

## Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги

<sup>1</sup>Представництво Світового банку в Україні, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний університет «Києво-Могилянська академія», Школа охорони здоров'я, м. Київ, Україна

**Мета** – дослідити основні тенденції розвитку лікарняного сектору в зарубіжних країнах.

**Методи:** бібліосемантичний, контент-аналіз, аналітичний.

**Результати.** Потреба в аналізі найкращих доказових практик з управління, планування, фінансування, організації надання медичної допомоги актуальна для багатьох країн світу. Особлива увага акцентується на вивченні та аналізі організації і методів фінансування таких закладів.

**Висновки.** Системний аналіз міжнародних наукових публікацій свідчить про використання різноманітних концептуальних і методологічних підходів до управління, фінансування, планування та організації надання вторинної медичної допомоги, забезпечення кадровими ресурсами, вирішення проблем кадрового дефіциту медичних працівників. Вивчення тенденцій змін у лікарняному секторі показало, що за останнє десятиліття в Європі роль лікарень змінюється і постійно розвивається. Відбуваються зміни стосовно скорочення перебування пацієнта в стаціонарі і підходів до розподілу ресурсів; помітна тенденція до використання більш високоефективних технологій у лікарнях і аутсорсинг менш високотехнологічної медичної допомоги нижчим рівням її надання; підвищення ролі і відповідальності в забезпеченні надання якісної медичної допомоги; використання в клінічній практиці технологій і втручань, які ґрунтуються на надійних даних; децентралізація і гнучкість відносно зайнятості медичного персоналу, взаємозамінність спеціалізацій.

Реформування цього сектору є досить складним процесом, оскільки лікарні залишаються достатньо консервативним елементом систем охорони здоров'я, незважаючи на нові виклики і зміни в самих системах. Реформа лікарень передбачає використання нових моделей управління, нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою.

**Ключові слова:** лікарняний сектор, методи оплати, планування, кадрові ресурси.

### ВСТУП

Лікарняний сектор відіграє серйозну роль у національних системах охорони здоров'я (СОЗ). І це, насамперед, пов'язано з наступними фактами:

– обсягами видатків бюджетів систем охорони здоров'я, коли витрати на цей сектор досягають 50–70% в країнах ЄС;

– цей сектор забезпечує роботою майже половину всіх лікарів і три чверті медичних сестер, які зайняті в цілому в системі;

– лікарні є базами для проведення та запровадження результатів фундаментальних і клінічних наукових досліджень, а також підготовки і перепідготовки медичних кадрів;

– виконання суспільних функцій [3, 7, 11, 19, 31].

Вивчення найкращих практик з міжнародного досвіду стосовно розвитку лікарняного сектору в Україні є актуальним в умовах сьогодення при створенні госпітальних округів. Госпітальні округи створюються для того, щоб упорядкувати мережу закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, забезпечити доступність до якісної допомоги населенню [2].

**Мета роботи** – дослідити основні тенденції розвитку лікарняного сектору в зарубіжних країнах.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено контент-аналіз наукової літератури та Інтернет-ресурсів, баз даних міжнародних організацій

(ВООЗ, Світового Банку, Організації співробітництва та економічного розвитку та ін.), які містять дані про управління, організацію надання та фінансування спеціалізованої медичної допомоги (госпітального або лікарняного сектору, лікарів-спеціалістів); також використано бібліосемантичний та аналітичний методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найбільшу в світі кількість лікарень мають Китай, Індія, В'єтнам, Нігерія, РФ, Японія, Єгипет, Південна Корея, Бразилія і США. За даними Medical Device-Network, у Європі налічується близько 7154 лікарень, що становить приблизно 183,8 лікарняного ліжка на 1000 населення (2012) [15].

За формою власності лікарні класифікуються на державні (public) і приватні (private), які в свою чергу поділяються на комерційні (for-profit) і некомерційні (not-for-profit). Наприклад, у США 2/3 всіх міських лікарень приватні некомерційні. Третина розподіляється між комерційними і державними лікарнями. Державні лікарні перебувають у віданні уряду США, користуються окремими податковими пільгами. Слід зазначити, що незалежно від форми власності, всі лікарні пропонують аналогічні види основних послуг, наймають працівників з аналогічними рівнями підготовки, діють відповідно до тих самих правил і положень.

Останні тенденції у госпітальному секторі ЄС щодо зміни форми власності свідчать про факт отримання

державними лікарнями статусу некомерційних організацій (або навіть комерційних) і набуття ними нових можливостей щодо організації, управління та економічної діяльності як учасниками ринку капіталу та інвестицій без необхідності погодження з власником (урядом чи місцевими органами влади). Наприклад, у Португалії, Нідерландах та Бельгії лікарні можуть залишати за собою додатковий чи звичайний прибуток в повному чи частковому обсязі, якщо такий є, для майбутнього використання чи постійних або ж інвестиційних витрат [3].

У ЄС останнім часом змінюється вектор щодо форми власності державних лікарень, які раніше знаходились у власності державних чи місцевих органів влади, у бік регіональних чи місцевих органів (наприклад, госпітальні трасти, регіональні госпітальні трасти, окружні ради (ради графств)), що відображає розвиток у напрямку формування нових госпітальних консорціумів. Це з точки зору географічної доступності є територіальними (географічними) монополіями, тобто таким чином досягається конкурентоспроможність лікарень у наданні медичних послуг населенню. Цікавим є досвід об'єднання лікарень у Нідерландах для забезпечення ефективності і вертикальної інтеграції між замовником і лікарнями. При цьому дослідники M. Canoy, W. Sauter [18] наголошують, що цей процес потребує зваженого підходу, оскільки отриманий результат значно залежить від державної політики (наприклад, протидія банкрутству чи попередження надмірного впливу медичних працівників).

Аналіз даних баз Організації економічного співробітництва і розвитку (OECD, Health System Characteristics Survey), Євростату, ВООЗ, Світового Банку показав, що державні видатки на національні системи охорони здоров'я Австралії, Канади, Данії, Фінляндії, Ісландії, Ірландії, Італії, Нової Зеландії, Норвегії, Португалії, Іспанії, Швеції та Великої Британії коливаються в межах від 50% (Кіпр) до 85,2% (Данія) у структурі загальних витрат цих країн на охорону здоров'я.

Системи охорони здоров'я Австрії, Бельгії, Чехії, Франції, Німеччини, Угорщини, Японії, Кореї, Люксембургу, Нідерландів, Польщі, Словаччини і Швейцарії фінансуються коштом фондів соціального страхування на рівні 40–78% (відповідно Південна Корея, Нідерланди) від загальних витрат на охорону здоров'я.

У Греції, Мексиці і Туреччині у фінансуванні СОЗ не домінує якесь одне із джерел, системи фінансуються як за рахунок державного фінансування, так і фондів соціального страхування. Крім того, у Греції, Кореї, Мексиці і Швейцарії фіксується значна частка приватних витрат у загальному обсязі витрат (40%, 45%, 55% і 41% відповідно), що значно переважають платежі населення «з кишені».

У більшості країн ОЕСР парламент як законодавчий орган бере участь у прийнятті рішень, пов'язаних з обсягами фінансових ресурсів, які будуть зібрані і/або виділені системам охорони здоров'я. Але у ряді країн ці рішення приймаються не на рівні парламенту (Чехія, Греція, Японія, Люксембург, Нідерланди, Іспанія, Швейцарія). Як парламент, так і центральний/федеральний уряди беруть участь в ухваленні рішень, які пов'язані з податками та/або соціальними внесками для надання медичної допомоги у Канаді, Італії, Швеції та

Великій Британії. Муніципалітети Фінляндії і Швеції беруть участь у процесі прийняття рішень. Інший механізм – фонди соціального страхування ведуть перемовини з урядами щодо розміру соціальних внесків (Японія, Корея). У Люксембургу фонди медичного страхування ці питання вирішують самостійно. У Греції, Нідерландах і Швейцарії окремі фонди встановлюють рівень внесків.

У цілому в країнах-членах ОЕСР формування бюджету є переважно прерогативою центрального уряду. У Австралії, Канаді, Італії та Сполученому Королівстві рішення щодо бюджету охорони здоров'я приймаються як на центральному, та і регіональному/муніципальному рівнях. У Австрії, Польщі та Швеції три рівні уряду беруть участь у цьому процесі. В Іспанії регіони приймають відповідні рішення, в той час як у Фінляндії – муніципалітети.

Щодо розподілу ресурсів між регіонами та секторами охорони здоров'я, то цей процес не завжди є результатом прийняття рішень. У ряді країн, особливо із системами обов'язкового медичного страхування, розподіл ресурсів між секторами охорони здоров'я здійснюється постфактум.

Однак у більшості країн ресурси розподіляються між регіонами, парламентом або центральним урядом. У деяких країнах (Мексика, Нідерланди, Словаччина) фонди медичного страхування беруть участь у процесі прийняття рішень. Рішення щодо розподілу ресурсів між секторами охорони здоров'я частіше приймаються спільно з фондами соціального страхування. Відповідальність за встановлення методів оплати лікарів і лікарень часто розподіляється між різними типами зацікавлених сторін, у тому числі фондами медичного страхування і медичними працівниками. Визначення способів оплати лікарень, як правило, здійснюється більш централізовано. Законодавчі органи і/або центральні органи влади найчастіше беруть участь в ухваленні рішень, які стосуються методів оплати лікарів. У Великій Британії ця відповідальність покладено на центральний і регіональні уряди; Канаді та Іспанії рішення приймають провінційні/регіональні органи влади.

Щодо структури витрат у розрізі постачальників медичних послуг у країнах-членах ЄС і ОЕСР, то в цілому найбільшу частку поточних витрат споживають лікарні (у межах від 25,8% у Словаччині до понад 45,0% у Данії, Естонії, Швеції і Греції). На другому місці – постачальники амбулаторної допомоги (від 14,5% поточних витрат на охорону здоров'я в Румунії до понад 30,0% у Польщі, Німеччині, Бельгії, Люксембургу, Португалії, Кіпрі та Фінляндії).

Питома вага видатків на лікарські засоби та вироби медичного призначення суттєво відрізняється залежно від країни і коливається від 8,2–15% (Швейцарія, Швеція, Нідерланди, Данія, Люксембург, Кіпр) до 41,4% (Болгарія).

Слід зазначити, що фінансування лікарень, які надають медичну допомогу при гострих станах, у більшості країн ОЕСР змішане (різні комбінації методів оплати), однак усі вони забезпечують конкретні стимули для забезпечення обсягів, якості та ефективності виробництва лікарняних послуг.

Переважно лікарні фінансуються за методом оплати за пролікований випадок та проспективного

глобального бюджету, призначеного для покриття конкретних категорій витрат.

Фінансування на основі глобальних бюджетів дозволяють лікарням велику гнучкість у розподілі ресурсів. Лікарні в Ісландії, Люксембургу і Португалії фінансуються виключно на основі глобальних бюджетів. За висновками міжнародних експертів, і постатейний, і глобальні бюджети не стимулюють до нарощення обсягів послуг, принаймні у короткостроковій перспективі. У деяких ситуаціях, коли бюджети обмежені, виникає потреба у коригуванні попиту на послуги через запровадження листів очікування.

Багато країн поєднує глобальні бюджети з оплатою за проліковані випадки. Глобальний бюджет використовується для покриття 50% і більше послуг лікарняного сектору в Австралії, Канаді, Республіці Чехії, Данії, Ірландії, Мексиці, Нідерландах, Норвегії, Новій Зеландії. Натомість у Великій Британії і Швеції реалізується механізм оплати за пролікований випадок. А лікарні інтенсивного лікування у Фінляндії, Франції, Німеччині, Угорщині, Італії, Польщі і Словаччині фінансуються виключно за методом оплати за пролікований випадок.

У Бельгії, Японії і Кореї для оплати лікарняних послуг лікарень інтенсивного лікування застосовують комбінації методів оплати: оплату за послугу/процедуру/ліжко-день. В Австрії та Греції оплата на основі діагностично-споріднених груп (ДСГ) поєднується з ретроспективною оплатою для покриття усіх витрат лікарень. У Швейцарії кантони вирішують, який метод оплати лікарень застосовувати – 2/3 кантонів використовують оплату за пролікований випадок, інші – глобальний бюджет.

У цілому оплата лікарняних послуг в країнах, де основним джерелом фінансування є кошти фондів загальнообов'язкового медичного страхування, і країн, що використовують як джерело фінансування СОЗ загальні податки, відрізняються. Зокрема у країнах із загальнообов'язковим медичним страхуванням державні і приватні некомерційні лікарні фінансуються за методом оплати на основі ДСГ; приватні комерційні лікарні – оплати за послуги (за винятком Іспанії, де, як уже зазначалося, використовується постатейний бюджет).

У країнах, що використовують як джерело фінансування СОЗ загальні податки, як метод оплати державних і приватних некомерційних/некомерційних лікарень найчастіше використовують проспективні глобальні бюджети. Виняток становлять державний сектор Австралії, Фінляндії, Великої Британії, приватний сектор Данії, Італії, Норвегії – у цих країнах оплата лікарняного сектору здійснюється на основі ДСГ.

Важливим с точки зору управління є рівень регулювання застосування того чи іншого методу оплати медичних послуг. Аналіз даних Question 64 (OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates) показав, що прийняття рішень щодо використання глобального бюджету як основного механізму оплати за надання медичної допомоги пацієнтам з гострими станами здійснюється на центральному (Канада, Ісландія, Ірландія, Нова Зеландія) або центральному і регіональному (Італія, Норвегія, Іспанія, Швеція) рівнях, а також при обговоренні із замовником (фінансуючими агенціями/установами – Люксембург, Португалія) (табл. 1).

Таблиця 1

**Рівень регулювання прийняття рішень щодо використання глобального бюджету як основного механізму оплати [25]**

<b>Рівень</b>	<b>Державні лікарні</b>	<b>Приватні лікарні</b>
Визначається на центральному рівні	Канада Ісландія Ірландія	Нова Зеландія
Визначається на центральному/регіональному рівні	Канада	
	Норвегія	
	Італія	Нова Зеландія Іспанія Швеція
Обговорюється з фінансуючими установами	Чехія	
	Люксембург	
	Швеція	Португалія

Стосовно регулювання таких методів оплати, як оплата за послугу чи процедуру в якості основного методу оплати лікарень інтенсивного лікування, то для приватних лікарень усі питання узгоджуються виключно на центральному рівні з урядом Португалії; інший алгоритм

дій – погодження на центральному рівні (Корея, Словаччина незалежно від форми власності). В Ізраїлі, Австрії, Греції, Великій Британії процеси погодження відбуваються на рівні лікарень (табл. 2).

## Рівень регулювання прийняття рішень щодо використання оплати за послугу чи процедуру як основного механізму оплати [25]

Рівень	Державні лікарні	Приватні лікарні
Встановлюється тільки на центральному рівні		Португалія
Погоджується на центральному рівні	Корея	
	Словаччина	
Погоджується на рівні лікарні	Ізраїль	
		Греція
		Австралія Велика Британія
Інше	Люксембург	

Останнім часом в країнах-членах ОЕСР надзвичайно ваги набуває запровадження механізму оплати за результати діяльності (англ. pay for performance – F4F) [8, 22, 24, 26, 28, 30], які визначаються в основному за клінічними результатами, застосуванням належних доказових практик, рівня задоволеності пацієнтів. Наприклад, участь постачальників у цьому процесі обов'язкова у Австралії, Франції, Іспанії, Швеції, Португалії Туреччині; на добровільних засадах цей механізм використовується у лікарнях Люксембургу і Великої Британії. Крім того, в Люксембургу одним з індикаторів є ефективне управління закладами, у Франції оцінюється ефективне використання лікарських засобів.

J. Grubmuller (2009) відзначав, що традиційні методи оплати постачальників суперечать пріоритетам існуючої системи охорони здоров'я і потребують адаптації моделей надання медичної допомоги до змін епідеміологічної ситуації для забезпечення безперебійної та якісної допомоги пацієнтам у контексті обмежених ресурсів [9]. Тому у відповідь у ряді країн ОЕСР приступили до значних змін у системах оплати медичних послуг. І важливим для осіб, що приймають рішення у сфері охорони здоров'я в більшості країн ЄС, є вирішення проблем, які стосуються функціонування і змін моделей оплати медичних послуг, визначення ключових показників ефективності (наприклад, індикаторів якості наданих послуг, витрати-ефективність, використання практик і схем лікування, заснованих на доказах, стандартизованих процесів при управлінні і веденні документації тощо), підходів і критеріїв до їх вимірювання [12, 21, 29].

Окремі дослідники, аналізуючи минулий досвід і перспективи на майбутнє [4, 5, 13, 14, 20, 23, 27], наголошують, що реформи методів оплати медичних послуг повинні бути спрямовані на підвищення ефективності СОЗ у цілому, забезпечення універсального доступу до послуг, прозорість і підзвітність, створювати стимули для розвитку, включаючи і залучення інвестицій. Скажімо, важливим для НСОЗ Англії в довгостроковій перспективі є перехід від оплати на основі глобального бюджету до оплати за результат, подальше удосконалення баз даних з метою визначення коефіцієнта ефективності, який використовується при ціноутворенні. Поряд з цими реформами, дослідники наголошують, що методи оплати можуть функціонувати ефективно за умови, якщо вони засновані на точній інформації про витрати. Тому необхідно зберегти акцент на поліпшенні інформації про вартість послуг. Адже стимули можуть

працювати тільки тоді, коли вони є чіткими, послідовними і прозорими.

Ще одним важливим елементом управління є планування витрат на надання стаціонарної медичної допомоги. Експерти Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» відзначали, що системи централізованого планування в ЄС реформуються, і загальна тенденція схильна до децентралізації лікарняних послуг та їх адміністрування, а також управління на регіональному рівні, в той час як існує нагальна потреба в переміщенні допомоги при певних типах хвороб з невеликих лікарень у більші установи.

У деяких країнах ЄС приймаються політичні рішення щодо заборони проведення хірургічних операцій у маленьких лікарнях, залишаючи їх для тривалої допомоги та геріатрії, зменшуючи ліжковий фонд, а також закриваючи старі лікарні, які вже неможливо перепрофілювати чи відновити [6].

Нові тенденції у плануванні виробничих можливостей лікарень зміщуються від планування на основі показників потужності в бік спроможностей управління процесами. Наприклад, використовуються підходи, засновані на теорії промислового виробництва («раціональне мислення», що фокусується на вартості, що додається різними процесами пацієнту); погляд на лікарню не з точки зору ліжок або спеціалізації, а в аспекті того шляху, який здійснюють пацієнти, що в них лікуються, з точки зору відповідних процесів, що здійснюються медичними фахівцями, і виробничих потужностей, необхідних для реалізації цих процесів. Одним із шляхів досягнення цих цілей є систематизовані шляхи (маршрути) медичної допомоги. Однак їх розробка повинна спиратися на більш глибоке розуміння потоків пацієнтів, робіт і матеріальних благ усередині лікарні, визначення вузьких місць і на перетворення цього розуміння в нові інструменти планування виробничих потужностей.

За даними D. Shelly [3], при плануванні витрат на надання стаціонарної медичної допомоги враховують такі індикатори, як захворюваність і смертність, потреби і попит у медичній допомозі, демографічні показники (вік, стать, щільність проживання), соціальний статус, рівень освіти і доходів населення. J.E. Millsar [10] звертає увагу на необхідність стратегічного планування для бачення подальшого розвитку лікарень у сфері запровадження нових технологій лікування, нового обладнання чи послуг, розвитку ключових підрозділів тощо, що потребує

консолідації зусиль, знань і вмінь як адміністрації, так і персоналу, залучення внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Встановлено за даними вивчення наукових джерел літератури, що існує кілька різних типів планування, за якими рекомендовано рухатись всім лікарням в ЄС. Вони охоплюють повний спектр установ та заходів у рамках відповідальності лікарні та включають такі пункти, як періодичний перегляд та повторне становлення бізнес-планів та тривалого стратегічного планування, рутинний бюджетний процес, розподіл кадрових ресурсів, а також розвиток, розробка послуг, технічне обслуговування та управління нерухомістю, взаємини з іншими постачальниками послуг тощо.

Оскільки новою парадигмою фінансування є зміна вектору фінансування медичної допомоги, яка ґрунтується на оплаті за результат, а не на обсяги, у даному контексті необхідно розуміти, яким чином здійснюється регулювання зайнятості і оплати праці працівників, зайнятих у секторах спеціалізованої амбулаторної і стаціонарної допомоги.

Аналіз підходів до забезпечення кадрами лікарень в країнах ОЕСР та методів їх оплати показав, що існують проблеми у сфері підготовки лікарів, які стосуються:

- актуалізації обсягу підготовки лікарів (Франція, Ісландія, Ірландія, Італія, Мексика);
- планування для задоволення зростаючого попиту на послуги охорони здоров'я (Австралія, Канада, Чилі, Фінляндія, Ізраїль, Польща, США, Мексика, Корея);
- наявності дефіциту окремих спеціалістів у деяких спеціальностях (Австралія, Бельгія, Канада, Чилі, Чехія, Данія, Фінляндія, Греція, Ісландія, Велика Британія, Ізраїль, Італія, Японія, Люксембург, Нова Зеландія, Мексика, Норвегія, Польща, Португалія, Іспанія, Швеція, Швейцарія);
- нераціональності у підготовці/розподілі лікарів, що притаманне для майже 88% країн-членів ОЕСР, за винятком Італії, Нідерландів, Люксембургу, Словаччини.

Також за даними OECD Health System Characteristics Survey можна говорити про певні обмеження щодо вибору лікарями місця практики, особливо це стосується окремих провінцій Канади (Квебек, Нью-Брансвік), Данії, Німеччини, Норвегії і Словенії. Певні обмеження де-факто відмічаються й у Австрії, Чехії, Фінляндії, Великій Британії. Однак у переважній більшості країн немає обмежень щодо вибору місця практики.

Цікавим є досвід країн у вирішенні проблем кадрового дефіциту шляхом впровадження такого інструменту, як введення або розширення надання послуг меншою чисельністю лікарів, про що зазначається в аналізі діяльності постачальників медичних послуг Канади, Данії, Фінляндії, Франції, Ірландії, Нідерландів, Норвегії, Іспанії, Швеції, Швейцарії, Великої Британії і США.

Більш консервативні щодо перерозподілу ролей лікарів окремих спеціалізацій виявилися системи охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Італії, Японії, Люксембургу, Греції, Чехії.

Слід зазначити, що для сприяння кращому географічному розподілу лікарів використовуються відповідні фінансові стимули у Австралії, Бельгії, Канаді, Чилі, Данії, Франції, Німеччині, Греції, Угорщині, Ізраїлі, Кореї, Мексиці, Новій Зеландії, Норвегії, Португалії, Словенії, Швеції, Швейцарії, Англії, Вельсі, США.

У лікарнях Бельгії, Чехії, Данії, Фінляндії, Франції, Ізраїлю, Італії, Мексики, Норвегії, Великої Британії, Нової Зеландії поширена практика сумісництва. Головні мотиви такого сумісництва – залучення пацієнтів і підвищення кваліфікації самого лікаря. Наприклад, робота в стаціонарі дозволяє амбулаторному фахівцю розширити свій професійний світогляд, отримати додатковий досвід і забезпечити безперервність ведення пацієнта. У цих країнах всіляко заохочується такий підхід, оскільки, з одного боку, це засіб підвищення кваліфікації лікарів, з іншого – можливість зменшити потребу у лікарських кадрах [15, 16]. Водночас у Кореї, Люксембургу, Швеції сумісництво у лікарнях не дозволяється.

Важливим з точки зору управління є і вивчення організації надання спеціалізованої медичної допомоги. За даними окремих дослідників, в економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі.

Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку.

Слід зазначити, що останнім часом суттєві зміни торкнулися і структури ресурсів цього сектору, що пов'язано із запровадженням нових технологій, наприклад інтенсивний розвиток анестезії та хірургії, особливо в аспектах, що стосуються малоінвазивних процедур, розвиток інформаційних і комунікаційних напрямів, зокрема телемедицини.

Досвід розвитку та реформування госпітального сектору на прикладі Англії, Франції та Німеччини системно було представлено у матеріалах Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» [4], який реалізовувався в Україні упродовж 2007–2009 рр. у рамках співробітництва між Україною та ЄС, зокрема виконання програми ЄС «Підтримка подолання соціальних наслідків перехідного періоду». Основні характеристики цього сектору були представлені в розрізі видів послуг, постачальників, планування, фінансування, кадрових ресурсів, інформаційних і комунікаційних технологій, однак, як уже згадувалося, на прикладі лише окремих країн (Англії, Франції, Німеччини). При цьому дослідниками вказувалося, що реформи останніх років в країнах ЄС торкнулися таких напрямів, як «просування автономії постачальника послуг; підвищення участі регіональних органів влади і громад у плануванні діяльності лікарень; інтеграція приватного сектору в сферу надання послуг; впровадження фінансових механізмів, спрямованих на використання потенціалів ефективності в управлінні» [4,6].

## ВИСНОВКИ

1. Системний аналіз міжнародних наукових публікацій свідчить про використання різноманітних концептуальних і методологічних підходів до управління, фінансування, планування та організації надання вторинної медичної допомоги.

2. Вивчення тенденцій змін у лікарняному секторі показало, що за останнє десятиліття в Європі роль лікарень змінюється і постійно розвивається. Відбуваються зміни стосовно скорочення перебування пацієнта в стаціонарі і зміна підходів до розподілу ресурсів; помітна тенденція до використання більш високоефективних технологій у лікарнях і аутсорсинг

менш високотехнологічної медичної допомоги нижчим рівням її надання; підвищення ролі і відповідальності в забезпеченні надання якісної медичної допомоги; використання в клінічній практиці технологій і втручань, заснованих на доказах; децентралізація і гнучкість відносно зайнятості медичного персоналу; взаємозамінність спеціалізацій.

3. Реформування цього сектору є досить складним процесом, оскільки лікарні залишаються досить консервативним елементом СОЗ, попри нові виклики і зміни в самих системах. Реформа лікарень передбачає використання нових моделей управління, нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алиева В. Ф. Анализ организации медицинских услуг в современных условиях развития экономики в России / В. Ф. Алиева // Вестник СамГУ. – 2013. – № 1 (102). – С. 9–14.
2. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 №932. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>.
3. Реформа больниц в новой Европе / Martin McKee and Judith Healy [eds.]. – Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. – 295 p.
4. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення : Зведений звіт Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2007–2009. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR\\_V04\\_ua.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf). – Назва з екрану.
5. Шейман И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.
6. Busse R. Paying for chronic disease care // Caring for people with chronic conditions. A health system perspective / Nolte E., McKee M. [Eds.]. – Berkshire: Open University Press, 2008. – P. 143–171.
7. Edwards N. The future role of the hospital / N. Edwards, M. McKee // J. Health Serv. Res Pol. – 2002. – № 7. – P. 1–2.
8. Governance for health in the 21st century / by Ilona Kickbusch, David Gleicher; The Regional Office for Europe of the World Health Organization. – Geneva, Switzerland, 2012. – 128 p.
9. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis / Farrar S., Yi D., Matt Sutton M. [et al.] // British Medical Journal. – 2009. – № 339. – P. 3047.
10. Health at a Glance: Europe 2014, OECD [Electronic resource]. – URL : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
11. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people // Journal of Health Gain. – 2001. – № 5 (2). – P. 3–7.
12. Hennamari M. DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? / M. Hennamari, K. Ilmo, H. Unto // Health Policy. – 2001. – № 59. – P. 37–51.
13. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value / E. Hoo, D. Lansky // American Health Policy Snsitute. 2016. – 17 p.
14. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows / Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow, Martin McKee // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – № 88. – P. 632–636. doi: 10.2471/BLT.09.073361.
15. How many hospitals are there in Europe? [Electronic resource]. – URL : <https://www.reference.com/business-finance/many-hospitals-europe-ebd8c28aa6dfd43d#>.
16. Kelly J. Devers What Is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts? / Kelly J. Devers, Hoangmai H. Pham, and Gigi Liu // Health Aff air. – 2004. – № 23 (2). – P. 103–115. doi: 10.1377/hlthaff.23.2.103.
17. Laura MacLehose Trends in hospital reform across the EUO European Region – challenges and opportunities, European Observatory on Health Care Systems / Laura MacLehose [Electronic resource]. – URL : <http://www.univie.ac.at/hph/10ic/10icmclehose.pdf>.
18. Marcel Canoy Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands / Marcel Canoy, Wolf Sauter // Tilburg University. – 2009. – 12 p.
19. McKee M. The role of the hospital in a changing environment / M. McKee, J. Healy // Bull. World Health Organ. – 2000. – № 78. – P. 803–810.
20. Millsap J. E. Understanding the Hospital Planning, Design and Construction Process / Millsap J. E. [Electronic resource]. – URL : <http://www.chcf.org/resources/download.aspx?id...B094-4558>. – Назва з екрану.

- 21.** Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies / Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] // Health Affairs. – 2013. – № 32 (2). – P. 223–231.
- 22.** Pay for performance in hospitals: implications for nurses and nursing care / Bodrock J.A., Mion L.C. // Qual Manag Health Care. – 2008. – №17(2). – P. 102–111. doi: 10.1097/01.QMH.0000316988.71544.ec.
- 23.** Payment by results. How can payment systems help to deliver better care? / Appleby J., Harrison T., Hawkins L., Dixon A. [eBook]. – 1st ed. – London: The King's Fund, 2012. – 56 p.
- 24.** Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement / Peter K. Lindenauer, Denise Remus, Sheila Roman [et al.] // New England journal of medicine. – 2007. – №356. – P. 486–496. doi: 10.1056/NEJMp1202563.
- 25.** Question 64, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates [Electronic resource]. – URL : <http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>.
- 26.** Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance / Andrew Ryan, Jan Blustein // New England journal of medicine. – 2012. – № 366. – P. 1557–1559. doi: 10.1056/NEJMp1202563.
- 27.** Shelly D. Final hospital planning and layout [Electronic resource] / D. Shelly. – URL : <http://www.slideshare.net/iamsinghsandeep/final-hospital-planning-and-layout.ppt>.
- 28.** Søren Rud Kristensen Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives / Søren Rud Kristensen, Mickael Bech, Jørgen T. Lauridsen // The European Journal of Health Economics. – 2016. – № 17 (4). – P. 435–442. doi: 10.1007/s10198-015-0690-0.
- 29.** Street A. Activity-based financing in England: the need for continual refinement of Payment by Results / A. Street, A. Maynard // Health Economics, Policy and Law. – 2007. – № 2 (4). – P. 419–427.
- 30.** The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement / Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart, Daniel Polsky // Health Affairs. – 2011. – № 30 (4). – P. 690–698. doi:10.1377/hlthaff.2010.1277.
- 31.** Where next for Eurohospitals? // Hospital. – 2000. – № 2 (2). – P. 37–39.

*Дата надходження рукопису до редакції: 29.03.2017 р.*