерел, з яких відібрано 519 для поглибленого вивчення.

Обґрунтовано необхідність проведення наукового дослідження, визначено мету, наукову гіпотезу дослідження, об'єкт, предмет та завдання, розроблено методологічний інструментарій його проведення та програму дослідження, що відображено у *другому розділі* "Програма, обсяги та методи дослідження", де представлено розроблену з використанням системного підходу, фундаментальних концепцій, принципів, положень і висновків доказового менеджменту програму дослідження, в рамках якої передбачалося проведення дослідження у 7 етапів (рис. 1,2).

На другому етапі проведено комплексний аналіз нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров'я Україні шляхом дослідження нормативно-правових актів щодо джерел фінансування охорони здоров'я (збір доходів); нормативно-правової бази, яка регулює об'єднання та розподіл фінансових ресурсів у системі фінансування охорони здоров'я, закупівлю медичних послуг та взаємовідносини з постачальниками медичної допомоги; регулювання політики щодо права на медичне обслуговування населення (положення Конституції України, рішень Конституційного Суду України, Законів України, постанов і розпоряджень КМУ, наказів Мінфіну та МОЗ України, окремих міжнародних законодавчих актів). Результати комплексного аналізу дозволили критично оцінити стан чинної законодавчо-нормативної бази та обґрунтувати необхідність внесення змін для запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я України.

На третьому етапі проведено аналіз чинної системи фінансування охорони здоров'я за її основними функціями: збір фінансових ресурсів для охорони здоров'я та характеристика джерел фінансування охорони здоров'я, об'єднання фінансових ресурсів, розподілу фінансових ресурсів, оплата медичного обслуговування і відносин між замовником і постачальником медичних послуг (закупівля), а також оплати праці медичних працівників.

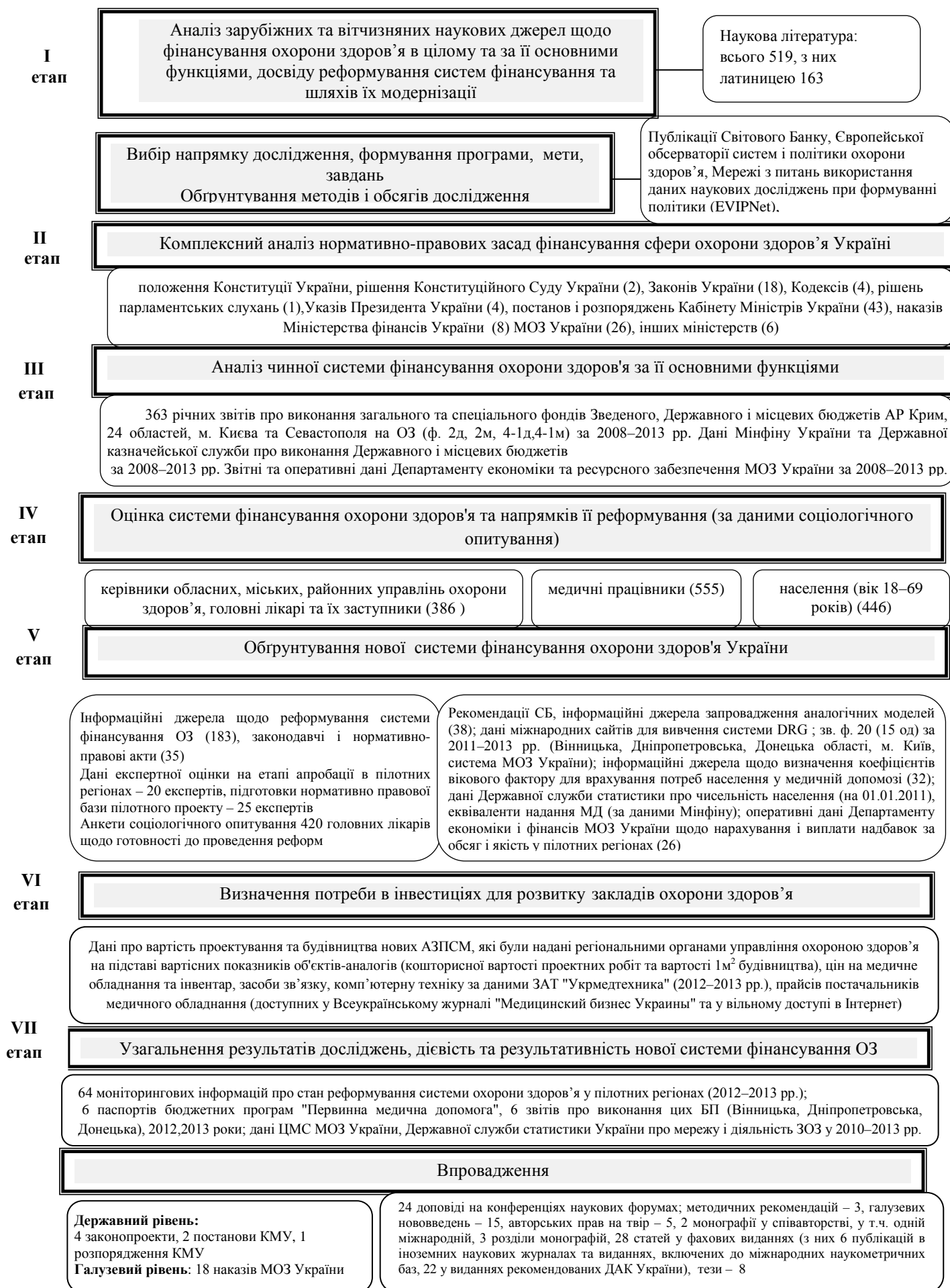


Рис.1 Програма, обсяги та результати дослідження

| Використані методи | Етапи впровадження |
|-----------------------------|--------------------|
| Системний підхід і аналіз | I – VII |
| Бібліосемантичний | I– VII |
| Медико-статистичний | III – VII |
| Соціологічний | IV, V |
| Економічний | III, VI |
| Концептуального моделювання | V |
| Експертних оцінок | VI, VII |
| Натурного експерименту | VI |

*Примітка: впровадження результатів дослідження проводилось одразу після їх отримання на етапах виконання роботи.

Рис. 2. Методи дослідження

Для цього було використано дані, наявні в системі національної і галузевої фінансової статистики, НРОЗ за період 2008–2013 рр. та міжнародних баз даних (можливо доступні найближчі роки). Детально представлено аналіз джерел фінансування ОЗ, загальних, державних та приватних витрат на охорону здоров'я як на національному рівні, так і у порівнянні з країнами Західної та Центральної і Південно-Східної Європи, СНД. Отримано концентровану характеристику в числовому і графічному виразі з використанням описової статистики. Досліджено зв'язок середньої очікуваної тривалості життя при народженні (СОТЖ) з такими факторними ознаками як валовий регіональний продукт у розрахунку на одну особу, рівень середньомісячної заробітної плати одного працівника, наявний дохід в розрахунку на одну особу, витрати на охорону здоров'я на душу населення в розрізі 8 економічних районів України. Для виявлення сили впливу вказаних факторних ознак було застосовано метод побудови і аналізу логістичної моделі регресії, побудовано ROC-криву для п'ятифакторної логістичної моделі прогнозування ризику низького показника СОТЖ при народженні. Досліджено залежність обсягів видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я з такими показниками як "Податкові надходження місцевих бюджетів", "Офіційні трансферти місцевим бюджетам від органів державного управління: дотації", "Офіційні трансферти місцевим бюджетам від органів державного управління: субвенції", "Доходи місцевих бюджетів", "Видатки місцевих бюджетів з кредитуванням" на основі методу побудови та аналізу лінійних багатофакторних моделей регресії.

На четвертому етапі проведено медико-соціологічне дослідження серед керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів та їх заступників, медичних працівників (лікарів та середнього медичного персоналу), дорослого населення віком 18–69 років Вінницької, Черкаської та Рівненської областей. Вибір цих областей для проведення вибіркового дослідження обумовлений тим, що Вінницька область була в числі обраних для проведення експерименту із апробації проведення структурних змін та реформування системи охорони здоров'я України на виконання заходів постанови КМУ від 17.02.10 №208 "Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я"; у Черкаській – апробовано створення неприбуткових комунальних підприємств ОЗ у 2008–2009 рр.; у Рівненській – за ініціативою місцевих органів влади заплановано проведення

реформ системи охорони здоров'я, і перш за все запровадження ефективних методів фінансування. Репрезентативність вибірових сукупностей була забезпечена як типологічними властивостями вибірок, так і розрахунком необхідного обсягу спостережень за загальновідомими методиками. Після перевірки на правильність та логічність заповнення було відібрано для аналізу 446 анкет, де респондентами було населення; 386 анкет, де респондентами були керівники обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головні лікарів та їх заступники; 555 анкет, де респондентами були медичні працівники (всього 1387). Обробка та статистичне групування інформації здійснювались за звичайними таблицями розподілу явищ за ознаками, які виражені в абсолютних цифрах і відсотках.

На п'ятому етапі на основі всебічного аналізу доказових наукових даних, результатів міжнародних досліджень, даних вітчизняного досвіду теоретично обґрунтовано та представлено основні характеристики нової системи фінансування медичної допомоги. Представлено етапність її запровадження на рівні пілотних проектів в рамках натурного експерименту. Обґрунтовано запровадження нових методів оплати медичної допомоги (на прикладі лікарняного сектору). Проведено аналіз нормативно-правової, методологічної бази для визначення можливостей та перешкод для запровадження системи діагностично-споріднених груп (ДСГ) в Україні. Досліджено основні міжнародні моделі ДСГ: AR-DRG (Австралія), G-DRG (Німеччина), HCF (Великобританія), NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія); проведено порівняльний аналіз міжнародних моделей ДСГ: AR-DRG (Австралія) і NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія) на основі рекомендацій Світового Банку, інформаційних джерел запровадження аналогічних моделей (38); даних сайтів The Independent Hospital Pricing Authority (IHPA) (<https://www.ihpa.gov.au>) Australian Consortium for Classification Development (<https://www.accd.net.au/>); Nordic Casemix Centre (<http://www.nordcase.org/eng>), звітних форм №20 (15 од) за 2011–2013 рр. (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області, м. Київ, система МОЗ України).

Розраховано первинну модель спрощеної схеми групування діагностично-споріднених груп, яка базувалася на методології, що використовувалася в Азербайджані, Киргизстані, Казахстані (за рекомендацією консультанта Світового Банку О. Кацаги), оскільки на час проведення дослідження в масштабі країни персоніфікована база даних пролікованих в стаціонарах хворих була відсутня.

На етапі апробації у пілотних регіонах проведено вивчення спектру та значущості можливих ризиків для здійснення реформ в сфері фінансування охорони здоров'я проведено експертну оцінку з використанням методу аналізу ієрархій Перелік та оцінка відносної значущості (в балах за шкалою від 0 – ризику немає до 10 – ризик максимальний) можливих ризиків для проведення реформ в секторі охорони здоров'я визначалися за спеціально розробленою анкетною. Була використана однокрокова заочна форма участі експертів. Експертна оцінка проводилася групою експертів, відібраних з різних регіонів України (м. Київ та Дніпропетровськ; Донецька, Львівська, Житомирська області) загальною чисельністю 20 осіб. Погодженість думок експертів визначалася з застосуванням методу конкордації Кенделла. Ступінь компетентності експертів з означених питань,

який оцінювався за коефіцієнтами інформованості і аргументації за методикою О.Л.Бондаренко, був високим – $0,84 \pm 0,03$.

На основі даних моніторингу реалізації пілотного проекту у 2011–2013 рр. та експертних оцінок вивчено переваги, ризики, дієвість запропонованої нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Оцінено перехід на запровадження планування та розподілу видатків на охорону здоров'я згідно з бюджетними програмами на рівні місцевих бюджетів за відповідними видами медичної допомоги проаналізовано звіти про виконання паспортів бюджетних програм "Первинна медична допомога" за 2012–2013 рр. у пілотних регіонах (Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях) та встановлено безпосередній зв'язок між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання.

На шостому етапі обґрунтовано необхідність підтримки реформ шляхом залучення інвестицій для розвитку системи охорони здоров'я, проведено розрахунки для визначення обсягів інвестицій, спрямованих на розвиток ПМД (мережі амбулаторій – підрозділів Центрів ПМСД), а також забезпечення організації надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та функціонування госпітальних округів у пілотних регіонах (з метою оснащення та дооснащення ЗОЗ, що входять до складу госпітального округу).

Економічні розрахунки забезпеченості мережею амбулаторій ЗПСМ-підрозділів центрів ПМСД проведено на основі даних про вартість проектування та будівництва нових АЗПСМ, які були надані регіональними органами управління охороною здоров'я на підставі вартісних показників об'єктів-аналогів (кошторисної вартості проектних робіт та вартості 1 м^2 будівництва), цін на медичне обладнання та інвентар, засоби зв'язку, комп'ютерну техніку за даними ЗАТ "Укрмедтехніка" (2012–2013 рр.).

Оцінка обсягів інвестицій базувалася на розрахунках потреби в додатковому оснащенні дороговартісним медичним обладнанням ЗОЗ, що надавали ВМД у пілотних регіонах, які були включені до перспективних планів формування госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і м. Києві. Ціни на обладнання взято з актуальних на січень 2012 р. прайсів, наданих ДУ "Політехмед", а також з прайсів постачальників медичного обладнання (доступних у Всеукраїнському журналі "Медицинский бизнес Украины" та у вільному доступі в мережі Інтернет).

На сьомому етапі узагальнено результати дослідження, представлено дієвість та результативність нової системи фінансування охорони здоров'я. Проведено визначення соціальної, медичної та економічної ефективності запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я на регіональному рівні. Оцінка медичної та соціальної ефективності проведена на основі даних моніторингу на рівні пілотних регіонів у 2011–2013 рр. відповідно до наказів МОЗ України від 15.08.11 №507 "Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах" та від 11.06.13 №494 "Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я", автор дослідження була одним із їх розробників.

Для проведення розрахунку економічної ефективності було прийнято припущення, згідно якого економічні вигоди в рамках реалізації пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я розраховувалися, виходячи з зміни показників змін у стаціонарному секторі за рахунок скорочення ліжкового фонду та проведення структурної реорганізації дільничних та районних лікарень.

Оцінка нової системи фінансування охорони здоров'я проведена на основі експертних оцінок 25 кваліфікованими експертами за величиною коефіцієнта варіації.

Основні статистичні характеристики, що приводяться при описанні результатів дослідження, в таблицях та діаграмах, включали: кількість спостережень (n), середню арифметичну (M), стандартне відхилення (SD , σ), похибку середньої величини (m); рівень статистичної значущості (p), який приймався в межах $\leq 5\%$ ($p \leq 0,05$) (при отриманні значення $p > 0,05$ різниця між показниками вважалась недостовірною); медіанного значення (Me), ланцюгових та базисних показників ряду динаміки (абсолютний приріст, темпи приросту, зростання, абсолютне значення 1% приросту). Для перевірки гіпотези про нормальність розподілу було використано критерії Шапиро-Уїлка, порівняння відносних величин – за допомогою критеріїв Пірсона та χ^2 (хі-квадрат). Для встановлення залежностей між досліджуваними сукупностями застосовано кореляційний, регресійний та факторний аналіз. Вірогідність розходжень показників та їх змін оцінювали з використанням критерію t (Стьюдента); наявність кореляційного зв'язку між порівнюваними показниками – r , частку коливань результативної ознаки зумовленої коливанням факторної ознаки – коефіцієнтом детермінації (R^2). Для виявлення сили впливу досліджуваних факторних ознак було застосовано метод побудови і аналізу багатфакторних логістичних моделей регресії. Для оцінки адекватності моделі використовувався метод побудови та аналізу кривих операційних характеристик (*ROC – Receiver Operating Characteristic curve analysis*), при цьому розраховувалася площа під ROC-кривою (*AUC – Area under the ROC curve*) та її 95% вірогідний інтервал (95% *VI*). Модель вважалася адекватною при статистично значущій відмінності величини *AUC* від 0,5.

В цілому розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій та обсяги дослідження забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для наукового обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Всі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновком комісії з біоетики ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" (протокол №4 від 18.06.2015). Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний №AGAR909E415822FA).

У третьому розділі "Комплексний аналіз нормативно-правових засад фінансування сфери охорони здоров'я в Україні" представлено аналіз нормативно-правових актів, які регулюють систему фінансування національної охорони здоров'я в розрізі таких функцій як збір доходів, об'єднання коштів, закупівлі медичних

послуг, а також політику щодо прав на пільги та допомогу, який подано у ракурсі описової концептуальної основи, яка була рекомендована ВООЗ у 2000 р. як підхід до політики фінансування. Встановлено, що податковим і бюджетним законодавством жорстко регулюється збір, розподіл, об'єднання фінансових ресурсів для надання окремих видів медичної допомоги, механізми та методи використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, контроль та моніторинг за їх використанням. Показано, що законодавче регулювання фінансово-економічних відносин в охороні здоров'я є негнучким, що негативно впливає на комплексність застосування ключових інструментів і запровадження оптимальних моделей, методів, механізмів при здійсненні реформ системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Законодавчо визначено 3-рівневу систему фінансування охорони здоров'я, що сприяє розпорошенню фінансових ресурсів; формульний підхід, за допомогою яких здійснюється розподіл трансфертів для охорони здоров'я передбачає фактично усереднене планування видатків "від досягнутого" без врахування потреб населення. Обмежено управлінську та фінансову свободу ЗОЗ при прийнятті рішень.

У *четвертому розділі* "Характеристика системи фінансування охорони здоров'я за її основними функціями: збір, об'єднання, розподіл, закупівля" показано, що збір доходів на охорону здоров'я здійснювався на основі поєднання надходжень від прямих і непрямих податків, обсяг яких у структурі ЗВОЗ коливався в межах 57,5÷56,4%, також джерелами фінансування виступали і внески від соціального страхування (0,46÷0,36% від ЗВОЗ), приватні кошти (42,33÷43,34% ЗВОЗ), кошти міжнародних донорських організацій (0,28÷0,23%). ЗВОЗ від номінального ВВП становили 7,6% при рівні витрат на охорону здоров'я у світі в цілому – 10,3%, у Європейському регіоні – 9,6 % та майже на рівні або вище країн, які стали членами ЄС після 2004 р. (в середньому 6,7%); державні (суспільні) витрати на охорону здоров'я – коливалися від 3,2% у 2008 р. до 3,4% у 2013 р.

Щорічно на душу населення витрачалося від 563US\$ПКС у 2008 р. до 686,8 US \$ПКС у 2013 р., однак їх рівень залишається нижче, ніж у середньому у країнах СНД в 1,6 рази; Європейського регіону – в 4,3 рази (2234,55), Євросоюзу – в 6 разів (3231). Державні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення в Україні за 2008-2013рр. зростали з 786,6грн/149,3 дол. США у 2008 р. до 1439грн/180,1дол США в 2013р.(світ в цілому – 613, Європейський регіон – 1782 дол. США).

Показано, що питома вага державних видатків для системи охорони здоров'я упродовж 2008–2013 рр. практично не змінювалася – коливання в межах 11,7÷12,9% зведеного бюджету України на відміну від обсягів видатків, що спрямовувалися на загальнодержавні функції, соціальний захист та соціальне забезпечення населення.

Доведено наявність невідповідності між структурою формування видатків і витрат на охорону здоров'я у зведеному бюджеті країни, особливо на рівні місцевих бюджетів, що обумовлює невідповідність між їх об'ємом повноважень та виділених ресурсів (питома вага місцевих бюджетів у структурі доходів зведеного бюджету України становила в середньому 23,85±0,65%, $\sigma=1,46$, а частка видатків місцевих

бюджетів у зведеному бюджеті охорони здоров'я на реалізацію власних повноважень $-79,45 \pm 0,42\%$, $\sigma=0,94$).

Показано взаємозв'язок СОТЖ з обсягами фінансування ОЗ в Україні. Встановлено, що для досягнення рівня СОТЖ 74–75 років в Україні (як наприклад в Болгарії, Туреччині, Латвії) необхідно, щоб ЗВОЗ в розрахунку на особу одного жителя за паритетом купівельної спроможності досягли рівня 1000–1200 \$ПКС в рік або 3710–4452 грн (відповідно ≈ 470 –560 дол. США за обмінним курсом НБУ станом на 01.01.2014 р.). Аналіз впливу макроекономічних показників-факторних ознак на СОТЖ на регіональному рівні дозволив стверджувати наявність кореляційного зв'язку між цим показником і витратами на охорону здоров'я на душу населення ($r = 0,635$, $p < 0,05$); наявним доходом в розрахунку на одну особу ($r = 0,413$, $p < 0,05$). Встановлено зв'язок СОТЖ з факторними ознаками в розрізі 8 економічних районів України на основі факторної логістичної моделі прогнозування. Адекватність моделі $\chi^2=59,3$ при $p < 0,001$; чутливість 71,1% (95% ДІ 58,8% – 81,3%), специфічність – 86,2% (95% ДІ 75,3% – 93,5%). Виявлено вплив обсягів витрат на охорону здоров'я на кінцеве споживання товарів і послуг населенням, що підтверджено наявністю позитивних кореляційних зв'язків між величиною витрат на охорону здоров'я на душу населення та рівнем середньомісячної заробітної плати одного працівника і наявним доходом в розрахунку на одну особу (відповідно $r=0,773$; $r=0,695$, $p < 0,026$). (рис. 3)

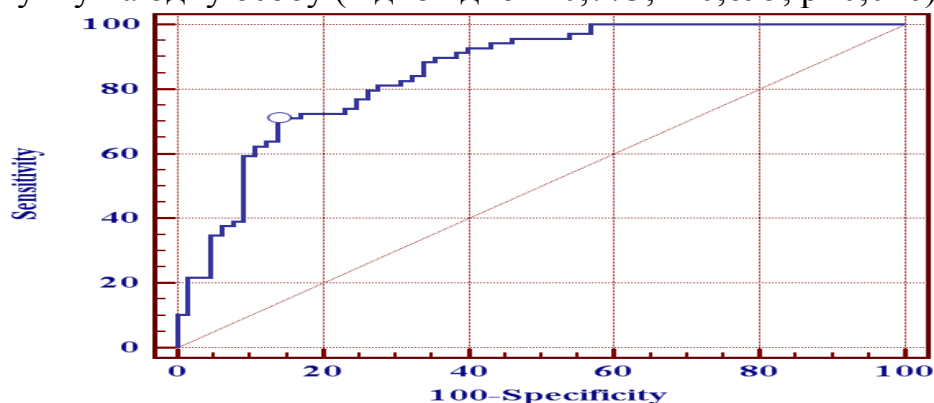


Рис. 3. ROC-крива для 5-и факторної логістичної моделі прогнозування впливу досліджуваних факторних ознак на СОТЖ

Надано характеристику розподілу фінансових ресурсів у системі фінансування охорони здоров'я в розрізі рівнів і видів: географічний розподіл; за видами медичної допомоги; типом постачальника медичних послуг; економічною характеристикою операцій. Виявлено особливості розподілу бюджетних коштів на основі трансферного механізму з використанням методу побудови та аналізу лінійних багатфакторних моделей регресії. Зокрема, встановлено, що обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я в найбільшій мірі пов'язані з обсягами видатків місцевих бюджетів ($r_{\text{part}}=0,512$, $p < 0,001$), доходами місцевих бюджетів ($r_{\text{part}} = -0,242$, $p=0,002$), обсягами дотацій ($r_{\text{part}}=0,201$, $p=0,009$).

Показано, що розподіл фінансових ресурсів здійснюється відповідно до існуючої інфраструктури сфери охорони здоров'я, а споживають фінансові ресурси переважно лікарні (в межах $38,18 \div 41,39\%$ поточних витрат на охорону здоров'я), заклади, що надавали амбулаторну допомогу ($11,83 \div 14,59\%$), та заклади, які

здійснювали роздрібний продаж медичних товарів та іншими організаціями, що надавали медичні товари (відповідно 30,75÷34,55%). Встановлено дисбаланс, який виник в результаті використання існуючого розподілу за економічною характеристикою операцій: обсяги капітальних видатків, які щорічно виділяються для охорони здоров'я (на рівні 5,47% (2008)÷3,98% (2013) не дозволяють забезпечити належний рівень матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ (ступінь зносу основних засобів – 43,3÷45,7% за даними 2008–2013 рр.).

Існуючий спосіб оплати медичного обслуговування в Україні носить проспективний характер і здійснюється за методом пасивних закупівель, тобто відшкодування вартості наданих послуг постачальниками – ЗОЗ фактично базується на обсягах фінансування попереднього бюджетного періоду з незначними коливаннями, що пов'язані з рівнем інфляції, ростом цін на енергоносії та комунальні послуги, зміною інших соціально-економічних індикаторів. Порядок планування і використання бюджетних коштів базується на нормативному підході (нормативи штатної чисельності персоналу, розмірів оплати праці, витрат на медикаменти, харчування хворих тощо), а більшість нормативів, в свою чергу, прив'язані до характеристик потужності ЗОЗ (кількості ліжок, відвідувань). Бюджетні кошти виділяються за методом постатейного кошторису доходів і витрат.

Показано недосконалість системи оплати праці медичного персоналу, надано характеристики зміни фонду оплати праці, його структури, представлено аргументи стосовно значної законодавчої зарегульованості та відсутності гнучкості в оплаті праці, що призвело як до міжгалузевої, так і галузевої диференціації, значного відставання її рівня від середнього в економіці (її рівень в 1,5 разу нижчий ніж в промисловості, 1,33 разу ніж в економіці), а також серед закладів бюджетної сфери (77,3÷86,1% від середнього рівня по бюджетних установах в цілому в державі, що нижче аналогічного рівня в інших галузях економіки); відносно прожиткового мінімуму і мінімальної заробітної плати – її рівень практично не змінювався упродовж аналізованого періоду залишався на рівні двох ПМ/МЗ, що свідчить про втрату соціально-гуманітарної складової заробітної плати. Встановлено наявність диференціації заробітної плати в регіональному розрізі. Найвищі її розміри були в м. Києві (3197 грн) та Севастополі (3173 грн), Дніпропетровській (2544 грн), Донецькій (2429 грн), Запорізькій (2390 грн) областях, де рівень середньомісячної номінальної заробітної плати перевищив на 33,8 – 1,6% середній рівень в галузі; найнижчі – Тернопільській (2052 грн), Волинській (216 грн), Вінницькій (2118 грн), Львівській (2128 грн), або на 14,1–11,0% нижчим ніж в середньому Україні.

Багатовимірність системи фінансування охорони здоров'я в Україні в розрізі джерел фінансування, фінансових агентів або організацій, що розпоряджаються коштами ОЗ, постачальниками медичних послуг, представлено на рис. 4.

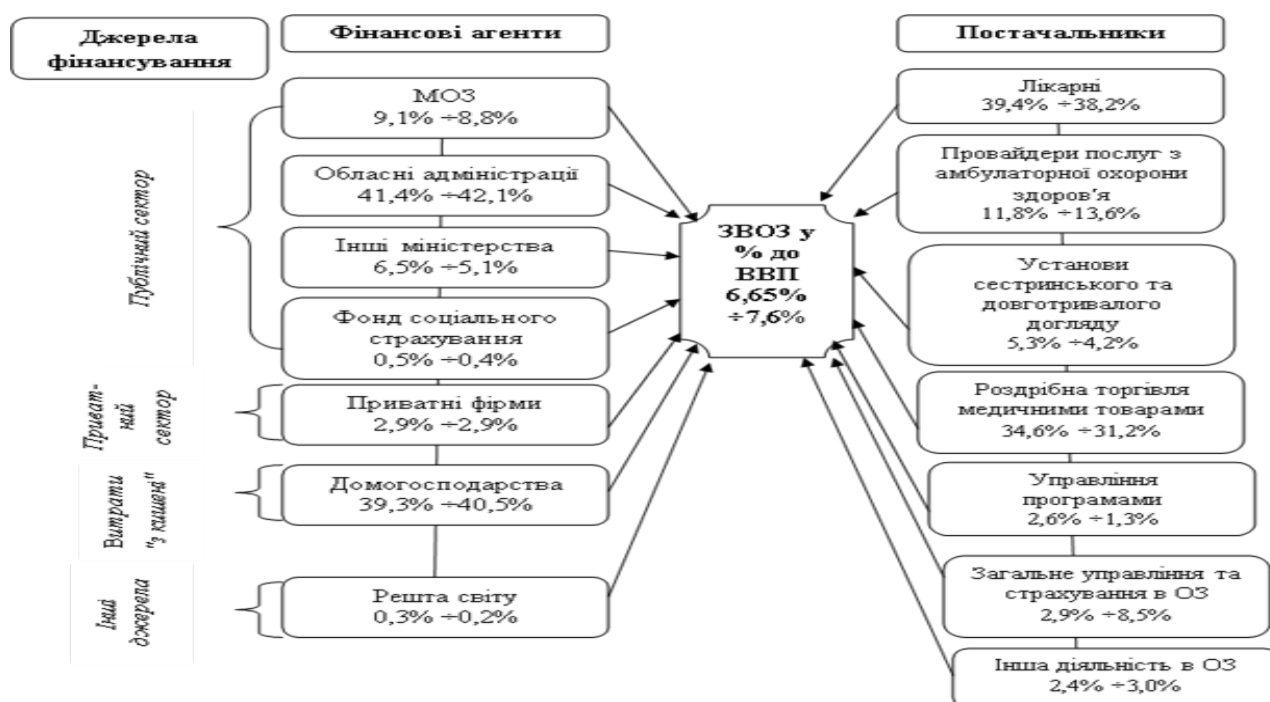


Рис. 4 Структура розподілу фінансових ресурсів за джерелами фінансування, фінансовими агентами, постачальниками медичних послуг в динаміці: 2008–2013 рр. (за даними НРОЗ)

У *п'ятому розділі* "Оцінка системи фінансування охорони здоров'я та напрямків її реформування (за даними соціологічного опитування)" наведено дані щодо визначення ключових проблем системи фінансування охорони здоров'я та з'ясування позицій і готовності організаторів охорони здоров'я, медичних працівників та населення до її реформування. За результатами соціологічних досліджень серед організаторів охорони здоров'я та медичних працівників визначено ключові проблеми системи фінансування охорони здоров'я, насамперед, недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я державних джерел фінансування, про що наголосило відповідно 79±2,7% і 83±2,7% вказаних респондентів. Виявлено, що 71±1,6% організаторів охорони здоров'я підтримують підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників, 64±1,6% – необхідність прийняття нових законодавчих актів, які будуть регламентувати можливість проведення реформ галузі, 59±1,8% – запровадження нових методів фінансування.

За даними опитування встановлено ставлення населення до проведення реформ як системи охорони здоров'я в цілому, так і її фінансування. Найбільш доцільним напрямком реформування системи охорони здоров'я, на їх думку, є збільшення фінансових надходжень в систему охорони здоров'я (70%). Майже 45% висловилися на користь забезпечення безоплатного гарантованого рівня надання медичної допомоги. Отримані результати опитування показали – 46,4% респондентів вважали, що подальший розвиток системи охорони здоров'я в Україні потребує проведення системних структурних змін. Це співпадає з результатами досліджень Київського міжнародного інституту соціології щодо очікувань українців пріоритетності реформування різних секторів економіки.

У шостому розділі "Обґрунтування нової системи фінансування медичної допомоги" на основі надійних доказових даних, які включали результати аналізу законодавчих засад та стану фінансування системи охорони здоров'я в Україні, міжнародного і вітчизняного досвіду перетворень в охороні здоров'я, рекомендацій міжнародних організацій, вітчизняних науковців та організаторів охорони здоров'я, думку медичної спільноти, представленою організаторами охорони здоров'я та медичними працівниками, населенням теоретично обґрунтовано нову систему фінансування національної системи охорони здоров'я (рис. 5).

Центральне місце у новій системі фінансування охорони здоров'я відведено посиленню фіскальної її стійкості за рахунок більш ефективного використання фінансових ресурсів, запровадження інноваційних джерел фінансування, а також введення співоплати (часткової оплати) населенням послуг охорони здоров'я (функція збору доходів); переходу на 2-рівневу систему фінансування охорони здоров'я для створення можливості щодо консолідації бюджетних коштів (функція об'єднання фінансових ресурсів); розподілу фінансових ресурсів у відповідності до потреб населення у наданні медичної допомоги (функція розподілу); створення системи єдиного платника (спеціалізованої агенції) і розмежування функцій між замовником і постачальниками медичної допомоги, запровадження договірних відносин між ними (стратегічні закупівлі) та нових методів оплати медичної допомоги різних рівнів, що орієнтовані на результат, формування чіткої і прозорої політики відносно гарантованого безоплатного обсягу подання медичної допомоги населенню. Обов'язковими умовами для реалізації запропонованої системи стали зміни в оплаті праці медичних працівників, які базувалися на мотиваційних механізмах з врахуванням обсягів і якості виконаної роботи.

Оскільки нова система фінансування передбачає кардинальну зміну функції закупівлі щодо створення системи єдиного платника для посилення рівного доступу до надання медичної допомоги, ефективності управління, раціональне використання бюджетних коштів, фінансової стійкості за результатами дослідження запропоновано створення спеціалізованої закупівельної агенції з регіональними відділеннями. Враховуючи реалії українського законодавства така агенція може бути створена як державна установа, що уповноважена КМУ на забезпечення реалізації державної політики в сфері вибору постачальників і відшкодування витрат за видами медичної допомоги на основі укладених договорів про медичне обслуговування, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги, та виступати головним розпорядником за бюджетними призначеннями, визначеними щорічно законом про Державний бюджет України. Запропоновано примірну структуру та визначено орієнтовні обсяги витрат на створення відповідної інституції. Показано, що створення та налагодження діяльності спеціалізованої закупівельної агенції з регіональними відділеннями потребуватиме додаткових витрат з бюджету в обсязі близько 120 млн грн.

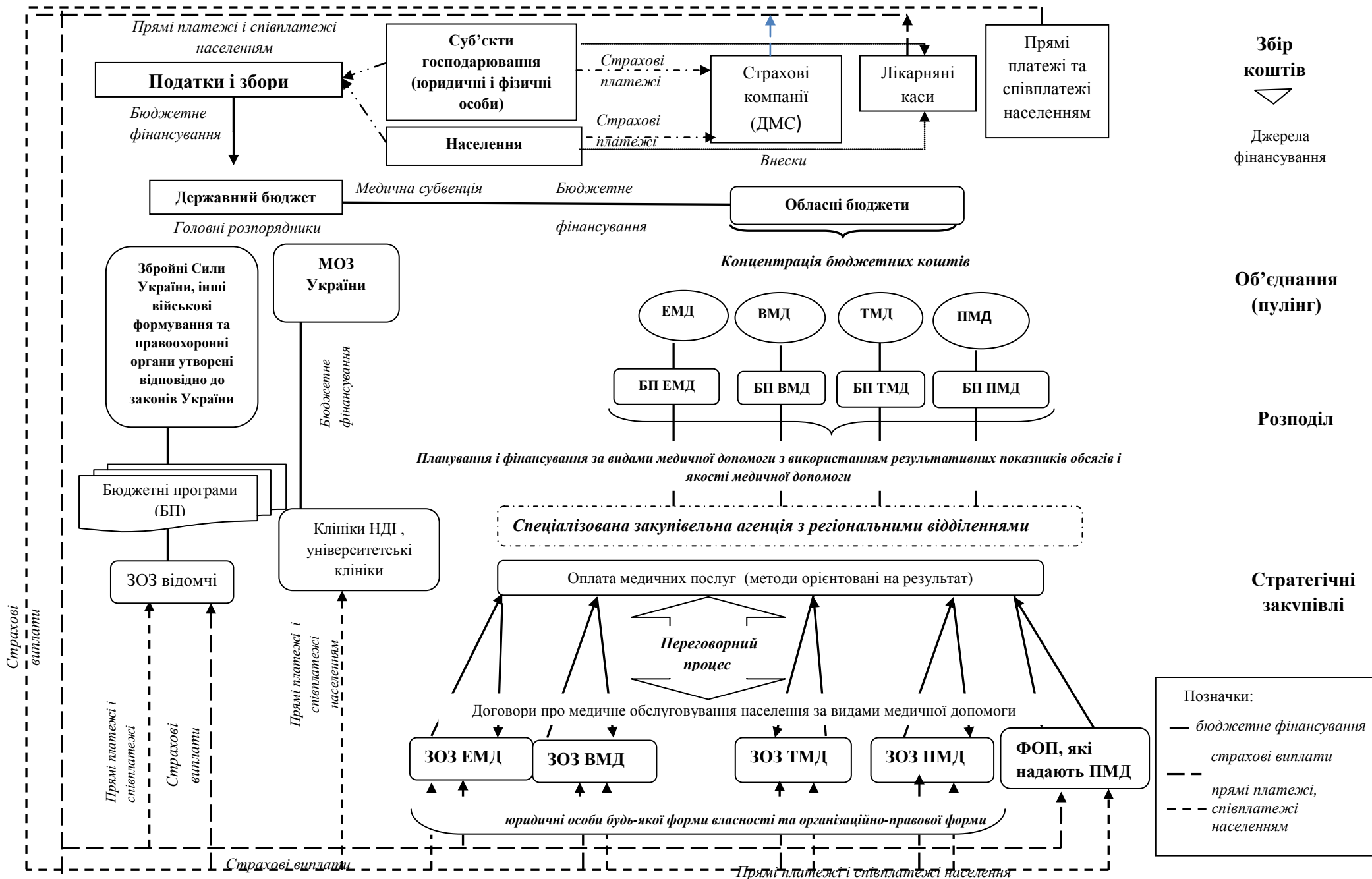


Рис. 5. Нова система фінансування охорони здоров'я в Україні в розрізі основних її функцій

Напрямки та відповідні механізми і інструменти, що входили до запропонованої системи, були використані при підготовці законодавчої бази і реалізації пілотного проекту, на рівні якого проведено натурний експеримент щодо запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я упродовж 2011–2013 рр. у чотирьох пілотних регіонах: сільськогосподарському (Вінницька область), двох промислових (Дніпропетровська, Донецька області) та мегаполісу (м. Київ), в яких мешкало 26,7% населення України.

Порівняльна характеристика існуючої та запропонованої системи фінансування охорони здоров'я за основними її функціями (об'єднання фінансових ресурсів, перерозподіл за видами МД, стратегічні закупівлі), які були реалізовані в рамках натурального експерименту на рівні пілотних регіонів представлена на рис. 6, 7.

Починаючи з 2012 р. після внесення змін до законодавства було започатковано реалізацію об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги на міському/районному рівнях, для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні і фінансове розмежування за видами МД на рівні пілотних проектів. Вперше на рівні пілотних проектів, починаючи з 2012 р., були відпрацьовані механізми планування обсягів видатків і фінансування ЗОЗ, що надавали ЕМД і ВМД, з обласних бюджетів, що знайшло відображення у формульному розподілі міжбюджетних трансфертів.

Вперше у новій системі фінансування ОЗ були закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та постачальниками медичних послуг, що, за доказовими даними, належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів. Було розроблено, затверджено та апробовано форми примірних договорів між замовниками та ЦПМСД, здійснено на перехід до їх фінансування на основі відповідної бюджетної програми (апробовано на рівні ПМД). Відпрацьовано фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів, внесено зміни до нормативних актів. Перевагами такого фінансування стало спрощення та зменшення документообігу в ЦПМСД (на 15%); прискорення оплати платіжних доручень в органах Державної казначейської служби України (з 7-10 днів до 5 днів); підвищення оперативності внесення змін до розпису асигнувань по розпорядниках нижчого рівня; спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів в частині внесення змін до планів використання бюджетних коштів; можливість самостійно визначати першочерговість платежів.

Обґрунтовано вибір австралійської системи AR-DRG в якості референтної для України на основі вивчення основних характеристик міжнародних моделей. Запропоновано первинну (спрощену схему групування) моделі діагностично-споріднених груп для України, яка може бути використана для проведення планування видатків в стаціонарах при формуванні відповідних бюджетів закладів охорони здоров'я/бюджетних запитів розпорядників бюджетних коштів.

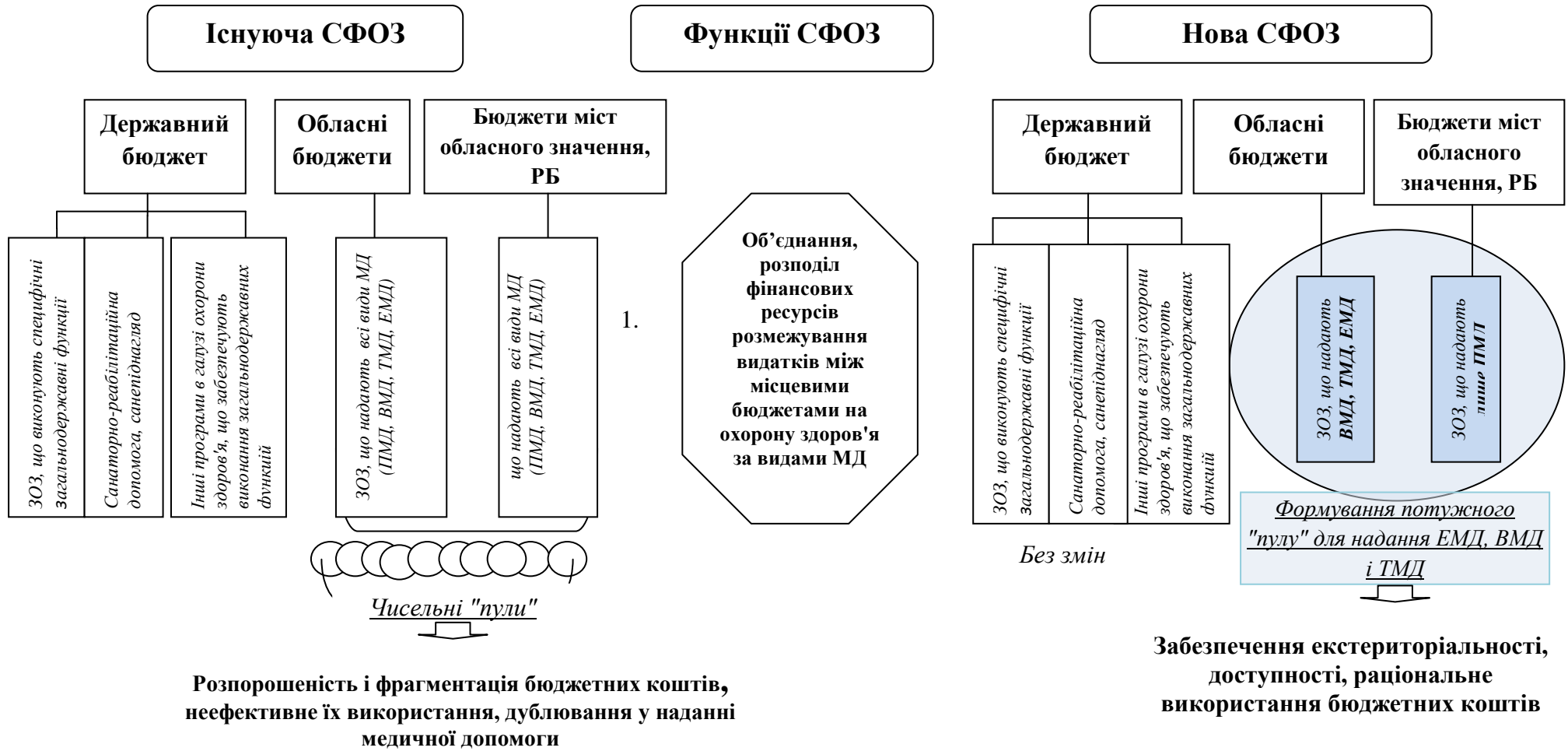


Рис. 6. Зміни функцій об'єднання і розподілу фінансових ресурсів системи фінансування охорони здоров'я у пілотних регіонах (на прикладі Дніпропетровської області)

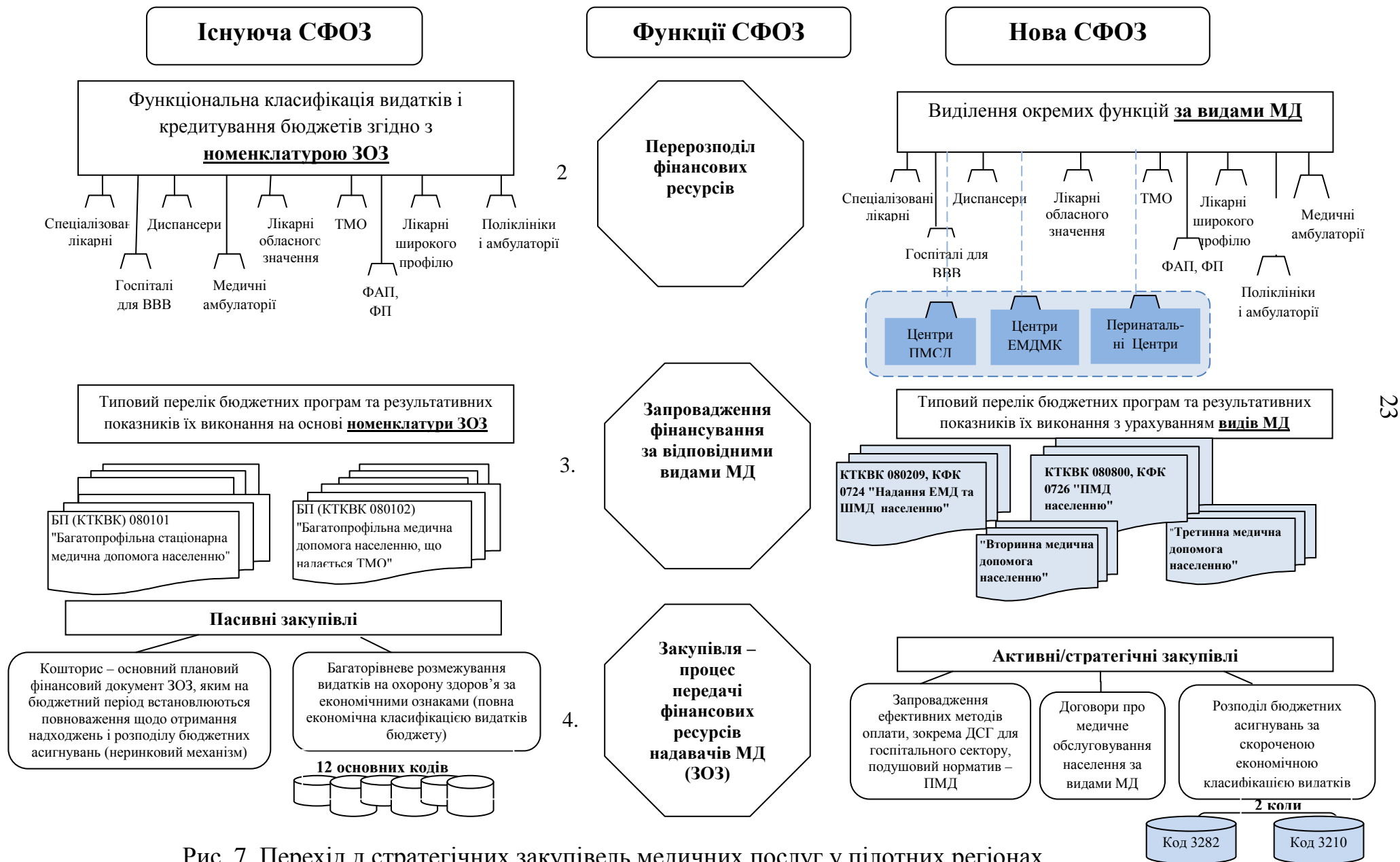


Рис. 7. Перехід до стратегічних закупівель медичних послуг у пілотних регіонах (на прикладі Дніпропетровської області)

Розрахунок первинної моделі ДСГ, який було проведено відповідно до рекомендацій експерта Світового Банку О. Кацаги, дозволив розрахувати величину вагових коефіцієнтів (ВК), які виступають економічною характеристикою групи ДСГ. Визначено орієнтовні витрати на один день перебування пацієнта у стаціонарі у зв'язку із захворюванням, що включено до окремої групи ДСГ. Так, витрати на один день перебування у зв'язку із захворюванням, що включено до групи ДСГ "Хвороби органів травлення" (K00–K93) розрахунково становили 276,48 грн; до групи ДСГ "Хвороби нервової системи" (I21–I22) – відповідно 409,6 грн (у цінах 2013 р.). Запропоновано і апробовано у пілотних регіонах нову систему оплати праці в залежності від її обсягу і якості для медичних працівників, які надавали ПМД. Розроблена методологія обчислення і нарахування надбавки за обсяг виконаної роботи враховувала фактичну чисельність прикріпленого населення, нормативи навантаження, рівня споживання медичної допомоги населенням різного віку на основі використання коефіцієнтів віково-статевої структури прикріпленого населення. Для визначення розміру надбавок за якість виконаної роботи було розроблено відповідні коефіцієнти, їх цільове значення, визначено контингенти для проведення відповідних скринінгових досліджень. Показано, що незважаючи на певні недоліки забезпечила збільшення середнього розміру зарплати майже вдвічі і сприяла певному підвищенню мотивації персоналу, зростанню його відповідальності за результати роботи.

На етапі підготовки законодавчих засад експертами було підтримано наступні новації, які стосувалися перерозподілу ресурсів між ЗОЗ, що надавали окремі види медичної допомоги (\sum рангів=88,5) та застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів (\sum рангів=90,0); запровадження договірних відносин отримали найменшу підтримку (\sum рангів=55).

Визначено фінансові-економічні чинники, які можуть негативно впливати на успішність реформ в охороні здоров'я (за експертною оцінкою недостатність обсягів фінансування ($7,7 \pm 1,7$ балів), відсутність інвестиційних ресурсів для проведення структурних змін ($7,5 \pm 1,8$ балів), недовіра до політиків в частині реалізації програми реформи ($8,3 \pm 1,6$ балів за 10-бальною шкалою).

У *сьомому розділі* "Визначення потреби в інвестиціях для розвитку закладів охорони здоров'я" представлено дані розрахунків потреби у ресурсах для досягнення нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів ПМСД допомоги показали, що сумарно розрахункові видатки на проектування та будівництво амбулаторій ЗПСМ в сільській місцевості та їх оснащення у відповідності до табелю становитимуть 1513,7 млн грн., містах – 5771,1 млн грн, в цілому по Україні – 7284,8 млн грн. Також визначено загальну потребу в дооснащенні закладів госпітального округу високовартісною технікою медичного призначення (без урахування витрат на капітальне будівництво, витратні матеріали та засоби лікарського призначення, меблі та інші витрати) встановлено, що ця потреба становить 753,3 млн грн, у т.ч. для дооснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування I та II рівнів (за умови їх створення на базі існуючих центральних районних і центральних міських лікарень) – понад 200 млн грн, для

лікарень відновного лікування – 238,7 млн грн, для клініко-діагностичних центрів – 310,7 млн грн (у цінах 2012 р.).

У *восьмому розділі* "Узагальнення результатів досліджень, дієвість та результативність нової системи фінансування охорони здоров'я" показано ефективність нової системи фінансування охорони здоров'я, яка вимірювалася за сукупністю показників, кожен з яких характеризував як економічну ефективність, і в першу чергу, ефективність використання ресурсів, а також соціальну та медичну. Обґрунтована, розроблена та апробована в рамках натурального експерименту на рівні пілотних проектів нова система фінансування охорони здоров'я дала значні стимули для подальшого розвитку ПМД, в результаті чого зросли номінальні обсяги видатків для забезпечення надання цього виду допомоги, змінено структуру видатків на її користь з 4–6% до 17,8–22,4% у зведеному бюджеті пілотних областей; покращено кадрове та матеріально-технічне забезпечення ЗОЗ ПМД, що позитивно вплинуло на рівень доступності до структурних підрозділів ЦМД (підтверджено даними щодо зменшення від 2 до 10 разів радіусу обслуговування прикріпленого населення); створено умови в результаті зміни функції об'єднання і концентрації фінансових ресурсів на рівні обласних бюджетів для забезпечення екстериторіальності надання ЕМД і ВМД населенню, що в комплексі із заходами щодо організаційно-структурної реструктуризації дозволило забезпечити досягнення нормативів доїзду бригад ЕМД (міста – в межах $88,3 \pm 1,32\%$ викликів з доїздом до пацієнта у 10 хвилинний термін, сільська місцевість – $86,2 \pm 2,49\%$ викликів з доїздом до пацієнта до 20 хв.), а також зменшити радіус доїзду за рахунок формування мережі системи пунктів постійного та тимчасового базування, створити умови для запуску реальних процесів структурних перетворень в системі ВМД.

Показано, що найважливішою складовою нової системи фінансування охорони здоров'я, яка була в реалізована на рівні Дніпропетровської області, стала зміна функції об'єднання фінансових ресурсів для надання ЕМД і ВМД на рівні обласних бюджетів, що дозволило підвищити вдвічі видатки на медикаменти та харчування, а також привести до єдиних нормативів видатків для забезпечення ЛЗ виклику бригади ЕМД (на рівні 25 грн). Ефективність об'єднання фінансових ресурсів, яка була підсилена маршрутизацією пацієнтів до ЗОЗ для надання цілодобової інтенсивної допомоги, підтверджена позитивною динамікою показників, які відображають якість стаціонарної медичної допомоги і її ефективність, зокрема зафіксовано зменшення післяопераційної летальності з 0,04 до 0 при гострому апендициті, з 4,97 до 3,88 при гострій кишковій непрохідності, з 0,5 до 0,45 гострому панкреатиті, з 17,2 до 4,8 кровотечах.

Показано, що за період 2011–2013 рр. в результаті оптимізації ліжкового фонду, перепрофілювання дільничних лікарень скорочено 7,4 тис ліжок, що в комплексі із зміною таких показників як зменшення рівнів госпіталізації та скорочення терміну перебування в стаціонарах дозволити вивільнити близько 280 млн грн бюджетних коштів і спрямувати їх на покриття забезпечення медикаментами та витратними матеріалами лікувального процесу та покращення харчування хворих.

Розроблена і апробована на рівні пілотних регіонів нова система фінансування охорони здоров'я і впроваджена на рівні закладу охорони здоров'я підтримана кваліфікованими експертами ($M \pm \sigma$ $9,2 \pm 0,05$ балів при коефіцієнтах варіації (Cv) $4,2-9,3\%$) – від $8,4 \pm 0,07$ до $9,6 \pm 0,1$ балів в залежності від характеристик її складових за 10-бальною шкалою (табл. 1).

Таблиця 1

Ставлення експертів до нової системи фінансування охорони здоров'я на рівні пілотних регіонів

| Складові запропонованої нової системи фінансування | Середня оцінка (M), бали | Середньо квадратичне відхилення (δ) | Стандартна похибка (m) | Коефіцієнт варіації (Cv), відсотків |
|--|------------------------------|--|----------------------------|---|
| Система в цілому | 9,2 | 0,2 | 0,05 | 5,32 |
| Перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я, що надають ЕМД, ПМД, ВМД, ВМД на території пілотних регіонів (X_1) | 9,2 | 0,2 | 0,05 | 5,1 |
| Об'єднання фінансових ресурсів на рівні обласних бюджетів (X_2) | 9,6 | 0,5 | 0,1 | 4,2 |
| Розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги (X_3) | 9,6 | 0,5 | 0,1 | 4,2 |
| Застосування програмно-цільового методу на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги (X_4) | 9,2 | 0,2 | 0,05 | 4,9 |
| Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення (X_5) | 8,4 | 0,3 | 0,07 | 9,3 |

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну наукову проблему – обґрунтування нової системи фінансування національної охорони здоров'я, що передбачає кардинальну зміни її основних функцій – об'єднання, розподілу, закупівлі з орієнтацією на максимально можливе забезпечення потреб населення в різних видах медичної допомоги та ефективного використання бюджетних коштів. Нову систему фінансування охорони здоров'я розроблено на основі найкращих світових практик, що базуються на даних доказового менеджменту, результатах вітчизняного досвіду та власного дисертаційного дослідження,

апробовано в ході натурального експерименту на рівні пілотних регіонів з досягненням позитивних медичних, економічних та соціальних результатів.

1. Систематизація та узагальнення вітчизняного та міжнародного досвіду щодо пошуку оптимальної системи фінансування охорони здоров'я засвідчила, що недостатньо дослідженою є проблема комплексного реформування основних функцій системи фінансування охорони здоров'я для забезпечення сталості системи охорони здоров'я та орієнтованості на максимально можливе забезпечення потреб населення в медичній допомозі при ефективному використанні фінансових ресурсів.

2. На основі систематизації існуючої законодавчої бази встановлено, що засади багатуукладності економіки охорони здоров'я, багатоканальності її фінансування, формування і реалізація бюджетної політики представлені як у загальних, так і міжгалузевих та галузевих нормативно-правових актах, однак відповідні механізми для їх реалізації задіяні обмежено або діють лише частково, що кореспондується із результатами проведеного соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я та медичних працівників, які відзначили недосконалість нормативно-правової бази як одну із важливих перешкод у реалізації реформ в цій сфері (відповідно $82 \pm 2,7\%$; $61,3 \pm 13,83\%$ респондентів).

3. Виявлено основні проблеми існуючої системи фінансування охорони здоров'я в Україні за основними її функціями: загальні видатки на охорону здоров'я у відсотках від ВВП зафіксовано на рівні 6,6–7,6% (аналогічний показник нижче у 1,2 разу ніж у Європейському регіоні та у 1,3 разу світі в цілому), одночасно частка державних витрат у відсотках від ВВП не перевищувала $3,2 \div 3,4\%$, а у зведеному бюджеті практично залишалася незмінною – на рівні $11,7 \div 12,9\%$ ($12,6 \pm 0,19$, $\sigma = 0,43$); щорічно в систему охорони здоров'я залучалися значні обсяги приватних витрат (від 42,23% у 2008 р. до 43,34% у 2013 р. до загальних витрат).

4. Показано значну фрагментацію і роздробленість фінансових потоків за рахунок чисельних адміністраторів бюджетних коштів, що порушує принцип справедливості у наданні медичної допомоги населенню; недосконалість системи географічного розподілу бюджетних коштів на рівні місцевих бюджетів, його залежності від обсягів трансфертів з державного бюджету ($r = 0,913$); статистично доведено, що обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я тісно пов'язані з обсягами доходів ($r_{\text{part}} = -0,242$) та видатків місцевих бюджетів ($r_{\text{part}} = 0,512$), субвенцій ($r_{\text{part}} = -0,303$) та дотацій від органів державного управління ($r_{\text{part}} = 0,201$); збереження застарілих механізмів консолідації фінансових ресурсів (3-х рівнева система) та закупівель (кошторисне фінансування).

5. Доведено наявність позитивного кореляційного зв'язку СОТЖ із такими макропоказниками як наявний дохід на одну особу ($r = 0,413$) та витрати на охорону здоров'я на одну особу ($r = 0,635$); виявлено особливості впливу обсягів фінансування та інших регіональних показників (валовий регіональний продукт, наявний дохід, рівень середньомісячної заробітної плати) на СОТЖ на рівні окремих регіонів, що підтверджено даними логістичної моделі ($AUC = 0,85$ [95% ДІ 0,78–0,91] при $p < 0,001$; чутливість моделі – 71,1%, специфічність – 86,2%); встановлено, що різниця між регіонами в величині СОТЖ є незначною і в більшій мірі залежить від

зростання валового регіонального продукту і розміру регіональної середньомісячної заробітної плати, ніж від обсягів видатків охорони здоров'я.

6. Теоретично обґрунтовано на основі надійних доказових даних та розроблено нову систему фінансування охорони здоров'я в Україні, яка охоплює комплексні зміни функцій фінансування, ключовими компонентами якої є: об'єднання бюджетних ресурсів на регіональному рівні; фінансове розмежування видатків на охорону здоров'я за видами медичної допомоги; розроблення та реалізація бюджетних програм, орієнтованих на кінцевий результат (зі стратегічними цілями), із застосуванням критеріїв оцінки результативності та ефективності використання бюджетних коштів; перехід до стратегічних закупівель шляхом розмежування функцій замовника та постачальника послуг і запровадження системи єдиного платника (спеціалізованої закупівельної агенції з регіональними відділеннями); запровадження закупівель за видами медичної допомоги на основі договорів про медичне обслуговування населення з використанням методів оплати орієнтованих на результат, включаючи в т.ч. і перехід для фінансування лікарняного сектору на основі діагностично-споріднених груп. Запропоновано структуру і орієнтовну потребу у фінансових ресурсах для створення спеціалізованої закупівельної агенції з регіональними відділеннями (розрахунково близько 120 млн грн).

7. Доведено ефективність зміни такої функції системи фінансування як об'єднання бюджетних ресурсів на регіональному рівні. Впровадження цього механізму відповідно до норм законодавства щодо реалізації пілотного проекту дозволило забезпечити у Дніпропетровській області екстериторіальність надання екстреної і вторинної медичної допомоги населенню, результатами чого стало зростання соціальної (збільшення в 1,8 разу видатків на медикаменти та харчування у стаціонарах, у 1,5 рази – видатки на забезпечення пільгових категорій населення безоплатними лікарськими засобами, у 8 разів фінансування одного виклику ЕМД), медичної (забезпечено норматив доїзду до пацієнта у містах 91,3% викликів, сільській місцевості – 90,2% при середньоукраїнському показнику відповідно 70,66% і 86,8% викликів; втричі зменшено виїзди бригад ЕМД на технологічні виклики та вдвічі на непрофільні; забезпечено проведення пацієнтам догоспітального тромболілізу з 11 у 2011 р. до 245 у 2013 р.) та економічної ефективності (виведення з експлуатації малопотужних дільничних лікарень паралельно із розвитком альтернативних соціальних послуг для людей похилого віку, які не потребували лікування, дозволило вивільнити 26,3 млн грн у цінах 2013 р. на їх утримання).

8. У новій системі фінансування охорони здоров'я закладено основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та постачальниками медичних послуг, які апробовано у пілотних регіонах шляхом запровадження механізмів планування і використання бюджетних коштів в розрізі бюджетних програм за видами надання медичної допомоги, кошторисного фінансування за скороченою формою економічної класифікації видатків місцевих бюджетів (2 економічними кодами – поточні і капітальні видатки), що підтверджено результатами оцінки ефективності бюджетної програми "Первинна медична

допомога населенню" (сумарно ефективність бюджетної програми у 2012–2013 рр. в Дніпропетровській і Донецькій областях оцінено як високу – на рівні 225 балів у відповідності до шкали для оцінки її ефективності).

9. Показано, що відсутність додаткових інвестицій у сферу охорони здоров'я визнано висококваліфікованими експертами як один із потенційних фінансово-економічних ризиків, що може негативно впливати на здійснення реформ в секторі охорони здоров'я ($X \pm \sigma = 7,5 \pm 1,8$ балів). Це стало обґрунтуванням розрахунку потреби у фінансових ресурсах для забезпечення модернізації мережі амбулаторій-підрозділів Центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (7284,8 млн грн у цінах 2013 р.) та дооснащення закладів охорони здоров'я госпітального округу високовартісною технікою медичного призначення (753,3 млн грн. у цінах 2012 р.)

10. За допомогою соціологічного дослідження виявлено, що $79 \pm 2,8\%$ організаторів і $55,5 \pm 2,78\%$ медичних працівників вважають необхідними зміни умов оплати праці в сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано та розроблено порядок і результативні показники для обчислення та нарахування надбавок до заробітної плати за обсяг та якість виконаних робіт, який апробовано серед працівників первинної ланки у пілотних регіонах, що дозволило збільшити рівень оплати лікарів у 2013 р. від 54,7 до 83,5%, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – з 73,3 до 121,6% порівняно з 2011 р.

11. Запропонована і впроваджена на рівні пілотних регіонів в рамках натурного експерименту нова система фінансування охорони здоров'я позитивно оцінена експертами ($8,4 \pm 0,07 - 9,6 \pm 0,1$ балів за 10-бальною шкалою) з найбільшою підтримкою таких її складових, як: об'єднання фінансових на регіональному рівні обласних бюджетів і розмежування видатків на охорону здоров'я за видами медичної допомоги ($9,6 \pm 0,1$, $S_v = 4,2$), що за доказовими даними, належать до ключових стратегій забезпечення доступу до послуг охорони здоров'я, справедливого розподілу тягаря витрат та захисту населення від можливих фінансових ризиків і катастрофічних витрат у випадку хвороби.

12. Показано ефективність нової системи фінансування охорони здоров'я: у всіх пілотних регіонах відбулися зміни в структурі видатків зведеного бюджету на користь первинної медичної допомоги (з 4–6% зведеного бюджету області до початку реформи до 17,8–22,4% у 2013 р.), що дозволило істотно підвищити рівень забезпеченості мережею (від 0,5 до 1,0–1,2 на 10 тис. населення у Дніпропетровській і Донецькій областях, 1,6 до 1,9 на 10 тис. населення у Вінницькій) та медичним персоналом цього виду медичної допомоги (зростання у 2–2,6 разу забезпеченості лікарями ЗПСМ Дніпропетровській і Донецькій областях, м. Києві проти 1,2 рази в Україні в цілому), скоротити радіус обслуговування амбулаторіями ЗПСМ від 2–7 км до 0,5–0,7 км; започаткувати структурну перебудову госпітального сектору, оптимізацію ліжкового фонду, в результаті чого отримати потенційну економічну вигоду в обсязі 280 млн грн.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати наступні заходи:

1. Кабінету Міністрів України:

– розробити і внести зміни до Бюджетного кодексу України щодо об'єднання фінансових ресурсів для надання всіх видів медичної допомоги на рівні обласних бюджетів з метою створення реальних умов для розмежування функцій між замовником і постачальниками медичних послуг, формування і запровадження системи єдиного платника;

розробити та внести зміни до Податкового кодексу України щодо включення закладів охорони здоров'я до Реєстру неприбуткових організацій та установ неприбуткових установ та організацій, врегулювати особливості їх організаційно-правового статусу, вимоги до установчих документів та управління;

продовжити роботу над удосконаленням методологічної бази щодо визначення результативних показників бюджетних програм, зокрема в частині забезпечення кількісного вираження очікуваних результатів виконання бюджетних програм та їх відповідності пріоритетам модернізації системи охорони здоров'я

забезпечити проведення аналізу бюджетних програм та їх результативних показників з урахуванням оновленої методологічної бази та врахування результатів аналізу під час формування планів діяльності та бюджетних програм.

внести зміни до Закону України "Про здійснення державних закупівель" в частині непоширення його дії на послуги з медичного обслуговування населення, що надаються за договором про медичне обслуговування населення, який укладається між розпорядниками бюджетних коштів відповідного рівня та суб'єктами господарської діяльності у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення надання населенню медичної допомоги.

2. Міністерству охорони здоров'я України підготувати пропозиції стосовно внесення до сфери законодавства про охорону здоров'я нових понять і термінів, які раніше були відсутні, зокрема, медична послуга, подушна оплата, глобальний бюджет; пролікований випадок; діагностично-споріднені групи тощо; розробити пропозиції щодо законодавчого врегулювання створення спеціалізованої закупівельної агенції для забезпечення вибору постачальників і відшкодування витрат за видами медичної допомоги.

3. Міністерству фінансів України відновити виплати працівникам, які надають первинну медичну допомогу надбавок за обсяг і якість виконаної роботи та поширити впровадження цієї системи на медичних працівників, що надають екстрену, вторинну та третинну медичну допомогу, з виділенням відповідних фінансових ресурсів

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Шевченко М.В. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. 2011 : [монографія] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К.,

2011. – 345 с. (*Особистий внесок: ідея написання монографії, пошук та аналіз наукових джерел, підготовка аналітичних матеріалів, підготовка розділів, представлення результатів*).

2. Shevchenko M. V. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition / V. N. Lekhan, V. M. Rudyi, M. V. Shevchenko [et al.] ; World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2015. – V. 17(2). –153 p. (*Особистий внесок: підготовка аналітичних матеріалів щодо основних функцій фінансування охорони здоров'я, їх обробка, аналіз і узагальнення результатів, написання розділів*).

3. Шевченко М.В. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький, Л.М. Підгорна, А.В. Купліванчук, І.М. Машковська// Щорічна доповідь Про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік : [монографія] / за ред. Р. О. Богатирьової. –К., 2012.– С. 44–62. (*Особистий внесок: підготовка аналітичних матеріалів, їх обробка, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу*).

4. Шевченко М.В. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування / М.В. Шевченко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік : [монографія] / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 242–258. (*Особистий внесок: підготовка аналітичних матеріалів, їх обробка, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу*).

5. Шевченко М.В. Фінансування та економічні механізми управління галуззю в умовах її реформування / М.В. Шевченко, А.В. Купліванчук // Щорічна доповідь Про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік : [монографія] / за ред. Квіташвілі О. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» – К., 2015.– С. 329–343. (*Особистий внесок: підготовка аналітичних матеріалів, їх обробка, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу*).

6. Шевченко М. В. Реалізація пілотного проекту (об'єднання фінансових ресурсів, розмежування фінансових ресурсів за видами медичної допомоги): переваги та ризики / М. В. Шевченко // Перинатологія и педиатрія. – 2014. – № 4. – С. 10–13. [*Журнал включено до наукометричних баз даних "Україніка наукова" (Р/Б "Джерело"), Російського індексу цитування (РИНЦ) на базі Наукової електронної бібліотеки eLIBRARY.RU, Science Index та Google Scholar на базі електронної бібліотеки CyberLeninka*]

7. Шевченко М. В. Фінансово-економічне обґрунтування потреби у ресурсах для формування мережі амбулаторій загальної практики–сімейної медицини в Україні / М. В. Шевченко // Вісник проблем біології і медицини – 2014 – Вип. 3, Том 1 (110). – С. 387–390. [*Журнал включено до Російського індексу цитування (РИНЦ) на базі Наукової електронної бібліотеки eLIBRARY.RU та Google Scholar на базі електронної бібліотеки CyberLeninka*]

8. Шевченко М.В. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова,

М. В. Шевченко // *Widomosci Lekarskie*. – 2014. – №2, Т. LXVII. – С. 210–214. [Журнал включено до бази даних *Index Copernicus, Medline/PUBMED, EBSCO, Польща*] (Особистий внесок: пошук і аналіз наукових джерел за темою, участь у викладенні основного матеріалу з питань оцінки системи фінансування та підготовці висновків)

9. Шевченко М. В. Система діагностично-споріднених груп: перспективи запровадження в Україні / М. В. Шевченко // *Вісник проблем біології та медицини*. – 2015. – Вип. 2 (1). – С. 306–312. [Журнал включено до Російського індексу цитування (РИНЦ) на базі Наукової електронної бібліотеки *eLIBRARY.RU* та *Google Scholar* на базі електронної бібліотеки *CyberLeninka*]

10. Шевченко М.В. Неінфекційні захворювання: медико-соціальна значущість, пов'язані з ними медико-соціальні втрати та економічні збитки / М. В. Шевченко // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2015. – Вип. 3(1). – С. 34–39. [Журнал включено до Російського індексу цитування (РИНЦ) на базі Наукової електронної бібліотеки *eLIBRARY.RU* та *Google Scholar* на базі електронної бібліотеки *CyberLeninka*]

11. Shevchenko M. V. Development of primary health care in Ukraine in the light of global trends / Valeriia M. Lekhan, Henadiy O. Slabkyu, Valentina H. Ginsburg, Liliia V. Kryachkova, Marina V. Shevchenko] // *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu MONZ* (Польща). – 2015. – 21(2). – Р. 193–197. [Журнал включено до бази даних *Index Copernicus, Польща*] (Особистий внесок: здійснено пошук та аналіз наукових джерел, вступу публікації в частині обтрунтування актуальності теми, викладенні результатів дослідження та висновків).

12. Шевченко М.В. Система Національних Рахунків Охорони Здоров'я України: загальні витрати на охорону здоров'я у 2007 році / М.В. Шевченко // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2009. – № 2. – С. 86–91.

13. Шевченко М.В. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги: пропозиції до реформування та економічні розрахунки / І.В. Яковенко, М.Г. Вовк, О.І. Левицький, К.О. Надутий, О.О. Загледа, М.В. Шевченко, О.К. Надута-Скринник, В.Г. Слабкий // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2009. – № 3. – С. 56–61. (Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка та узагальнення результатів).

14. Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О.Слабкий, М.В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 1. – С. 5–21. (Особистий внесок: здійснено пошук та аналіз наукових джерел, участь у розробці методології, участь у написанні статті та висновків).

15. Шевченко М. В. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні (за даними Національних рахунків охорони здоров'я) / М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – №2(14)/10. – С. 84–88.

16. Шевченко М.В. Пілотний проект "Реформа медичного обслуговування": цілі та кроки реалізації / [В. М. Лехан, Гінзбург В. М., Слабкий Г. О., Хобзей М.К., Крячкова Л.В., Шевченко М.В.] // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – №3(15)/10. – С.

7–15. *(Особистий внесок: здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст щодо висвітлення цілей і кроків реалізації реформування системи фінансування).*

17. Шевченко М.В. Ставлення медичних працівників до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №4 (16)/10. – С. 111–114. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

18. Шевченко М.В. Сучасний портрет керівника закладу охорони здоров'я / [Г.О. Слабкий, Г.Я. Пархоменко, Ю.Б. Яценко, М.В.Шевченко] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – С. 44–49. *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка, аналіз результатів, формулювання висновків).*

19. Шевченко М. В. Ставлення до проведення структурних реформ в охороні здоров'я та запровадження медичного страхування (за даними соціологічного опитування) керівників обласних, міських, районних управлінь охорони здоров'я, головних лікарів закладів охорони здоров'я та їх заступників / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, В. Я. Бойко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 34–38. *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка, аналіз результатів, написання статті, формулювання висновків).*

20. Шевченко М.В. Охорона здоров'я України: проблеми і напрямки розвитку / [В. М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В.Шевченко, Л. В. Крячкова, В.Г. Гінзбург] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №4. – С. 5–18. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст проблем і напрямків розвитку системи фінансування).*

21. Шевченко М.В. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України/ М. В. Шевченко, В.М. Лехан. Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №2. – С. 126–132. *(Особистий внесок: здійснено пошук та аналіз наукових джерел, написання статті).*

22. Шевченко М. В Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009–2010 роках / М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – №4. – С. 113–116.

23. Шевченко М.В. Розрахунки потреби в інвестиціях для дооснащення високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я госпітальних округів / О.О. Дорошенко, М.В. Шевченко, Л.А. Карамзіна, О.А. Мендрік // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №1. – С. 101–115. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

24. Шевченко М.В. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід / М. В. Шевченко, О. О. Дорошенко, Л. А. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2. – С. 97–100. *(Особистий внесок: обрано тему*

публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).

25. Шевченко М.В. Заохочувальні виплати медичним працівникам первинної ланки в пілотних проектах, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи: переваги та недоліки / М. В. Шевченко, О. О. Дорошенко, Л. А. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4. – С. 153–157. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

26. Шевченко М.В. Аналіз законодавства України та окремих країн ЄС і СНД щодо законодавчого врегулювання надання платних послуг населенню у сфері охорони здоров'я / М. В. Шевченко, Є.М. Матюшко, О. О. Дорошенко, С.В. Істомін // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 120–124. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

27. Шевченко М.В. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я / В.М. Лехан, К.О. Надутий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 67–71. *(Особистий внесок: здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

28. Шевченко М.В. Деякі аспекти реформи системи охорони здоров'я України / О.Г. Шекера, М.В. Шевченко // Медичні перспективи. – 2013. – № 2, Т. XVIII ч. 1. – С. 8–16. *(Особистий внесок: здійснено пошук наукових джерел та аналіз даних моніторингу реформи, написання вступу публікації в частині обґрунтування актуальності теми, викладення результатів дослідження та обґрунтування висновків).*

29. Шевченко М.В. Оцінка ефективності бюджетних програм "Первинна медична допомога населенню" у пілотних регіонах / М.В. Шевченко// Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2014. – №1. – С. 42–47.

30. Шевченко М.В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2014. – №4. – С. 17–21. *(Особистий внесок: обрано тему публікації, здійснено пошук та аналіз наукових джерел, викладено основний зміст статті, підготовлено висновки).*

31. Шевченко М.В. Підходи до визначення соціальних норм і стандартів у сфері охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення / М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 95–101.

32. Шевченко М.В. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / [Г.О.Слабкий, В.М. Лехан, К.О. Надутий, Ю.Б. Яценко, М.В Шевченко, Н.Ю. Кондратюк, М.А. Знаменська] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22. *(Особистий внесок: пошук та аналіз наукових джерел, викладено матеріали щодо уроків реформи системи фінансування, підготовлено висновки).*

33. Шевченко М.В. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / [М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В.Я. Бойко] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64. *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка, аналіз результатів, формулювання висновків).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

34. Шевченко М.В. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорон здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи / [В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.В Рудень, М.В. Шевченко] // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1(33). – С. 18–20. *(Особистий внесок: визначення методології дослідження, обробка та узагальнення результатів).*

35. Шевченко М.В. Підходи до визначення обсягу та вартості медичних послуг по різних рівнях надання допомоги / М. В. Шевченко, М. М. Максимчук, М. Г. Вовк [та ін.] // Історія утворення і становлення товариства київських лікарів (до 171-ї річниці його утворення) : наук.-практ. Конф., 29 жовтня 2010 р. : тези доп. – К., 2010. – С.175–177. *(Особистий внесок: участь у зборі матеріалів дослідження, аналізі результатів).*

36. Шевченко М.В. Оценка эффективности выполнения целевых государственных программ в системе здравоохранения Украины / Е. А. Заглада, Е. А. Мэндрик, М. В. Шевченко // Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг : Центрально-Азиатская конференция, 11–12 ноября 2010 г. : тезисы докл. – Астана, 2010. – С. 47. *(Особистий внесок: участь у зборі матеріалів дослідження, аналізі результатів)*

37. Шевченко М. В. Підходи до формування базових пакетів медичних послуг для населення / М. В. Шевченко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2011. – № 1 (13) – С. 266–267.

38. Шевченко М.В. Фінансування профілактичних програм в окремих країнах / М.В. Шевченко, О.О. Заглада // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій (до 15-річчя Конституції України)». – Херсон : ПАТ "ХЕРСОНСЬКА МІСЬКА ДРУКАРНЯ" 2011. – С. 143–147. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці, узагальнення результатів).*

39. Шевченко М. В. Недостатнє фінансування програми державних гарантій безкоштовної медичної допомоги, як виклик галузі охорони здоров'я / М. В. Шевченко, В. Г. Слабкий, О. І. Стародубцев // Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, 11–12 жовтня 2012 р. : тези доп. – К., 2012. – С. 132. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці, узагальнення результатів).*

40. Шевченко М. В. Підходи до визначення гарантованого рівня медичної допомоги (медичних послуг) в Україні / М. В. Шевченко // Современная педиатрия. – 2012. – № 7 (47). – С. 28–29.

41. Шевченко М.В. Подальші напрямки реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій" (25-27 червня 2014 року, м. Херсон). – 2014., Херсон, ССП "Ельф" – С. 110–112.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

42. Методичні рекомендації щодо реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні неприбуткові підприємства (на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги) / Г. О. Слабкий, А. А. Нечай, В. М. Рудий, М.В. Шевченко, Л.В. Полікова; за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2010. – 35 с. (*Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, організація збору матеріалу, написання методичних рекомендацій*).

43. Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання : методичні рекомендації (81.13/140.13) / К. О. Надутий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко. – К., МОЗ України, УЦНМІ. , 2014. – 23 с. (*Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, організація збору матеріалу, написання методичних рекомендацій, оформлення*).

44. Шевченко М.В. Інструмент моніторингу модернізації галузі охорони здоров'я на рівні регіону та окремої території із застосуванням комплексної системи індикаторів : методичні рекомендації (92.14/107.14) / К. О. Надутий, В. М. Лехан, М. В. Шевченко. – К., ТОВ "НВП "Інтерсервіс", 2014. – 52 с. (*Особистий внесок: участь у розробці концепції дослідження, організація збору матеріалу, написання методичних рекомендацій, оформлення*).

45. Шевченко М.В. Індикатори ефективності структурно-функціональної перебудови системи охорони здоров'я/ В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, М.В. Шевченко, В.Г. Слабкий, Г.Я. Пархоменко, Г.В. Шпак, С.В. Збітнева, Ю.Б. Ященко, М.О. Крисько // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 34–35. – 2011. – № 293/35/11. – С. 169. (*Особистий внесок: розробка методики, збір матеріалу, узагальнення результатів*).

46. Шевченко М.В. Реорганізація бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні неприбуткові підприємства/ Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, Г.Я. Пархоменко, О.О. Дорошенко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 34–35. – 2011. – № 300/35/11. – С. 172. (*Особистий внесок: розробка методики, збір матеріалу, узагальнення результатів*).

47. Шевченко М.В. Методичні підходи щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві) / М.В. Шевченко, А.А. Климак, М.М. Максимчук // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. – 2012. – № 372/37/12. – С. 271. (*Особистий внесок: розробка методичних підходів, збір матеріалу, узагальнення результатів*).

48. Шевченко М.В. Методологія визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах /М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький, М.М. Максимчук, А.А. Климак, Н.В. Некрасова// Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. – 2012. – № 373/37/12. – С. 271. *(Особистий внесок: розробка методології, збір матеріалу, узагальнення результатів)*.

49. Шевченко М.В. Механізми розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомогою/ Г.О. Слабкий, В.М. Лехан, М.В. Шевченко, В.П. Лисак, Ю.Б.Яценко, М.К. Хобзей, В.Я.Бойко, Г.Я. Пархоменко, В.Г.Слабкий, О.Б.Олексюк // Реєстр галузевих нововведень. – вип. 37. – 2012. – № 375/37/12. – С. 272–273. *(Особистий внесок: ідея, розробка методології, збір матеріалу, узагальнення результатів)*.

50. Шевченко М.В. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я/ В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, А.А. Климак, О.О. Дорошенко, С.С. Росточило, Н.В. Некрасова // Реєстр галузевих нововведень. – вип. 37. – 2012. – № 378/37/12. – С. 275. *(Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, розробка переліку нових бюджетних програм та їх індикативних показників, узагальнення результатів)*.

51. Шевченко М.В. Сучасні механізми фінансування системи охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, О.О. Заглада // Реєстр галузевих нововведень. – вип. 37. – 2012. – № 383/37/12. – С. 278–279. *(Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, узагальнення результатів)*.

52. Шевченко М.В. Встановлення надбавок за обсяг і якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я/ М.В. Шевченко, В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, А.В.Купліванчук, О.О. Дорошенко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2013. – № 284/39/13. – С. 7–8. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, розробка індикаторів, узагальнення результатів)*.

53. Шевченко М.В. Методичні підходи до розрахунку коригуючих коефіцієнтів впливу вікового фактору для визначення потреби у первинній медичній допомозі для окремих віко-статевих груп населення/ М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, Л.А. Карамзіна, В.К. Рибальченко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2013. – № 287/39/13. – С. 9–10. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, розробка коефіцієнтів впливу вікового фактору, узагальнення результатів)*.

54. Шевченко М.В. Інструмент моніторингу модернізації галузі охорони здоров'я на рівні регіону та окремої території із застосуванням комплексної системи індикаторів/ К.О. Надутий, В.М. Лехан, М.В. Шевченко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 331/1/14. – С. 283–284. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці комплексної системи індикаторів, узагальнення результатів)*.

55. Шевченко М.В. Визначення забезпеченості населення амбулаторіями

загальної практики-сімейної медицини/ М.В. Шевченко, Ю.Б. Ященко, Н.Ю. Кондратюк // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 335/1/14. – С. 287–288. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, узагальнення результатів)*.

56. Шевченко М.В. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я/ М.В. Шевченко, В.М. Лехан, К.О. Надутий // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 339/1/14. – С. 290–291. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці, узагальнення результатів)*.

57. Шевченко М.В. Методичні основи формування діагностично-споріднених груп (ДСГ)/ М.В. Шевченко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 340/1/14. – С. 291

58. Шевченко М.В. Методичні підходи до визначення забезпеченості населення амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини/ Ю.Б. Ященко, М.В. Шевченко, Н.Ю. Кондратюк // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 341/1/14. – С. 292–293. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці, узагальнення результатів)*.

59. Шевченко М.В. Методичні підходи до формування перспективного плану розвитку мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу/ Ю.Б. Ященко, М.В. Шевченко, К.О. Надутий, Н.Ю. Кондратюк, Т.В. Дяченко // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 39. – 2014. – № 343/1/14. – С. 294–295. *(Особистий внесок: методологічне забезпечення, участь у розробці, узагальнення результатів)*.

60. Свідоцтво про реєстрацію на твір №40796 : монографія "Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я" / Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко, О.О. Заглада– 04.11.2011 *(Особистий внесок: підготовка заявки, участь у підготовці монографії)*.

61. Свідоцтво про реєстрацію на твір № 46011 : Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг і якість виконаної роботи закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я" / Г.О. Слабкий, В.М. Лехан, А.В. Купліванчук, М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко – 15.10.2012 *(Особистий внесок: підготовка заявки, методологічне забезпечення, участь у розробці)*.

62. Свідоцтво про реєстрацію на твір № 40796 : Медичний посібник "Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання" / К.О. Надутий, В.М. Лехан, М.В. Шевченко – 02.10.2013 *(Особистий внесок: підготовка заявки, методологічне забезпечення, участь у розробці)*.

63. Свідоцтво про реєстрацію на твір № 53937 : Літературний письмовий твір наукового характеру Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014–2016 роки / М.В. Шевченко, Ю.Б. Ященко, К.О. Надутий, А.В. Купліванчук, Н.Ю. Кондратюк – 05.03.2014. *(Особистий внесок: підготовка заявки, методологічне забезпечення, участь у розробці)*.

64. Свідоцтво про реєстрацію на твір № 53936 : Літературний письмовий твір наукового характеру "Методичні рекомендації "Формування діагностично-споріднених груп (ДСГ)" / М.В. Шевченко – 05.03.2014.

АНОТАЦІЯ

Шевченко М.В. Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет, Харків, 2016.

Дисертація присвячена обґрунтуванню нової системи фінансування надання медичної допомоги, яка орієнтована на максимально можливе забезпечення потреб населення в різних видах медичної допомоги в межах наявних фінансових ресурсів.

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну наукову проблему – обґрунтування нової системи фінансування національної системи охорони здоров'я, що передбачає кардинальну зміну її основних функцій – об'єднання, розподілу, закупівлі – та орієнтована на максимально можливе забезпечення потреб населення в різних видах медичної допомоги та ефективне використання бюджетних коштів. Досліджено характеристики національної системи фінансування охорони здоров'я показано наявне недостатньо координоване виконання нею основних взаємопов'язаних її функцій: збору, об'єднання, розподілу, запровадження стратегічних закупівель. Теоретично обґрунтовано на основі надійних доказових даних та розроблено нову систему фінансування охорони здоров'я в Україні, яка охоплює комплексні зміни функцій фінансування. Показано ефективність нової системи фінансування охорони здоров'я, яка впроваджена на рівні пілотних регіонів в рамках натурального експерименту.

Ключові слова: система фінансування, пулінг (об'єднання) фінансових ресурсів, стратегічні закупівлі, розподіл за видами медичної допомоги, ефективність, ризики для впровадження

АННОТАЦИЯ

Шевченко М.В. Медико-социальное обоснование новой системы финансирования здравоохранения в Украине. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, 2016.

Диссертация посвящена обоснованию новой системы финансирования оказания медицинской помощи, ориентированной на максимально возможное обеспечение потребностей населения в различных видах медицинской помощи в пределах имеющихся финансовых ресурсов.

Комплексным медико-социальным исследованиям решено актуальную научную проблему – обоснование новой системы финансирования национальной системы здравоохранения, предусматривает кардинальные изменения ее основных

функций (объединение ресурсов, их распределение, закупка), которая ориентирована на максимально возможное обеспечение потребностей населения в различных видах медицинской помощи и эффективное использование бюджетных средств. Новая система финансирования здравоохранения разработана на основе лучших мировых практик, основанных на данных доказательного менеджмента, результатах отечественного опыта и собственного диссертационного исследования, апробирована в ходе натурального эксперимента на уровне пилотных регионов с достижением положительных медицинских, экономических и социальных результатов.

Исследованы характеристики национальной системы финансирования здравоохранения, показано недостаточно координированное выполнение основных ее функций: сбора, объединения, распределения, закупок между заказчиком-финансирующей стороной и поставщиками медицинских услуг-учреждениями здравоохранения, что негативно влияет на ее финансовую устойчивость, защиту населения от финансовых рисков и обеспечение справедливого доступа к оказанию медицинской помощи.

Доказано наличие положительной корреляционной связи средней ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (СОПЖ) с такими макропоказателями как наявный доход на душу населения ($r = 0,413$) и расходами на здравоохранение на душу населения ($r=0,635$). Выявлены особенности влияния объемов финансирования и других региональных показателей (валового регионального продукта, наявного дохода, уровня среднемесячной заработной платы) на СОПЖ на уровне отдельных регионов, что подтверждается данными логистической модели ($AUC = 0,85$ [95% ДИ 0,78-0,91]; чувствительность модели – 71,1%, специфичность – 86,2%). Установлено, что разница между регионами в величине СОПЖ незначительна и в большей степени зависит от роста валового регионального продукта и размера региональной среднемесячной заработной платы, чем от объемов расходов на здравоохранения.

На основе надежных доказательных данных теоретически обоснована и разработана новая система финансирования здравоохранения в Украине, которая охватывает комплексные изменения функций финансирования. Ключевыми компонентами системы являются: объединение бюджетных ресурсов на региональном уровне; финансовое и разграничения расходов на здравоохранение за видами медицинской помощи; разработка и реализация бюджетных программ, ориентированных на конечный результат (со стратегическими целями) с применением критериев оценки результативности и эффективности использования бюджетных средств; переход к стратегическим закупкам путем разграничения функций заказчика и поставщика услуг; внедрение системы единого плательщика – специализированного агентства с региональными отделениями; внедрение договорных отношений на основе договоров о медицинском обслуживании населения с использованием методов оплаты ориентированных на результат, включая в т.ч. и переход на финансирование больничного сектора на основе диагностически-связанных групп. Предложена структура, проведены расчеты у

финансовых ресурсах для создания такого специализированного агентства (около 120 млн грн).

Показано эффективность новой системы финансирования здравоохранения, которая внедрена на уровне пилотных регионов в рамках натурального эксперимента. Показано, что во всех пилотных регионах произошли изменения в структуре расходов сводного бюджета в пользу первичной медицинской помощи (с 4-6% консолидированного бюджета области к началу реформы в 17,8-22,4% в 2013), что позволило значительно повысить уровень обеспеченности сетью (от 0,5 до 1,0-1,2 на 10 тыс. населения в Днепропетровской и Донецкой областях; 1,6 до 1,9 на 10 тыс. населения в Винницкой) и медицинским персоналом этого вида медицинской помощи (рост в 2-2,6 раза обеспеченности врачами ЗПСМ Днепропетровской и Донецкой областях, Киеве против 1,2 раза в Украине в целом), сократить радиус обслуживания амбулаториями ОПСМ от 2-7 км до 0,5-0,7 км; начать структурную перестройку госпитального сектора, оптимизацию коечного фонда, в результате чего получить потенциальную экономическую выгоду в объеме 280 млн грн.

Ключевые слова: система финансирования, пулинг (объединение) финансовых ресурсов, стратегические закупки, распределение за видами медицинской помощи, эффективность, риски для внедрения

SUMMARY

Shevchenko M.V. Medical-social substantiation of new system of financial of health care system in Ukraine. – Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.02.03 – Social Medicine. – Kharkiv National Medical University, Ministry of Ukraine, Kharkiv, 2016.

The dissertation is devoted to the substantiation of the new financing system of health care that focuses on the needs of the largest possible population in various types of medical care within available financial resources.

Comprehensive medical and social research of current scientific problem solved - study of a new system of financing the national health system, which involves a radical change in its basic functions - the collection, distribution, purchase - and focused on the needs of the largest possible population in various types of medical care and efficient use of public funds. The characteristics of the national system of health care financing shows available not coordinated discharge of its major interrelated functions: collection, distribution, implementation of strategic procurement. Theoretically reasonably reliable evidence-based data and developed a new system of health care financing in Ukraine, which includes comprehensive changes in the functions of financing. The efficiency of the new financing system of health care, which is implemented at pilot sites within the model experiment.

Keywords: system of financing, pooling (integration) financial resources, strategic procurements, distribution of the types of the medical care, efficiency, risks for implementation.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

| | | |
|---------|---|--|
| ВМД | – | вторинна медична допомога |
| ДЛ | – | дільнична лікарня |
| ДСГ | – | діагностично-споріднені групи |
| ДУ УІСД | – | Державна установа "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" |
| ЕМД | – | екстрена медична допомога |
| ЄТС | – | Єдина тарифна сітка |
| ЗВОЗ | – | загальні витрати на охорону здоров'я |
| ЗОЗ | – | заклад охорони здоров'я |
| ІБСЕД | – | Інститут бюджету та соціально-економічних досліджень |
| КФК | – | код функціональної класифікації бюджетів |
| КТКВК | – | код тимчасової класифікації видатків та кредитування бюджетів |
| МЗ | – | мінімальна заробітна плата |
| МЛ | – | міська лікарня |
| МОЗ | – | Міністерство охорони здоров'я |
| НРОЗ | – | Національні рахунки охорони здоров'я |
| ОДА | – | облдержадміністрація |
| ОЗ | – | охорона здоров'я |
| ПМ | – | прожитковий мінімум |
| ПМД | – | первинна медична допомога |
| РЛ | – | районна лікарня |
| СОТЖ | – | середня очікувана тривалість життя при народженні |
| ТМД | – | третинна медична допомога |
| ЦРЛ | – | центральна районна лікарня |
| ШМД | – | швидка медична допомога |

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим.
Зам. № 213-16. Підписано до друку 27.04.16 р. Папір офсетний.
Надруковано з макету замовника у ФОП Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2. корп. 1, к. 19.
(057) 758-01-08, (066)822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції
серія ДК № 3587 від 23.09.09