

ISSN 2415–8763

**ЕКОНОМІКА І ПРАВО
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ 2 (4), 2016

Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (4), 2016

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – Слабкий Г.О.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР – Ситенко О.Р.

ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ – Ратаніна О.М., Шумило О.В.

ДИЗАЙН І ВЕРСТКА – Кривенко Є.М.

ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ – Дудник С.В.

СЕКРЕТАРІАТ – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),
Медведовська Н.В. (Київ), Миронюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),
Огнев В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Рекомендовано до друку Вченою радою
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України» (протокол № 6 від 28.07.2016 р.)

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 29 липня 2016 р.
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 3701

ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

ВИДАВНИК:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95,
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовано. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції.

ЗМІСТ / CONTENT

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я / HEALTH CARE ECONOMICS

<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В., Росточило С.С., Борвінко Е.В., Кий–Кокарева В.Г.</i> Резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю	5
<i>Lekhan V.M., Kriachkova L.V., Volchek V.V., Rostochylo S.S., Borvinko E.V., Kiy–Kokareva V.G.</i> Reserves for efficient use of hospital beds therapeutic profile	
<i>Gorbenko O.V.</i> The role of patients and community representatives in value-based assessment of health technologies and respective decision-making processes within healthcare	10
<i>Горбенко О.В.</i> Роль пацієнтів і представників громадськості в ціннісній оцінці медичних технологій та прийнятті відповідних рішень у системі охорони здоров'я	
<i>Шевченко М.В.</i> Об'єднання фінансових ресурсів і закупівля медичних послуг: міжнародний досвід і українські реалії	23
<i>Shevchenko M.V.</i> Combining of financial resources and purchase of medical services: international experience and Ukrainian realities	
<i>Myronyuk I.S., Mulesa O.Yu.</i> Mathematical prediction of the number of officially registered HIV-positive people in the region as a tool for planning expenses in different directions of epidemic counteraction	31
<i>Миронюк І.С., Мулеса О.Ю.</i> Математичне прогнозування чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у регіоні як інструмент планування витрат за напрямками протидії епідемії	
<i>Яценко Ю.Б., Шевченко М.В.</i> Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я	39
<i>Yaschchenko Yu.B., Shevchenko M.V.</i> Financial decentralization in the health system	
<i>Слабкий Г.О., Ковальова О.М.</i> Соціально-економічні аспекти формування здорового початку життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури)	44
<i>Slabkiy G.O., Kovaleva O.M.</i> Socio-economic aspects of the formation of the healthy life start of children (analytical review of scientific literature)	
<i>Потокій Н.Й., Миронюк І.С.</i> Оцінка доцільності впровадження в Закарпатській області ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	49
<i>Potokiy N.Y., Myronyuk I.S.</i> The assessment of HIV-infection diagnostic launch in Transcarpathian region among children, born by HIV-infected mothers	
<i>Слабкий В.Г.</i> Визначення термінів в економіці охорони здоров'я	57
<i>Slabkiy V.G.</i> Definitions of terms in the economics of health care	

МЕДИЧНЕ ПРАВО / MEDICAL LAW

<i>Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я</i> <i>Shafranskiy V.V., Slabkiy G.O., Kachala L.O. The foundations of European policy and strategy for the 21st century: strategic guide for the benefit of health</i>	72
<i>Ярош Н.П. Нормативно-правове регулювання розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України</i> <i>Yarosh N.P. Legal regulation of standardization in the field of health in Ukraine</i>	76
<i>Пінчук І.Я. Якісно нова функціонально-організаційна система психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я України: організаційно-правовий аспект</i> <i>Pinchuk I.Ya. The new functional-organizational system of psychiatric care under the reform of healthcare of Ukraine: organization and legal aspect</i>	81
<i>Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України</i> <i>Rudyi S.A., Huk A.P. Compare of health care system management elements of certain European countries and Ukraine</i>	89
<i>Красовський К.С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013–2016 роках з точки зору охорони здоров'я</i> <i>Krasovsky K.S. Analysis of tobacco excise tax policy in Ukraine in 2013–2016 from the public health perspective</i>	100

ІСТОРИЯ МЕДИЦИНИ / HISTORY OF MEDICINE

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М. Приказна медицина в Київській губернії: кроки розвитку</i> <i>Tsiborovskiy O.M., Soroka V.M. The departmental medicine in Kyiv province: steps of the development</i>	108
--	-----

УДК 614.2:615.478.2.001.73

В.М. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.В. Волчек¹, С.С. Росточило², Е.В. Борвінко¹, В.Г. Кий–Кокарева¹

РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна²КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», м. Дніпро, Україна

Мета – визначити резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок терапевтичного профілю.

Матеріали та методи. Ретроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих у 2006 р., 60 – у 2016 р. (по 20 історій з лікарні з випадковим відбором).

Результати. На думку експертів, у терапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології. Досліджені групи хворих у 2006 та 2016 рр. за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) не відрізняються ($p > 0,05$). Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації за останні 10 років достовірно збільшилася (з $33,5 \pm 4,3\%$ у 2006 р. до $51,7 \pm 6,4\%$, $P \pm t$, $p = 0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6\%$ і $56,6 \pm 6,4\%$ відповідно, $p = 0,46$). Це пояснюється скороченням тривалості лікування: як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-дня, $M \pm t$, $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-дня, $p < 0,001$), унаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя. Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до невиправданої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі.

Висновки. В Україні продовжують існувати значні резерви скорочення ліжкового фонду, ефективно використання яких підвищить якість медичної допомоги.

Ключові слова: ліжковий фонд, терапевтичний профіль, ефективність використання.

ВСТУП

Одним із пріоритетних напрямів модернізації системи охорони здоров'я України є оптимізація ліжкового фонду відповідно до потреб населення та можливостей галузі [1, 3, 4, 6]. На теперішній час спостерігається диспропорція між попитом населення на медичні послуги певного рівня та пропозицією в системі охорони здоров'я, виправити яку покликані організаційні технології, що дадуть змогу замінити госпітальні послуги не менш якісними, але більш витратноєфективними видами медичної допомоги (стаціонарозамінними послугами, обслуговуванням на первинному рівні з використанням сучасних ефективних фармакологічних засобів із доведеною ефективністю тощо).

У більшості європейських країн затверджені процедури надання денної медичної допомоги замість стаціонарних послуг як основне джерело підвищення ефективності всієї системи охорони здоров'я [5, 7]. Загальним принципом заміщення одних видів медичних послуг іншими в стаціонарному секторі є зменшення числа пацієнтів, яким необхідно цілодобово залишатися в лікарні. Заміна стаціонарної допомоги послугами амбулаторного, у т.ч. первинного рівня, запровадження стаціонарозамінних послуг віднесені до основних напрямків ресурсозберігання і в Україні.

Мета роботи – визначити резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок загальноотерапевтичного профілю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ретроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих у 2006 р. [2], 60 – у 2016 р. (рандомно відібрано по 20 історій хвороб із кожної лікарні).

Досліджені групи хворих 2006 та 2016 рр. за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) суттєво не відрізнялися ($p > 0,05$), що дало змогу зіставити результати експертної оцінки.

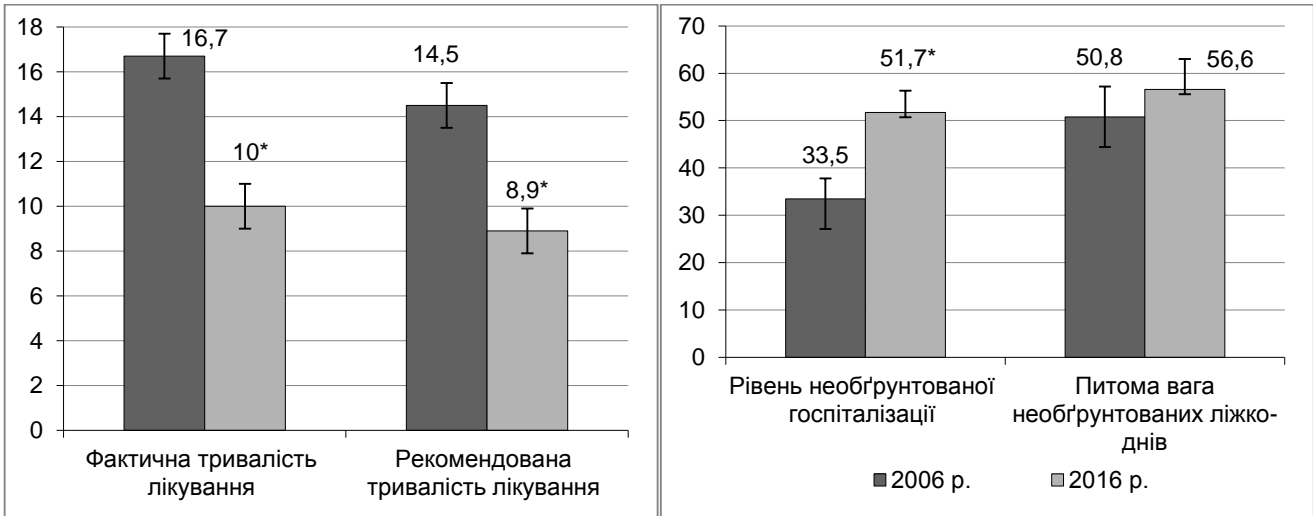
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На думку експертів, у загальноотерапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології.

Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації ($P \pm t_p$) за останні 10 років

достовірно збільшився (з $33,5 \pm 4,3\%$ у 2006 р. до $51,7 \pm 6,4\%$ у 2016 р.; $p=0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6\%$ і $56,6 \pm 4,4\%$ відповідно; $p=0,46$) (рис. 1).

Це пояснюється скороченням тривалості лікування ($M \pm m$): як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-дня; $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-дня, $p < 0,001$) унаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя.



Примітка: * – $p < 0,05$ у динаміці.

Рис. 1. Тривалість лікування ($M \pm m$) і частота ($P \pm m_p$ %) необґрунтованого використання ліжкового фонду загальнотерапевтичного профілю у 2006 р. та 2016 р.

Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до невиправданої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі.

Основними причинами необґрунтованої госпіталізації фахівці визначили переоцінку тяжкості стану пацієнта (75%), що в більшості випадків вуалює намагання заповнити ліжка; прямо назвали необхідність заповнення ліжок стаціонару (3,3% випадків); ігнорування медичних стандартів щодо показів до госпіталізації (35,0%); неможливість своєчасного проведення необхідних досліджень або консультацій, необхідних для рішення про госпіталізацію (26,7%). Інші причини необґрунтованої госпіталізації називалися в поодиноких випадках. Слід зазначити, що соціальні проблеми пацієнтів як причини необґрунтованої госпіталізації в жодному разі не були визначені, оскільки в історіях хвороб така інформація відсутня. Однак за даними кореляційного аналізу визначено наявність зворотного слабого зв'язку між віком та обґрунтованістю госпіталізації (коефіцієнт кореляції Спірмена $r = -0,195$; $p < 0,05$), що може опосередковано свідчити про більш часту госпіталізацію літніх людей за соціальними показаннями без зазначення цього факту в документації.

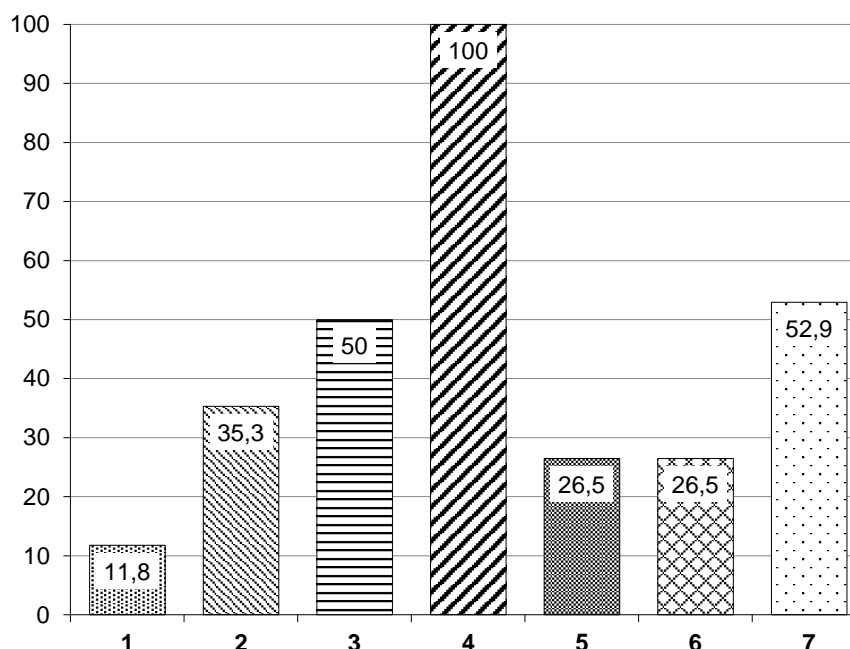
На питання щодо причин необґрунтованої тривалості перебування експерти відповіли в 62% відповідних випадків. Досвідчені спеціалісти назвали широкий спектр причин надлишкового перебування пацієнтів у стаціонарі, до найбільш частих із них віднесли в порядку убавання (рис. 2): ігнорування медичних стандартів (консервативна практика) – 100,0% відповідей; відсутність можливостей або практики застосування для долікування стаціонарозамінних форм – 52,9%; відсутність або формальність локальних протоколів –

50,0%; недосконалість або відсутність уніфікованих клінічних протоколів – 35,3%; відсутність практики або організаційна незабезпеченість можливості виписки пацієнтів після вирішення протягом короткострокового нагляду недоцільності їх госпіталізації – 26,5%; недостатньо ефективно налагоджена взаємодія з іншими закладами, задіяність яких необхідна для встановлення діагнозу, – 26,5%; намагання утримати надлишкові потужності стаціонару – 11,8%.

Експерти запропонували низку заходів, спрямованих на запобігання необґрунтованої госпіталізації та необґрунтованої її тривалості. Для запобігання необґрунтованої тривалості госпіталізації насамперед рекомендуються: чітке дотримання існуючих уніфікованих клінічних протоколів – 75,6%; розробка чітких критеріїв до виписки зі стаціонарів різних рівнів – 61,0%; створення умов для діагностичного обстеження та долікування в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару – 54,3%; зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я – 40,2%; приведення в стаціонарах, призначених для інтенсивного лікування, у відповідність до потреб потужностей, матеріально-технічного і кадрового забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії – 31,1%; приведення потужностей закладу (кількості ліжок) до потреб у конкретному виді та інтенсивності допомоги – 26,8%; створення у відділенні екстреної (невідкладної) допомоги / приймально-діагностичному відділенні палат для короткострокового перебування пацієнтів – 23,2%; чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги – 23,2%, створення умов для надання пацієнтам (при наявності показань) соціальної допомоги, у т.ч. у цілодобовому режимі, – 24,4%;

ліквідація прив'язки штатів закладу / підрозділу до чисельності ліжкового фонду – 22,0% (табл.). Створення пансіонатів для пацієнтів із віддалених територій для можливості заміщення стаціонарної амбулаторною допомогою або допомогою в денному стаціонарі не

отримало широкої підтримки експертів, що пов'язано з тим, що аналізу була піддана ситуація з використанням стаціонарної допомоги в міських лікарнях переважно жителів міських поселень.



1. Намагання утримати надлишкові потужності стаціонару.
2. Недосконалість або відсутність уніфікованих клінічних протоколів.
3. Відсутність або формальність локальних протоколів.
4. Ігнорування медичних стандартів (консервативна практика).
5. Недостатньо ефективно налагоджена взаємодія з іншими закладами, задіяність яких необхідна для встановлення діагнозу.
6. Відсутність практики / організаційна незабезпеченість можливості виписки пацієнтів після вирішення протягом короткострокового нагляду недоцільності їх госпіталізації.
7. Відсутність можливостей або практики застосування для долікування стаціонарозамінних форм.

Рис. 2. Основні причини необґрунтованої тривалості госпіталізації в терапевтичні відділення (%)

Таблиця
Провідні заходи, рекомендовані для запобігання необґрунтованій тривалості госпіталізації (%)

Захід	%
Приведення в стаціонарах, призначених для інтенсивного лікування, у відповідність до потреб потужностей, матеріально-технічного і кадрового забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії	31,1
Приведення потужностей закладу (кількості ліжок) до потреб у конкретному виді та інтенсивності допомоги	26,8
Створення умов для діагностичного обстеження та долікування в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару	54,3
Створення у відділенні екстреної (невідкладної) допомоги / приймально-діагностичному відділенні палат для короткострокового перебування пацієнтів	23,2
Чітке дотримання існуючих уніфікованих клінічних протоколів	75,6
Розробка чітких критеріїв до виписки зі стаціонарів різних рівнів	61,0
Зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я	40,2
Чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги	23,2
Ліквідація прив'язки штатів закладу/підрозділу до чисельності ліжкового фонду	22,0
Створення умов для надання пацієнтам за наявності показань соціальної допомоги, у т.ч. цілодобово	24,4

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз раціональності використання ресурсів терапевтичних стаціонарів виявив значні резерви їх оптимізації за рахунок скорочення необґрунтованих госпіталізацій та надлишкової тривалості стаціонарного лікування, що дало б змогу (без будь-якого обмеження доступності та якості стаціонарної медичної допомоги) істотно скоротити наявний ліжковий фонд.

Умови для раціоналізації утилізації лікарняних ресурсів терапевтичних відділень:

- диференціація лікарень за інтенсивністю допомоги з відповідним їх техніко-технологічним устаткуванням;
- створення відділень екстреної / невідкладної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування з палатами для короткострокового перебування, сполучених з адекватно оснащеною діагностичною службою;

– розвиток денних стаціонарів для лікування / долікування пацієнтів, які не потребують цілодобового нагляду, та організація пансіонатів для пацієнтів, що проживають на певній відстані від закладу охорони здоров'я;

– чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги з паралельним створенням відповідних служб для надання соціальних послуг тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бугро В. І. Дослідження обґрунтованості госпіталізації та використання ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги / В. І. Бугро // Вісник наукових досліджень. – 2016. – № 1. – С. 6–9.
2. Волчек В. В. Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня : дис. канд. мед. наук : спец. 14.02.03 – соціальна медицина / В. В. Волчек. – Київ : Нац. мед. ун-т. ім. О.О. Богомольця, 2010. – 207 с.
3. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyireformi_OZ.pdf. – Назва з екрана.
4. Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення : постанова Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>. – Назва з екрана.
5. Alternative method of highway traffic safety analysis for developing countries using delphi technique and Bayesian network / A. C. Mbakwe, A. A. Saka, K. Choi, Y. J. Lee // *Accid Anal Prev.* – 2016. – May 13; Vol. 93. – P. 135–146.
6. Lekhan V. Influence of care quality on the consumption of health resources / V. Lekhan, V. Volchek // *Management in health.* – 2015. – XIX/3. – P. 9–12.
7. *Hospitals in changing Europe* / edited by Martin McKee and Judith Healy (European Observatory on Health Care Systems series). – Buckingham : Open University Press, 2002. – 295 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.07.2016 р.

Резервы повышения эффективности использования коечного фонда терапевтического профиля

В.Н. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.В. Волчек¹,
С.С. Росточило², Е.В. Борвинко¹, В.В. Кий–Кокарева¹
¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепр, Украина
²КУ «Областной Днепропетровский информационно-аналитический центр медицинской статистики»,
г. Днепр, Украина

Цель – определить резервы повышения эффективности использования коечного фонда на примере коек терапевтического профиля.

Материалы и методы. Ретроспективно методом экспертных оценок проанализированы 180 историй болезней пациентов терапевтических отделений 9 больниц Днепропетровской области: 120 – госпитализированных в 2006 г., 60 – в 2016 г. (по 20 историй из больницы методом случайного отбора).

Результаты. По мнению экспертов, в терапевтических отделениях целесообразно оказывать медицинскую помощь больным с поражением нескольких систем организма в случаях, когда сопутствующие заболевания влияют на течение основной патологии.

Исследованы группы больных в 2006 и 2016 г. по основным характеристикам (средний возраст, распределение по полу, доля пациентов старше 65 лет, удельный вес больных, поступивших в стационар ургентно) не отличаются ($p > 0,05$). Исследованием установлено, что уровень необоснованной госпитализации за последние 10 лет достоверно увеличился (с $33,5 \pm 4,3\%$ в 2006 г. до $51,7 \pm 6,4\%$, $P \pm m$, $p = 0,02$), однако доля необоснованных койко-дней осталась почти на том же уровне ($50,8 \pm 4,6\%$ и $56,6 \pm 6,4\%$ соответственно, $p = 0,46$). Это объясняется сокращением продолжительности лечения: как фактической (с $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ койко-дней, $M \pm m$, $p < 0,001$), так и рекомендуемой (с $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ койко-дней, $p < 0,001$) в результате технологического усовершенствования медицинских вмешательств за последнее десятилетие. Выявлены многочисленные медико-организационные недостатки, которые приводят к неоправданной госпитализации или удлинению продолжительности лечения в стационаре.

Выводы. В Украине продолжают существовать значительные резервы сокращения коечного фонда, эффективное использование которых повысит качество медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: коечный фонд, терапевтический профиль, эффективность использования.

Reserves for efficient use of hospital beds therapeutic profile

V.M. Lekhan¹, L.V. Kriachkova¹, V.V. Volchek¹,
S.S. Rostochylo², E.V. Borvinko¹, V.G. Kiy-Kokareva¹

¹State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy
of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine

²Clinical Establishment «Dnipropetrovsk Regional
Information and Analytical Center for Health Statistics»,
Dnipro, Ukraine

Purpose – to determine the reserves to increase efficiency of hospital beds to beds by example therapeutic profile.

Materials and methods. Retrospective by expert assessments analyzed 180 case histories of patients therapeutic departments of hospitals 9 Dnepropetrovsk region: 120 – hospitalized in 2006., 60 – in 2016. (20 stories out of the hospital with random selection).

Results. According to experts, in therapeutic departments advisable to provide medical care to patients with damage to multiple body systems when comorbidities

influence the course of the basic disease. The investigated group of patients in 2006 and 2016 by main characteristics (mean age, gender distribution, the proportion of patients older than 65 years, the proportion of patients admitted to hospital urgent) did not differ ($P>0.05$). The study determined that the level of unreasonable hospitalization for the past 10 years has increased significantly (from $33.5\pm 4.3\%$ in 2006 to $51.7\pm 6.4\%$, $P\pm m$, $p=0.02$), but the proportion weight unreasonable bed days remained almost at the same level ($50.8\pm 4.6\%$ and $56.6\pm 6.4\%$ respectively, $p=0.46$). This is due to a reduction in the duration of treatment, as actual (from 16.7 ± 6.3 to 10.0 ± 5.2 bed-days, $M\pm m$, $p<0.001$) and recommended (from 14.5 ± 6.1 to 8.9 ± 5.3 bed-days, $p<0.001$) due to technological improvement interventions over the last decade. Revealed numerous medical and organizational flaws that lead to unnecessary hospitalization or extended duration of treatment in the hospital.

Conclusions. In the Ukraine continue to exist considerable reserves the reduction of hospital beds, efficient use of which will increase the quality of care.

KEY WORDS: hospital beds, the therapeutic profile, efficiency.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Волчек Віра Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Росточило Світлана Сергіївна – начальник КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; пл. Жовтнева, 14; м. Дніпро, 49999, Україна.

Борвінко Ельвіра Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Кий-Кокарева Вікторія Григорівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

THE ROLE OF PATIENTS AND COMMUNITY REPRESENTATIVES IN VALUE-BASED ASSESSMENT OF HEALTH TECHNOLOGIES AND RESPECTIVE DECISION-MAKING PROCESSES WITHIN HEALTHCARE

ViiV Healthcare, London, United Kingdom

Purpose – to conduct a complex analysis of the existing approaches to assessment of health technologies' value by patients and community representatives, and their role in respective decision-making processes within healthcare.

Methods: *bibliosemantic (review of 63 sources – 35 literature sources and 28 web-resources) and expert opinion.*

Results. *The four key areas were identified for the analysis: unmet patient needs; discovery and development of a health technology; PRO and PCO measurement; HTA and regulatory procedures, decision-making. Existing patient engagement frameworks, experience and practices were analysed and consolidated.*

Conclusions. *Over the last decade the significant progress has been made by patient organisations and other healthcare stakeholders in actualisation and identification of patients' role in value-based assessment as well as implementation several patient-centric initiatives across discovery, clinical development, PRO/PCO, HTA and authorisation. A lot of constructive efforts within methodology and governance took place very recently (2014–2016); however at this stage it's rather impossible to identify any tangible outcomes which could demonstrate good level of evidence.*

Key words: *patients, community representatives, patient engagement, value, patient-centric healthcare, value-based assessment.*

INTRODUCTION

Over the last decade patients, or people living with the certain medical condition/conditions, have been considering as paramount healthcare stakeholders at different levels: from the global scope to regional and national healthcare systems. The patient voice is usually represented by caregivers, treatment activists, advocates and several types of patient organisations: patient advocacy groups (PAGs), community based organisations (CBOs) and other non-government organisations (NGOs).

Before the current period patients weren't really empowered to present their unmet needs and expectations from healthcare systems and providers; their insights and feedbacks didn't play any significant role in decision-making and weren't taken into consideration either at public health policy level or individual disease management level. Healthcare providers (HCPs) used to transfer patients' vision on health technologies with significant changes, self-interpretation and modification, or even presented that vision on behalf of patients. Such paternalistic approach led to procedural bias assessing value of different health technologies, systematic exaggeration or under-estimation of their impact to patient health and wellbeing. Evidence shows that HCPs' vision on several morbidities and related complications, health technologies value and research priorities differ from those of patients [55, 56]. For example, patients at high risk for atrial fibrillation placed more value on the avoidance of stroke and less value on the avoidance of bleeding than did physicians who treat patients with atrial fibrillation. Patients traditionally pay more attention to safety profile and quality of life when taking the dedicated health technology/group of technologies. Other divergences in priorities for health research between HCPs and the public were found in the areas of diabetes, arthritis, Alzheimer disease, and mental health [31, 55].

A lot of national healthcare systems still rely on HCP insights analysing patient perspectives; the patient movement and influence in those countries can be characterised as minimal, if exists. In such cases professional associations and healthcare organisations as well as separate activists take a role of main patient advocates and policy influencers. Some governments prohibit any patient movement at all.

On the other hand, patient empowerment may face some obstacles due to subjective reasons: expecting and exploring medical instead of preventive model of care; disempowering nature of illnesses; easy access to medical services etc., therefore people's behaviours and practices often seem to reinforce the dependency and passivity [19].

Despite above limitations, the general trend is moving towards truly patient centric approaches within above country and national healthcare systems with the significant impact of the following factors:

- healthcare transformation at all levels;
- growing public scrutiny to processes taking place within healthcare;
- growing health literacy, educational level and awareness on health-related issues;
- age of information and digital excellence;
- sophistication of health technology assessment (HTA) systems, wider scope/objectives and more complexity in value assessment to achieve better robustness and transparency in decision-making;
- more active patient movement in line with the widely accepted principle «Nothing about us without us» as health-related manifestation of community freedom and growing role of public sector within healthcare;
- improved balance and collaboration between public, governmental and private sectors;
- diversified technical and environmental support provided by global organisations and regulators (WHO, IAPO, US FDA, NICE, EMA etc.).

The unique role of patients as final customers in healthcare cannot be overestimated. Patients or people living with certain medical conditions and therefore having medical needs should be considered as end-users of different health technologies: medicines and medical devices, processes and operations, preventive measures, information and facilities [48, 50]. Other healthcare stakeholders have a transitional user's role providing the end-user with technologies in different ways. They are more or less connected with patients and each other; such connectivity depends on national regulatory environment, legislation, traditions, healthcare and general infrastructure, behaviours and many other factors. Governments try to monitor and determine to what extent that connectivity can be allowed and take place being beneficial for patients; for example in some healthcare systems any

communication between biopharmaceutical industry and patients is prohibited; other systems encourage HCPs to diversify ways of working with patients improving collaboration and ensuring shared decision-making (SDM) on treatment. Ideally, every transitional user must commit to end-user's benefit providing value through better diagnostics, prevention, treatment and rehabilitation, affordable prices and flexible access policy, optimal management solutions, good laboratory, manufacturing, distribution, clinical, publication and other practices (GLP, GMP, GDP, GCP and GPP respectively), highest ethical standards, relevant skills and knowledge [22, 47, 52, 61]. Patient-centred healthcare comprises such complex stakeholder's commitment and putting patient interests first (Fig.).

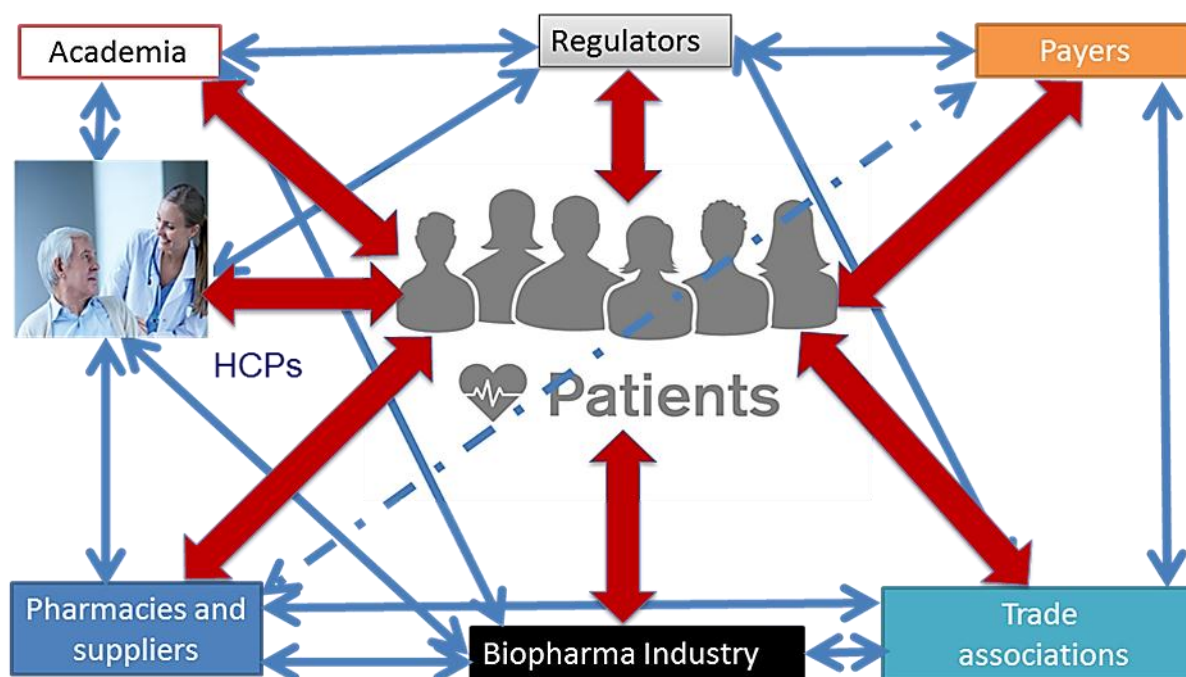


Fig. Patient-centric healthcare (by author)

The essence of patient-centred healthcare is that the healthcare system is designed and delivered so that it can address the needs of patients [22]. There are a lot of definitions of patient centricity and patient-centred healthcare; majority of them mention the core place of patients and serving roles of other stakeholders to address patients' unmet needs, preferences and expectations. Analysis of more than 30 definitions of patient-centred healthcare and patient centricity developed over the last three decades shows that the authors have been changing their focus from collaborative efforts and stakeholders' role to value for the patient, patient-centred outcomes (PCOs) and value-based decision making [2, 22, 34, 48, 49, 52]. This reflects the transformation of HTA systems around the world and implementation of newest methodologies aimed to embed patient-assessed value of health technologies into the consolidated HTA tools.

The **purpose** is to conduct a complex analysis of the existing approaches to assessment of health technologies' value by patients and community representatives, and their

role in respective decision-making processes within healthcare.

MATERIALS AND METHODS

Taking the relatively fast transformation of healthcare systems and increased focus on patient centricity over the last decade, we analysed 63 sources (35 literature sources and 28 web-resources); 50 (79,4%) of them were published throughout the period of 2011–2016 with the following key selection areas/key words: patient-centred (-powered, -driven) medicines [drug] development; addressing unmet patient (medical, social, psychological) needs; patient-reported/-centred outcomes (PROs/PCOs); patient-centred care; patient-centred HTA and regulatory procedures; information-education-communication (IEC) mix targeted to patients; value for patients; patient safety and reported adverse events; social listening; shared decision-making; patient-centred decision-making and patient centricity (several aspects).

In addition, the best practice examples and experiences gained by different healthcare stakeholders, namely, PAGs, CABs, NGOs, academic institutions, biopharmaceutical and R&D companies, HTA agencies and regulators, were analysed and reflected in this review. The above information was obtained from individual and group conversations with stakeholders, generated reports and summaries on events and meetings available on public domain.

Author analysed and consolidated several approaches to patient involvement in value assessment of health technologies within the unified continuum from discovery and clinical development to long-term surveillance through maturity, obsolescence and withdrawal:

- identifying unmet patient needs;
- discovery and development of a health technology;
- PRO and PCO measurement;
- HTA and regulatory procedures, decision-making.

RESULTS AND DISCUSSION

In 2006 the famous investigators of the value in healthcare, Michael Porter and Elizabeth Teisberg in their work «Redefining healthcare: creating value-based competition on results» stated that achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent [47]. Although the key principles of cost-benefit analysis and methodology of ICER (incremental cost-effectiveness ratio) calculation had been developed before that time, the goal to achieve higher value for patients was quite innovative. Value of health technologies was usually considered as an integrated measure based on objectively evaluated compounds such as effectiveness and safety, transferred and interpreted by HCPs with minimal or no input from patients [16, 27]. Later the number of compounds/dimensions was increased to achieve better objectivity and complexity in HTA: alongside effectiveness and safety of a technology, investigators put their attention to therapeutic compliance and adherence, cumulative social and economic burden of illness and related methods of its management, ethical and other aspects of a technology [1, 11, 20, 36]. However, the share of patient voice was almost undetectable among those compounds/dimensions and therefore didn't contribute to decision-making in any way.

At that time a lot of investigators rose the points that patients must be considered as key customers of healthcare system and value should always be defined around the customer, e.g. patient. Value itself cannot be a virtual measure with no relation to whom it may be important and beneficial from practical point of view. Hence, healthcare must create and maximise value for patients as well as related persons – loved ones, relatives and caregivers [49, 50, 59].

As an outcome of the above mentioned discussions, the largest national healthcare systems (US, Europe Top-5, Canada, Australia, Brazil) has widely accepted this fundamentally new strategy of achieving the best outcomes at the lowest costs moving away from the supply-driven healthcare organized around what HCPs do toward patient-centric healthcare organized around unmet patient needs. Albeit drivers of this strategy faced some stakeholders' resistance and implementation challenges (environmental,

legal, cultural, infrastructural, financial, organisational etc.), a lot of stakeholders recognised its advantage for all sides alongside patients [4, 48, 51].

Patient organisations, such as PAGs, caregivers and independent activists strongly supported this game changing strategy and encouraged other healthcare stakeholders to recognise unique role of patients within healthcare collaboratively creating value for them [5, 14, 57]. International Alliance of Patients' Organisations (IAPO) has summarized the paramount principles of patient centricity in the Declaration on Patient-Centred Healthcare. There are the principles of 1) respect; 2) choice and empowerment; 3) patient involvement in health policy; 4) access and support; 5) information. By IAPO, healthcare must be designed and delivered to meet the needs and preferences of patients. Greater patient responsibility and usage will lead to improved quality of life, a more cost-effective system and, ultimately, better healthcare for everyone [22].

The recent publications, expert opinions and separate case studies have supported effectiveness of patient-centric approaches for healthcare stakeholders; however authors highlighted the lack of metrics for their qualitative and quantitative evaluation as well as consistency for establishing robust return-on-investment (ROI) criteria [17]. Other investigators disagree with appropriateness of the ROI-like measurements evaluating patient-centric initiatives across healthcare as it's rather impossible to measure value quantitatively; for qualitative analysis the term «Return of Relationships» was proposed as alternative [61].

On the other hand, it has become obvious that value of certain health technologies for patients could practically be measured with the related health outcomes, which is the subject of HTA [32, 34, 45]. Leaving behind health outcomes assessed and interpreted by HCPs, we, however, analyse existing methodologies and approaches to getting patient's vision/insight on a health technology value and further its perspective within a healthcare system/health market. We propose more holistic analysis instead of considering only PRO/PCO as a part of health outcomes evaluation: the value of potential technology can be assessed starting from identification of an unmet patient need and early discovery; throughout pre- and clinical development; at the stage of HTA and regulatory approval; routine usage and administration (for example, identification of hidden/undetected by HCP safety signals).

Identifying unmet patient needs

Identifying unmet patient needs is the first, important step towards real understanding on what characteristics potential health technology must have to tailor these needs/meet expectations and therefore provide the desired value.

Usually patients cannot articulate sophisticated points on therapy targets and clinical outcomes, improved mechanism of action or advanced safety requirements, but they can easily provide scientists with information on natural history of their illness and dynamics of symptoms, especially symptoms that are the most bothersome for them, personal goals for daily activities, expectations regarding quality of life receiving treatment, preferences for treatment delivery methods, desired formulations, parameters of medical devices, experience with ongoing treatment(s) including side

effects and how that treatment impacts their daily activities, physical functions, and quality of life [18, 42].

Having that patient-provided information (PPIN) physicians and scientists can «translate» unmet medical needs, symptoms and manifestations to pathways and targets to be focused on throughout the discovery procedures, better understand causality of adverse reactions and heterogeneity of treatment effects across patient population [56, 57]. It is also important for regulators. US FDA has recently started to implement patient-focused drug development initiative – a commitment under the fifth authorization of the Prescription Drug User Fee Act (PDUFA V) that aims to more systematically gather patients' perspectives on their condition. Within the frame of this project the regulator has carried out more than 20 «Voice of the Patient» meetings with the focus on the specific disease areas reflected by patients [57]. The first impression after reviewing reports from those meetings was that patients have unique disease vision usually different from traditional clinical vision. Such approach will help US FDA to inform further decision-making, especially assessing benefit-risk profile, identify any existing treatment challenges and understand how the health technology under review addresses them.

Prior starting any cycle of a technology development biopharmaceutical/medical device industry and academia should ensure they took into consideration the voice of patients and understood unmet medical needs to prevent avoidable misalignment between these needs and development decisions and processes, interim and final results. The «snowball effect» of systemic bias and misalignment throughout a health technology development may have catastrophic consequences from both financial and reputational perspectives. The industry knows some cases of disinvestment, closure of ambitious R&D programmes, termination of licences and technology withdrawal from healthcare markets due to fundamental reason – failure to tailor unmet patient needs [23].

A lot of discussions are currently taking place around the methods for collection PPIN and then crystallising unmet patient needs. Many of well-established methods and tools exist representing both common and special approaches, which depends on the purpose and project specifics, scope and target population, stakeholder's resources and timing. Healthcare stakeholders can explore a lot of them not just for identifying unmet patient needs, but also for getting their insights and input to discovery and clinical development, PRO measurements development and validation, detection of hidden safety-related issues/signals, HTA/regulatory procedures and decision-making. Several stakeholders have expressed a big interest and readiness to invest in digital technologies for collecting PPIN, in particular user-friendly mobile applications and tools [29, 30].

US Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) has summarised several approaches and methods for collecting PPIN including, but not limiting to: individual interviews, collecting comments from the public, conducting surveys, conducting focus groups, hosting open forums, conducting workshops/working groups, advisory boards, crowdsourcing (obtaining input from a large number of individuals) [34, 45]. The similar analysis was conducted by the Medical Device Innovation Consortium (MDIC) in 2015

called «A Framework for Incorporating Information on Patient Preferences Regarding Benefit and Risk into Regulatory Assessments of New Medical Technology» – predominantly focussing on value of patient preferences in medical devices' assessment [33].

Notably, unmet medical needs may be aligned with unmet psychological, social and other patient needs which a health technology may address, therefore stakeholders should consider holistic approach and comprehensiveness collecting PPIN [13, 27, 38, 42].

Discovery and development of a health technology

This area is a most complex covering different stages from early discovery to phase IV interventional and observational trials, where patients can assess value of a technology/combination of technologies under development and provide significant input to this process [23, 41, 56]. Although a lot of healthcare stakeholders have already accepted/supported Patient-focused drug/medicine development – PFMD/PFDD (use as synonyms: patient-driven (PDDD/PDMD), patient-powered drug/medicine development (PPDD/PPMD) doctrines which clearly articulated holistic engagement of patients and community representatives throughout the continuum, in fact such engagement is very inconsistent and sporadic yet [26, 29].

Meanwhile, successful identification of unmet patient needs informs productive discovery. At this stage discoverers can get answers, even preliminary, to the questions like «What value gap exists within this therapeutic area/available treatments?»; «What are the possible options to potentiate/modulate/minimise this effect mentioned by patients?»; «Any new options with unknown mechanisms of action?» etc. Answering these important questions can generate new scientific hypothesis and also open the way to incremental innovation, which, for example, advances medicines by expanding therapeutic classes, increasing the number of available dosing options, discovering new physiological interactions of known medicines, and improving other properties of existing technologies [6, 24, 38]. However, even more significant discoveries – radical (new technologies/groups of technologies) and revolutionary (new therapeutic/preventive models) can be made based on the input from patients.

The authors of the 2013 update of «Priority medicines for Europe and the world» have identified three categories of motivations drive the several stakeholders' efforts to involve patients and citizens in priority setting for pharmaceutical innovation: 1) political and stems from the desire to promote democratic ideals of legitimacy, transparency and accountability; 2) health-related motivations that stem from the need to better align pharmaceutical innovation with the unmet needs of patients, and 3) arguments of transparency and trust [51]. The forth, quite pragmatic category of motivations has been crystallised over the last two-three years – there is an intent to improve productivity/ROI of discovery and clinical development programmes [6, 8].

There are a lot of frameworks proposed by different healthcare stakeholders for patient involvement to Research & Development (R&D) processes: from conceptual to practically implemented at the corporate/private, community or governmental (national healthcare system) level. Albeit

several healthcare stakeholders have been demonstrating their ability to develop and maintain such frameworks, they didn't really demonstrate collaborative approach and good alignment between each other; therefore the efforts made were inconsistent and unfocussed [5, 10]. Patients and their advocates have been observing such situation over the last time taking pro-active position and encouraging better cross-sectoral coordination and partnerships (governmental/public/private) within R&D [41, 59, 62].

Hereinafter we briefly overview the most promising frameworks and cross-sectoral initiatives developed and implemented over the last years.

US FDA Patient-Focussed Drug Development Initiative has been launched under the 5-year implementation of the Prescription Drug User Fee Act (PDUFA) with the key goal to get patient perspective on certain disease areas and related needs in new/improved health technologies based on benefits/risks assessment of current treatment options available [14]. The regulator shares outputs from workshops with patients on public domain to ensure earlier understanding unmet patient needs and better identification of discovery & clinical development directions. Eventually that information is a critical element of FDA's decision-making as it establishes the context in which the regulatory decision is made [57, 63].

UK Research Governance Framework for Health and Social Care with the technical support provided by NICE and NHS has made the main focus on including the perspectives of a wide range of people and groups in research as well as overcoming the main information, methodology, resourcing and other barriers to involving them (INVOLVE Initiative). The framework has addressed the issues on how to involve a diverse range of people in research (special medical conditions, ethnic minorities, age) developing guidance for researchers and other healthcare stakeholders [25].

Clinical Trials Transformation Initiative (CTTI) is a wide-scale public-private partnership with involvement of more than 70 healthcare stakeholders, aimed to transform existing practices within R&D to more efficient and patient-oriented. The separate focus has been made on the collaboration with patient organisations improving quality of clinical trials through advisory activities, sharing best practice examples, joint efforts developing study-related documentation, policy and advocacy activities [5, 6]. In 2015 the CTTI recommendations for all stakeholders (with particular focus on patient groups, academia and industry sponsors) on effective engagement around clinical trials were developed and broadly presented [8]. Additionally, some practical tools for PAGs'/CBOs'/other NGOs' capabilities evaluation were developed to help other healthcare stakeholders with targeted engagement [6, 8]. Some self-explanatory cases come from the area of orphan (rare) diseases, such as Friedreich's ataxia, Wiskott-Aldrich syndrome (WAS) etc., where PAGs play paramount role in driving R&D agenda as well as ensuring appropriate investments/budget allocation for that purpose. CTTI has been providing the great environment for such cross-sectoral collaboration and patient engagement [5].

Patient Focused Medicine Development is a recently presented cross-sectoral initiative aimed to build efficient, well-coordinated, measurable and reliable framework that

involves patients as partners, acting as a catalyst and facilitator to achieve synergies and fill the gaps in the current patient engagement landscape [41]. In 2015–2016 the following two work streams run within the initiative: 1) delivering landscape analysis covering needs, gaps, stakeholder map and recommendations and developing «strawman» proposal for the framework on patient involvement in drug development, and 2) building the operational structure that will deliver the landscape analysis above and the subsequent recommendations for positioning and strategy with guidance from the Advisory Committee.

European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI) is a wide scale partnership which provides scientifically reliable, objective, comprehensive information to patients and the general public on the research and development process of medicines. It increases capacity of patients and the community representatives to be effective advocates and advisors, e.g., in clinical trials, with regulatory authorities and in ethics committees. In January 2016 EUPATI successfully launched a new educational toolbox with the key objectives to improve literacy/awareness on R&D processes and increase patient involvement to clinical development programmes both as experts and participants [12].

Corporate initiatives/projects driven by either biopharmaceutical/medical device companies as R&D sponsors or academic institutions had predominantly been aligned to corporate R&D strategies and business planning processes before the launches of the cross-sectoral initiatives mentioned above, when academia and the industry stakeholders have had an opportunity to join [10, 23, 30]. Although the industry and academia can provide a lot of best practice examples of successful engagement with proven outputs and real benefits for patients, the challenge remains the same: lack of consistency and coordination with other healthcare stakeholders. For example, running some investigator-sponsored studies (ISSs) or collaborative studies the parties (manufacturer/license owner, investigator, third party CRO) don't have the same vision on getting patient advice/insights on clinical protocols or informed consent forms (ICFs), hence, don't rise these points, discuss them and reach an agreement on actions required. Therefore, the expectation is that all involved parties have to be «at the same page» getting patient insights on a technology value and providing input to clinical development programmes [6, 8, 41, 61].

There are a vast majority of topics and formats to be explored getting patient insights, advices or information within discovery and development stages. A lot of really helpful recommendations have been developed over the last years on how to organise/facilitate advisory boards, individual interviews/consultations, focus-groups or run discussions and workshops with patients, caregivers, advocates and representatives of patient organisations [8, 21, 34, 54]. From the governance perspective, it's crucial to comply with the ethical principles of engagement with patients outlined in the industry Codes – IFPMA, EFPIA, ABPI as well as corporate codes, and GCP and National/Federal regulations (for example, the draft of FDA's Guidance on Patient-Focused Drug Development is under review now). Prior any type of engagement healthcare stakeholders should clearly understand the intent, timing, planned outputs, appropriateness of activity/event and agenda. Industry and

other stakeholders must not use the discussion platform on health technology's value for any promotional purposes.

Herein we consolidate the possible agendas and aspects in focus of patient engagement throughout discovery and clinical development continuum which have already been broadly established and based on experience of regulators, academia and the industry. The list isn't exhaustive and can be updated in line with the newest milestones of PFMD programmes:

- «Voice of the Patient»/Patient vision of illness;
- Providing data on unmet patient needs and disease/therapeutic burden;
- Incremental innovation: what does it mean for patients within the dedicated disease area;
- Input regarding interest of research question to patient community;
- Fundraising priorities, investment directions and direct funding for research to identify target molecules;
- Helping define study's population/ensuring better enrolment of female population, ethnic minorities and key affected populations (KAPs)/sub-populations;
- Providing patients/community feedback on study design/concept and protocols;
- Protocol simulation journey;
- Device simulation/testing sessions;
- Natural history database and patient registry support;
- Input on meaningful clinical endpoints/outcomes;
- Developing PRO/PCOs, advisory/insights on their collection and measurement;
- Review of study documentation: informed consent form (ICF) and patient/participant leaflet (PL);
- Working with regulators/HTA bodies on benefit-risk evaluation;
- Assistance in feasibility assessment: selecting and recruiting optimal clinical sites; clinical/laboratory infrastructure support/advocacy;
- Providing patient feedback on study participant experience;
- Serving on Data & Safety Monitoring Board;
- Serving on Ethics Committee members;
- Input for any trial adaptations or modifications;
- Accompanying sponsor to milestone meetings, providing interim feedback on the development programme;
- Providing public testimony at a regulator's advisory committee and other hearings;
- Serving on post-market surveillance initiatives;
- Input on study results and end-points' interpretation;
- Co-presenting results (with sponsors and/or academia);
- Publications/communications on study results (in particular, development of plain language summaries – PLSs);
- Supporting development/optimisation/testing digital tools for patients and study participants to help them with providing feedback within R&D programmes (ePRO, electronic health records – EHRs, e-registries etc.).

The safety-related issues and clinical outcomes must be taken seriously by a study sponsor and regulator at any stage of discovery and clinical development. Despite strict

national regulations based on GCP standards and an investigator's obligation to report any adverse event/reaction within 24 hours upon detection, some safety-related issues may remain hidden and therefore unreported. Alongside HCPs any patient, patient-related individual or community representative has a right to report about an adverse event/reaction happen in a patient using health technology including adverse drug reactions (ADRs), medical device adverse incidents, cases on defective (with inappropriate quality) medicines, counterfeited or faked medicines or medical devices. As an example, the Yellow Card Scheme in the UK managed by MHRA, may be considered [58].

Social listening as an innovative method for getting public insights was recently explored within healthcare for alternative detection of safety related-signals/issues and pharmacovigilance procedures [46, 60]. Although the good technical solutions such as filtering and sorting-out have successfully been implemented, technology owners face some methodological challenges with data robustness, validation and interpretation as well as follow-up difficulties with clarification and making further contacts [44]. Very recent ideas reflect a growing interest to social listening from healthcare stakeholders and encompass broader value-getting purposes, when any information regarding unmet patient needs, care gaps and expectations from R&D and regulators will be appreciated and considered as important, even from anonymous/indefinite community representatives [9, 44]. The expectation is that social listening tools will be filling out some existing gaps (not addressed yet by market research agendas) with understanding health technologies value at post-authorisation/surveillance stage.

Patient-reported and patient-centered outcomes measurement

Up to date PRO and PCO measurement can be considered as an impactful and valuable tool for HTA and decision-making within healthcare. The methodology and practices for PRO/PCO collection and analysis has become more advanced and sophisticated over the last years; they have widely been embedded into different clinical development programmes and research projects within healthcare; regulators and HTA agencies consider PRO/PCO as mandatory part of health outcomes analysis what reflects patients vision of health technology's value and determinates further access- and reimbursement-related decisions [4, 18, 34].

US FDA, UK NICE and other regulators recommend separating PROs from other subsets of PPIN. Overall, PPIN means a range of information that comes directly from patients such as, but not limited to, views, experiences, preferences, needs, opinions, expectations and priorities. PPIN has the subsets listed and defined below:

- Patient-perspective information – information regarding the attitude or the point of view of the patient, including informal comments in correspondence to a regulator or testimony at advisory committee panel meetings or PFMD/PFDD meetings, patient opinions expressed publicly including through social media, patient responses to qualitative *ad hoc* surveys, quantitative measurements and quotations [14, 57].

- Patient preference information – qualitative or quantitative assessments of the relative desirability or

acceptability of attributes that differ among alternatives, e.g., alternative therapeutic strategies. Attributes of a drug or biologic include characteristics such as effectiveness, safety, route of administration, dosing regimens, duration of effect, duration of use, and other product features about which patients express preferences [35].

– Patient-reported outcomes (PROs) – a measurement based on a report that comes directly from the patient (e.g., study participant) about the status of the patient's health condition without amendment or interpretation of the patient's response by a HCP or anyone else. A PRO can be measured by self-report or by interview provided that the interviewer records only the patient's responses [18].

Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) uses the term Patient-Centered Outcomes (PCOs) in relation to the programme of patient-centered outcomes research (PCOR) as a particular approach to comparative effectiveness research (CER). PCORI explores this approach by emphasising research that examines choices and clinical outcomes that are meaningful to patients. This research, which takes into account patients' values and preferences, helps individuals and their caregivers make informed healthcare decisions [34, 45].

Taking the definitions above, PROs and PCOs must be measurable and therefore assessable either qualitatively or quantitatively. The DhpResearch and other health outcomes consultants propose the term of PRO measure, or PROM. PROMs are the tools to gain insight from the perspective of the patient into how aspects of their health and the impact the disease and its treatment are perceived to be having on their lifestyle and subsequently their quality of life (QoL). They are typically the questionnaires in different formats (paper, touch-pad devices, ePRO apps etc.), which can be completed by a patient or individual about themselves, or by others (relatives, caregivers) on their behalf [30, 32, 43].

Questionnaire design is usually developed on visual analogue scale (VAS) or Likert scale methodology. VAS measures a characteristic or attitude that is believed to range across a continuum of values and cannot easily be directly measured (for example, answering to the question «How severe is your pain today?» a patient shall place a mark on horizontal or vertical line from «No pain» to «Very severe, intolerable pain»). Many researchers prefer to use a method of analysis that is based on the rank ordering of scores rather than their exact values, to avoid reading too much into the precise VAS score [7]. The Likert Scale measures attitudes directly, accounting for both the cognitive and affective components of attitudes. It assumes strength/intensity of experience is linear i.e. on a continuum from strongly agree to strongly disagree. Respondents offered a choice of five to seven responses with the neutral point being neither agree nor disagree [28]. Diversity/heterogeneity of patients' answers to open questions requires content-analysis or other qualitative PROMs.

There are at least three groups of ongoing PROM concepts: common, special and public health oriented concepts. Common concepts are applicable to almost all health-related conditions and health technologies; they include health status, health-related quality of life (HRQoL), quality of life (QoL), well-being measures, treatment satisfaction, symptoms and functioning [32]. Those measures

have been widely accepted in clinical practice and used by healthcare stakeholders. Special concepts are applicable to the dedicated illness/group of illnesses and correspondent technologies. For example, for HIV/AIDS area and related health technologies the following PROM have been developed: HIV Impact Score, HAT QoL, HIV symptom Index, AIDS-HAQ, HOPES, ACTG QoL, Medication Attribution Scale (MAS), Living With HIV Scale (LWH) and others [15]. Special PROM concepts are also widely accepted and applicable for clinical practice within the dedicated disease/therapy area. Albeit substantiated and actualised, the third group of public health oriented PROMs is still under development; there is a lack of consistency among experts regarding their validation and practical implementation. Public health oriented PROMs reflect patient's satisfaction with healthcare infrastructure, operations, logistics, HCP qualification and expertise, some aspects of adherence and retention in care, provided technical support and excellence in shared decision-making (SDM) throughout the individual disease and care journey [1, 2, 13, 53].

Patient community, regulators and other healthcare stakeholders strongly encourage R&D sponsors to embed PRO/PCO into design of clinical trials and discuss that with patients as earlier as possible, ideally at the stage of identification of unmet medical needs and initial planning of a clinical development programme [4, 18, 32, 45]. Quite eloquent cases came from oncology where survival-based end-points are routinely used in clinical trials' design. The general trend is that patients live longer with cancer, therefore they must increasingly choose among technologies with varying efficacy-toxicity balances as a treatment usually affects their QoL much more than an illness itself. Patients understandably want to know how their peers felt during and after a treatment; progression-free survival (PFS) or overall survival (OS) outcomes don't address that question [4]. Moreover, payers increasingly seek information about patients' comparative experiences with different products, because patients with worse symptoms or functional status utilise more supportive services [13].

From the practical perspective Meadows (2012) recommends R&D sponsors to develop a clear measurement strategy based on the following steps: 1) Identifying key treatment effects and key outcomes; 2) Select outcomes relevant to the treatment and intervention (e.g. health technology); 3) Develop endpoint model and, finally, 4) Select PROM [32]. Other authors (Basch, 2013) proposed more explanatory algorithm with the following steps upon PRO/PCO identification (with some our adaptation) [4]:

- PROs/PCOs identification.
- Discussion of plans for measuring and analysing PCOs at structured meetings between R&D team and regulatory agency.
- Development or selection of measures to evaluate outcomes using established qualitative and quantitative methods.
- Inclusion of PROs/PCOs alongside other measures in pivotal trials, with protocol-specified plans for statistical analysis as well as minimizing and handling missing data.
- Engagement with community representatives or the target population/KAP.

– Inclusion of PROs/PCOs in drug labels to help patients and HCPs with decision making.

The last point can be considered as a «must be» practice for health technology owners and regulatory/HTA agencies, as in accordance to the analysis of PROs/PCOs inclusion rate in US drug labels only 24% were granted PRO claims throughout the period of 2006–2010; 86% among them were for symptoms [3]. The procedure of compulsory PROs/PCOs inclusion in drug labels hasn't been established yet in a lot of countries, whilst the statistics of voluntary inclusion is absent.

HTA and regulatory procedures, decision-making

Regulation, governance, decision-making processes and final decisions made regarding health technologies' reimbursement/access have been under the permanent public scrutiny. Policy and advocacy efforts of patient organisations have also been endeavouring across those important areas with recognisable results: patients and/or their representatives/advocates have become more empowered parties in HTA and regulatory discussions; they have got more influence on decision-making; a lot of cross-sectoral public/ governmental partnerships have been established around; regulatory and HTA operations have become more transparent and clearer for healthcare stakeholders, first and foremost for patients [4, 14, 21, 35–37, 39, 40, 51].

However, even across EU countries (UK, France, Spain, Italy, Poland and Germany) where HTA and regulatory spheres are well-established, only 19% of respondents self-indicated their knowledge about HTA aspects as good; 15% – as good about pharmacoeconomics and 18% – as good about the regulation; more than 30% of respondents expressed an interest to learn more about pharmacoeconomics and regulation, more than 40% – about HTA; there was a strong correlation between previous experience of medical research and greater interest in the mentioned aspects [62]. Access to health technologies remains the main challenge within emerging healthcare markets; in particular, in the less developed countries (LDCs), hence, the public interest in regulatory and HTA procedures is generated by access-related issues, if HTA system exists. In some countries PAGs and/or CBOs take a role of key drivers of a HTA system development, optimisation of reimbursement procedures and changes within national healthcare legislation and regulatory area.

Although a lot of national HTA and regulatory systems demonstrate their openness and readiness to build mutually beneficial partnerships with patients and community representatives, to work in collaborative way and to utilise patient vision of health technologies' value, there are a limited number of cases/evidence of truly holistic approach, diversified engagement agenda and long partnerships history. The question remains open on how an input from patients does inform a final decision on reimbursement and access within those systems. We haven't found any relevant analyses of correlation between a level of patient engagement or established partnerships and a number of patient-driven/-lobbied HTA/regulatory decisions. The evidence is only supported by the separate case studies. Taking the dynamics of patient-centric initiatives implementation across HTA and regulatory area as well as a

growing interest expressed by PAGs and CBOs, such consolidated analyses can be expected at the nearest future.

We identified two traditional formats of patient engagement explored by majority of national HTA agencies and regulatory bodies: members of an advisory committee/board (sometimes there is a board/panel comprised of patients/community representatives only) and members of a working group [21, 31, 37, 40, 63]. The last format is more typical for development of clinical guidelines and several technical documents. Having no objection to analyse patient engagement within every national HTA system, hereafter we focus on the two biggest and most comprehensive ones in terms of history and diversity of patient engagement approaches: US FDA and UK (predominantly NICE).

US FDA considers patient insights or PPIN as a valuable source for any decision-making during the technology review process; this approach seems the most holistic comparing with other regulators. In 1988 FDA formed an office to work with the patient advocates, focusing mostly on the HIV/AIDS community. In 1990 cancer patient advocates were firstly recruited into the Patient Representative Program and in mid-1990s it expanded to include serious and life-threatening diseases. In 1991 the first patient representative served on the Antiviral Drugs Advisory Committee for HIV. After 2000 patient representatives received privileges as members Advisory Committees within the dedicated disease/health technology areas. FDA's Centre for Drug Evaluation and Research (CDER) has established the Professional Affairs and Stakeholder Engagement (PASE) department with a significant focus on patient engagement programmes [21, 63]:

- Patient Representative Programme (Advisory Committees).
- Patient Network: «FDA For Patients».
- Patient Focused Drug Development (PFDD, please, see above).
- Professional Affairs and Stakeholder Engagement (PASE) – wider multi-stakeholder engagement and cross-sectoral partnerships.
- Patient Perspectives in Benefit-Risk Determinations for Medical Devices.
- Device Patient Preference Initiative.
- Patient Engagement Advisory Committee (PEAC).

Within the frameworks of the Patient Representatives Programme over 200 patients or community representatives took part in 190 Advisory Committees across 300 disease areas/conditions. The format of those meetings allows CDER to bring patient voice to discussions about new and already approved drugs, to get advice on drugs, devices, and biologics considered for approval, to ensure earlier input in medical product development and review, to expand and sustain communication with patients and their community, to educate patients, advocates, and HCPs on medical product regulations and to allow for comment on proposed regulatory/clinical guidelines and prescribing information (PI).

The Patient Network «FDA for Patients» has been created as a «one-stop-shop» of FDA resources aimed to help patients learn more about FDA and interact with the regulator. The resource provides an opportunity to find out about FDA public meetings, submit comments to FDA and comment on proposed regulatory guidelines. With the aim of continuous

service improvement CDER conducts the public workshops to help community representatives and PAGs gain a better understanding of how to effectively engage CDER [21].

UK regulators have traditionally been considering patients as important stakeholders within HTA, regulatory procedures and decision-making. A lot of public/governmental partnerships were established over the long period of NHS evolving with methodology optimisation and improvements.

A significant transformation of patient's role in value assessment has been taking place over the last five years within the framework of VBP (value-based pricing)/VBA (value-based assessment) implementation [20]. In December 2010, UK Department of Health launched a consultation on VBP. With participation of patients and wide community representatives it was suggested a higher cost for each QALY gained could apply for drugs that: tackle a disease for which there was high «burden of illness», demonstrate wider societal benefits such as a patient's ability to return to work or contribute to society (such benefits may vary, for example, with age, gender, disease and quality of life), show greater therapeutic innovation or improvements compared with other technologies. Albeit the feedback to this consultation was largely positive, there were a lot of concerns expressed, in particular, by patient advocates and PAGs: how to determine price, including how to price a drug that can be used to treat different conditions or patient populations (for which its value could be varied); potential discriminatory effects and how unmet needs, innovation and real world evidence could be taken into account [11].

These discussions preceded the next step: in 2014 UK government introduced the concept of VBA with clarification that NICE would conduct the VBA of the technology and the Department of Health would use it as the basis of price negotiations with industry [36]. NICE produced proposals for amending its appraisal methods to take into account such characteristics as burden of illness (BoI) and wider societal impacts (WSI). Even after more than 900 consultations the agreement on the unified VBA methodology wasn't gained due to inputs heterogeneity; however the consultations raised much wider scope of the proposed VBA methodology and allowed to consider more flexible approaches for data/insights collection from patients to inform technologies appraisal:

- on the proposed patient access schemes (PAS);
- on technologies addressed unmet needs within orphan and ultra-orphan diseases;
- on outcomes (including PROs)-based appraisal schemes when limited or no data are available;
- on patient preferences research;
- on early access to medicines and adaptive licensing etc. [20, 35, 37].

Those considerations have also been reflected at the recent reform of the Cancer Drug Fund (CDF) and new ways of working with public [39]. NICE has established the following formats of patient and community engagement through medicines evaluation and appraisal:

- The citizens council;
- Advisory committees and working groups:
 - Accreditation Advisory Committee (AAC);
 - Clinical Guidelines Updates Standing Committee (CGU);
 - Diagnostics Advisory Committee (DAC);

- Highly Specialised Technologies Evaluation Committee (HSTEC);
- Indicator Advisory Committee (IAC);
- Interventional Procedures Advisory Committee (IPAC);
- Medical Technologies Advisory Committee (MTAC);
- Public Health Advisory Committee (PHAC);
- Quality Standards Advisory Committee (QSAC);
- Technology Appraisal Advisory Committee (TAC).
- NICE public board meetings;
- Technology appraisal appeal panel.

The Citizens Council provides NICE with a public perspective on overarching moral and ethical issues that NICE has to take account of when producing guidance. The Council's recommendations and conclusions are incorporated into a document called «Social value judgements» and, where appropriate, into NICE's methodology.

Patients and/or their representatives are serving as advisory committee or working group members with influence and responsibility on decision-making. NICE's advisory committee meetings, technology appraisal appeal hearings, public board meetings and a range of other meetings are also open to the general public and press to observe [37].

In addition to NICE initiatives, Scottish Medicines Consortium (SMC) established unique value assessment practice running Patient and Clinician Engagement (PACE) group. PACE is a new stage to the SMC value assessment process. It can be used to allow a more flexible approach to considering medicines for either end of life treatment or orphan or ultra orphan medicines. The main part of the PACE process is a meeting which brings together patient representatives and HCP experts. The purpose of the PACE meeting is to gather detailed information which will allow a discussion on the benefits of a medicine, including how it can impact the quality of a patient's life. This information may not always be fully captured within the conventional HTA process [40].

In-depth analysis on patient-centric initiatives and value assessment frameworks supported by HTA agencies and national regulators around the world is the subject of further public health research.

CONCLUSIONS

Over the last decade the significant progress has been made by patient organisations (PAGs, CBOs, and other NGOs), biopharmaceutical and medical device industry, academia, regulators and other healthcare stakeholders in actualisation and identification of patients' role in value-based assessment as well as implementation several patient-centric initiatives across discovery, clinical development, HTA and authorisation. A lot of constructive efforts within methodology and governance took place very recently (2014–2016) at the global, regional and national levels; however at this stage it's rather impossible to identify any tangible outcomes which could demonstrate good level of evidence.

We haven't found any relevant systematic reviews, analyses or publications on correlation between level/types of patient engagement or public partnerships established between stakeholders and a number of proved patient-driven-/lobbied

decisions within discovery and clinical development milestones as well as HTA/regulatory procedures. The evidence is only supported by the separate case studies and observations shared by healthcare stakeholders, including patients and community representatives.

Prior initiation of any technology development continuum it's crucial to identify unmet medical needs of patients to prevent avoidable misalignment between these needs and further decisions and processes. We found that this important step is predominantly out of scope and therefore missed at early planning stage.

Several patient engagement frameworks were founded and implemented capturing discovery and clinical development areas. Albeit the healthcare stakeholders have been demonstrating their ability to develop and maintain such frameworks, they didn't really demonstrate collaborative approach, joint focus, consistency and alignment between each other. More efforts needed within cross-sectoral collaboration and communication, sharing best practice examples/cases and implementation of the unified set of essential standards for all stakeholders. Truly innovative engagement agendas and formats aimed to getting more insights on R&D, such as social listening, should be better showcased and utilised.

Academia, sponsors, and regulators have demonstrated a good progress incorporating PROs/PCOs in to study design as end-points and establishing strong methodology pillars. A lot of common and illness-specific PROM concepts were widely accepted. However, taking constantly evolving healthcare environment, more public health oriented PROMs have to be considered and implemented. We found no or very limited practice with incorporating PRO/PCO data to drug labelling/prescribing information.

Although a lot of national HTA and regulatory systems are keen to build mutually beneficial partnerships with patients and community representatives, there are still a limited number of cases/evidence of truly holistic approach, diversified engagement agenda and long partnerships history. We reviewed the most diversified practices presented by the US FDA and UK regulators – NICE and SMC. In-depth analysis will be necessary to compare and identify best practices in this area all around the world.

Overall, we tried to review and consolidate a major part of existing approaches and identify research directions/further collaborative efforts needed to synchronise patient engagement frameworks and ensure better consistency assessing health technologies value with patients.

REFERENCES

1. Горбенко О. Методологія консолідованої оцінки цінності медичних технологій / О. Горбенко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2 (2). – С. 13–20.
2. A Method for Defining Value in Healthcare Using Cancer Care as a Model / T. W. Feely, H. S. Fly, H. Albright [et al.] // *Journal of Healthcare Management*. – 2010. – Vol. 55 (6), November/December. – P. 399–412.
3. A Review of Patient-Reported Outcome Labels in the United States: 2006 to 2010 / A. Gnanasakthy [et al.] // *Value in health*. – 2012. – Vol. 15. – P. 437–442.
4. Basch E. Toward Patient-Centered Drug Development in Oncology / E. Basch // *The New England Journal of Medicine*. – 2013. – Vol. 369 (5). – P. 397–400.
5. Best Practices in Patient Group Interactions // *Strategies in patient-centered clinical research : Materials of Marcus Evans Conference, July 20–21, 2016, Boston, MA* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.marcusevansdocs.com/html/Docshml/EventPage.asp?PostEventID=22899&con=ISDN>. – Title from screen.
6. Clinical Trials Transformation Initiative (CTTI) [Electronic resource]. – Access mode : https://www.ctti-clinicaltrials.org/projects/patient-groups-clinical-trials_ – Title from screen.
7. Crichton N. Principles of statistical analysis in nursing and healthcare research / N. Crichton // *Journal of Clinical Nursing*. – 2001. – Vol. 10. – P. 697–706.
8. CTTI Recommendations: effective engagement with patient groups around clinical trials. [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.ctti-clinicaltrials.org/files/pgctrecs.pdf>. – Title from screen.
9. Detecting signals of detrimental prescribing cascades from social media / T. Hoang [et al.] // *Artif. Intell. Med.* – 2016. – Jul.; Vol. 71. – P. 43–56.
10. Dewulf L. Patient Engagement by Pharma – Why and How? A Framework for Compliant Patient Engagement / L. Dewulf // *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. – 2015. – Vol. 49 (1). – P. 9–16.
11. Eighth Report, National Institute for Health and Clinical Excellence, Health Select Committee, January 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhealth/782/782.pdf>. – Title from screen.
12. EUPATI Toolbox on Medicines R&D [Electronic resource]. – Access mode : www.eupati.eu. – Title from screen.
13. Evaluation of the relationship between individual well-being and future health care utilization and cost / P. L. Harrison, J. E. Pope, C. R. Coberley, E. Y. Rula // *Popul. Health Manag.* – 2012. – Vol. 15. – P. 325–330.
14. Fast Cures, Enhancing Integration of Patient Perspective Data in the Drug Development Process, Proposal for PDUFA VI [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/FasterCures-PDUFA-Comment-Letter-FDA.pdf>. – Title from screen.
15. Gakhar H. Health-related quality of life assessment after antiretroviral therapy: a review of the literature / H. Gakhar, A. Kamali, M. Holodny // *Drugs*. – 2013. – May; Vol. 73 (7). – P. 651–672.

16. Garattini S. Patients and the public deserve big changes in evaluation of drugs / S. Garattini, I. Chalmers // *BMJ*. – 2009. – Vol. 338. – P. 804–806.
17. Getz K. A. Establishing return-on-investment expectations for patient-centric initiatives / K. A. Getz // *Ther. Innov. Regul. Sci.* – 2015. – Vol. 49. – P. 745–749.
18. Guidance for industry, Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.fda.gov/ucm/groups/fdagov-public/@fdagov-drugs-gen/documents/document/ucm193282.pdf>. – Title from screen.
19. Hodgkin P. Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? / P. Hodgkin, J. Taylor // *BMJ*. – 2013. – Vol. 347. – P. f6701.
20. Houses of Parliament. The Parliamentary Office of Science and Technology, POST note #487 January 2015 Value Based Assessment of Drugs [Electronic resource]. – Access mode : www.parliament.uk/post. – Title from screen.
21. How to Navigate CDER Workshop for Advocacy Groups? [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm472604.htm>. – Title from screen.
22. IAPO; Declaration on Patient-Centred Healthcare [Electronic resource]. – Access mode : https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO_declaration_ENG_2016.pdf. – Title from screen.
23. Increasing Patient Involvement in Drug Development / M. M. Lowe, D. A. Blaser, L. Cone [et al.] // *Value in Health* (1) Reprint, 2016.
24. Incremental innovation: adapting to patient needs. – International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA), Position paper February 2013. – 24 p.
25. INVOLVE 2012. Diversity and inclusion: What's it about and why is it important for public involvement in research? [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.invo.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/INVOLVEDiversityandInclusionOct2012.pdf>. – Title from screen.
26. Ives J. PPI, paradoxes and Plato: who's sailing the ship? / J. Ives, S. Damery, S. Redwod // *J. Med. Ethics.* – 2013. – March; Vol. 39 (3). – P. 181–185.
27. Kozma C. M. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research / C. M. Kozma, C. E. Reeder, R. M. Schultz // *Clin. Ther.* – 1993. – Vol. 15 (6). – P. 1121–1132.
28. Likert Scale [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.simplypsychology.org/likert-scale.html>. – Title from screen.
29. Lipset C. Utilizing technology to support patient participation and engagement / C. Lipset // *Strategies in patient-centered clinical research : Materials of Marcus Evans Conference, July 20–21, 2016, Boston, MA* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.marcusevansdocs.com/html/Docshhtml/EventPage.asp?PostEventID=22899&con=ISDN>. – Title from screen.
30. Managing unique challenges of the digital age as patients are becoming more empowered with their health. Discussion outputs // *Strategies in patient-centered clinical research : Materials of Marcus Evans Conference, July 20–21, 2016, Boston, MA* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.marcusevansdocs.com/html/Docshhtml/EventPage.asp?PostEventID=22899&con=ISDN>. – Title from screen.
31. Mann M. K. Partnering with patients to help heal healthcare / M. K. Mann // *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* – 2013. – Vol. 6. – P. 613–614.
32. Meadows K. Things you need to know about patient reported outcome (PRO) measures; 2012 [Electronic resource] / K. Meadows. – Access mode : http://www.dhpresearch.com/uploads/assets/docs/White_Paper_-_5_Things_you_need_to_know_about_patient_reported_outcome_PRO_measures.pdf. – Title from screen.
33. Medical Device Innovation Consortium (MDIC) Patient Centered Benefit-Risk Project Report: A Framework for Incorporating Information on Patient Preferences Regarding Benefit and Risk into Regulatory Assessments of New Medical Technology (MDIC 2015) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.fda.gov/downloads/ScienceResearch/SpecialTopics/RegulatoryScience/UCM486253.pdf>. – Title from screen.
34. Methodology Committee of the Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). Methodological standards and patient-centeredness in comparative effectiveness research: the PCORI perspective // *JAMA*. – 2012. – Vol. 307. – P. 1636–1640.
35. NICE to research patient preferences in HTA [Electronic resource]. – Access mode : http://www.pharmatimes.com/news/nice_to_research_patient_preferences_in_hta_1033029. – Title from screen.
36. NICE, Center for health technology evaluation. Consultation Paper: Value Based Assessment of Health Technologies; Sept. 2014 [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-guidance/NICE-technology-appraisals/VBA-TA-Methods-Guide-for-Consultation.pdf>. – Title from screen.
37. NICE: Meetings in public [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.nice.org.uk/get-involved/meetings-in-public>. – Title from screen.
38. Oliver S. Patient involvement in setting research agendas / S. Oliver // *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. – 2006. – Vol. 18/9. – P. 935–938.
39. Operation of the Cancer Drugs Fund 2014/15, Consultation Report, NHS England, 2014 [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/11/cdf-consult-rep.pdf>. – Title from screen.
40. PACE – Patient and Clinician Engagement [Electronic resource]. – Access mode : https://www.scottishmedicines.org.uk/files/PACE/PACE_factsheet_FINAL.pdf. – Title from screen.

41. Partnering with Patients in the Development and Lifecycle of Medicines: A Call for Action / A. Hoos [et al.] // Therapeutic Innovation & Regulatory Science. – 2015. – P. 1–11.
42. Patient-generated health data, HealthIT.gov website, Consumer eHealth [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/patient-generated-health-data>. – Title from screen.
43. Patterns of reporting health-related quality of life outcomes in randomized clinical trials: implications for clinicians and quality of life researchers / M. Brundage, B. Bass, J. Davidson [et al.] // Qual. Life Res. – 2011. – Vol. 20. – P. 653–664.
44. Patterns of Treatment Switching in Multiple Sclerosis Therapies in US Patients Active on Social Media: Application of Social Media Content Analysis to Health Outcomes Research [Electronic publishing] / V. Risson, D. Saini, I. Bonzani [et al.] // J. Med. Internet. Res. – 2016. – Mar. 17, Vol. 18 (3). – Access mode : <http://www.jmir.org/2016/3/e62>. – Title from screen.
45. PCORI Methodology Report [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.pcori.org/research-results/research-methodology/pcori-methodology-report>. – Title from screen.
46. Pharmacovigilance from social media: mining adverse drug reaction mentions using sequence labelling with word embedding cluster features / A. Nikfarjam [et al.] // J. Am. Med. Inform. Assoc. – 2015. – May; Vol. 22 (3). – P. 671–681.
47. Porter M. E. Redefining healthcare: creating value-based competition on results / M. E. Porter, E. O. Teisberg. – Boston : Harvard Business School Press, 2006. – 25 p.
48. Porter M. E. The big idea: The strategy that will fix health care / M. E. Porter, T. H. Lee // Harvard Business Review. – 2013. – October, Reprint R131OB.
49. Porter M. E. Value-based health care delivery / M. E. Porter // Annals of Surgery. – 2008. – Vol. 248 (4). – P. 503–509.
50. Porter M. E. What is value in health care? / M. E. Porter // New England Journal of Medicine 2010. – Vol. 363. – P. 2477–2481.
51. Priority medicines for Europe and the world – 2013 update / W. Kaplan, V. J. Wirtz [et al.]. – World Health Organization, 2013. – 246 p.
52. Richards T. Time to deliver patient centred care / T. Richards, P. Wicks // BMJ. – 2015. – Vol. 350. –P. h530.
53. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review, Patient Educ. Couns., 2016 [Electronic resource] / A. Rose [et al.]. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>. – Title from screen.
54. Starting and sustaining a patient advisory board. Patient liaison handbook / Guide for clinic staff of recruiting, training and engaging patients to serve as patient advisors on a patient advisory board ; Family Health Center, San-Francisco General Hospital ; UCSF-Family Community Medicine, 2014. – 38 p.
55. Tallon D. Relation between agendas of the research community and the research consumer / D. Tallon, J. Chard, P. Dieppe // Lancet. – 2000. – Vol. 355. – P. 2037–2040.
56. The identification of topics for research that are important to people with ulcerative colitis / M. R. Welfare, J. Colligan, S. Molyneux [et al.] // European Journal of Gastroenterology & Hepatology. – 2006. – Vol. 18. – P. 939–944.
57. The Voice of the Patient: a Series of Reports from FDA's Patient-Focused Drug Development Initiative [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.fda.gov/ForIndustry/UserFees/PrescriptionDrugUserFee/ucm368342.htm>. – Title from screen.
58. The Yellow Card Scheme [Electronic resource]. – Access mode : <https://yellowcard.mhra.gov.uk/the-yellow-card-scheme>. – Title from screen.
59. Thiel G. A Public Health Approach to Innovation : Priority Medicines for Europe and the World / G. Thiel, P. Stolk; Update on 2004 Background Paper 8.5: Patient and Citizen Involvement, June 2013. – 77 p.
60. Utilizing social media data for pharmacovigilance: a review / A. Sarker [et al.] // J. Biomed. Inform. – 2015. – Apr.; Vol. 54. – P. 202–212.
61. Vandebelt K. Bringing the communication gap among the patient, physician, healthcare system and pharmaceutical company: making a clinical research a care option [Electronic resource] / K. Vandebelt // Strategies in patient-centered clinical research : Materials of Marcus Evans Conference, July 20–21, 2016, Boston, MA. – Access mode : <http://www.marcusevansdocs.com/html/Docshhtml/EventPage.asp?PostEventID=22899&con=ISDN>. – Title from screen.
62. What the public knows and wants to know about medicines research and development: a survey of the general public in six European countries / S. Parsons, B. Starling, C. Mullan-Jensen [et al.] // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5. – P. e006420.
63. White J. (US FDA, CDER) Evolving Patient Engagement Strategy to Broaden Impacts and Opportunities [Electronic resource] / J. White // Strategies in patient-centered clinical research : Materials of Marcus Evans Conference, July 20–21, 2016, Boston, MA. – Access mode : <http://www.marcusevansdocs.com/html/Docshhtml/EventPage.asp?PostEventID=22899&con=ISDN>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.07.2016 р.

Роль пацієнтів і представників громадськості в ціннісній оцінці медичних технологій та прийнятті відповідних рішень у системі охорони здоров'я

О.В. Горбенко

ViiV Healthcare, м. Лондон, Велика Британія

Мета – провести комплексний аналіз існуючих підходів до оцінки цінності медичних технологій пацієнтами та представниками громадськості, а також їх ролі у прийнятті відповідних рішень у системі охорони здоров'я.

Методи: бібліосемантичний (огляд 63 джерел, серед яких 35 – літературні джерела, 28 – Інтернет-ресурси) та експертних оцінок.

Результати. Для проведення аналізу визначено чотири основні сфери: нагальні потреби пацієнтів; винахід та розробка медичних технологій, клінічні дослідження; результати, повідомлені пацієнтами; оцінка медичних технологій; прийняття регуляторних рішень. Проаналізовано та узагальнено існуючі програми, накопичений досвід та підходи до залучення пацієнтів у зазначених сферах.

Висновки. За останні 10 років пацієнтські організації та інші сторони охорони здоров'я досягли значного прогресу в актуалізації та визначенні ролі пацієнтів в оцінці цінності медичних технологій, а також у впровадженні різних пацієнт-орієнтованих ініціатив у сферах винаходу, розробки, клінічних досліджень, результатів, повідомлених пацієнтами, оцінки медичних технологій та реєстрації. Багато конструктивних зусиль у царині методології та організації зазначених процесів мали місце в останні роки (2014–2016), але наразі фактично неможливо ідентифікувати конкретні результати, які б мали належний доказовий рівень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пацієнти, представники громадськості, залучення пацієнтів, цінність, пацієнт-орієнтована охорона здоров'я, ціннісна оцінка медичних технологій.

Роль пациентов и представителей общественности в ценностной оценке медицинских технологий и принятии соответствующих решений в системе здравоохранения

А.В. Горбенко

ViiV Healthcare, г. Лондон, Великобритания

Цель – провести комплексный анализ существующих подходов к оценке ценности медицинских технологий пациентами и представителями широкой общественности, а также их роли в принятии соответствующих решений в системе здравоохранения.

Методы: библиосемантический (обзор 63 источников, среди которых 35 – литературные источники, 28 – Интернет-ресурсы) и экспертных оценок.

Результаты. Для проведения анализа определены четыре основные сферы: актуальные потребности пациентов; открытие и разработка медицинских технологий, клинические исследования; результаты, сообщенные пациентами; оценка медицинских технологий и принятие регуляторных решений. Проанализированы и обобщены существующие программы, накопленный опыт и подходы к вовлечению пациентов в указанные сферы.

Выводы. За последние 10 лет пациентские организации и другие стороны здравоохранения достигли значительного прогресса в актуализации и определении роли пациентов в оценке ценности медицинских технологий, а также во внедрении различных пациент-ориентированных инициатив в сферах открытия, разработки, клинических исследований, результатов, сообщенных пациентами, оценки медицинских технологий и регистрации. Много конструктивных усилий в аспектах методологии и организации указанных процессов имели место в последние годы (2014–2016), но сейчас фактически невозможно идентифицировать конкретные результаты, которые бы имели достаточный уровень доказательности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пациенты, представители общественности, вовлечение пациентов, ценность, пациент-ориентированное здравоохранение, ценностная оценка медицинских технологий.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Горбенко Олександр Віталійович – к.мед.н, ViiV Healthcare; TW8 9GS, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, UK.

М.В. Шевченко

ОБ'ЄДНАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ І ЗАКУПІВЛЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета – показати сучасні тенденції таких функцій фінансування охорони здоров'я, як об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель, з точки зору міжнародного досвіду та українських реалій.

Методи: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, порівняльного аналізу.

Результати. Представлено дані зарубіжного досвіду відносно зміни таких функцій системи фінансування охорони здоров'я, як об'єднання і перехід до стратегічних закупівель. Надано характеристику цих функцій для системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Висновки. Системі фінансування охорони здоров'я України притаманні значна фрагментація і роздробленість фінансових потоків за рахунок численних адміністраторів бюджетних коштів, що порушує принцип справедливості у наданні медичної допомоги населенню. Розроблені національними і міжнародними експертами законодавчі ініціативи та концептуальні підходи до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачають створення системи єдиного платника і розмежування функцій між замовником і постачальниками медичної допомоги, запровадження договірних відносин між ними (стратегічні закупівлі) та нових методів оплати, що орієнтовані на результат.

Ключові слова: об'єднання (пуліне), закупівля, способи оплати постачальників.

ВСТУП

За визнанням міжнародних експертів, діяльність систем фінансування охорони здоров'я спрямована на зниження фінансових ризиків для населення і забезпечення фінансової стійкості систем охорони здоров'я (Council of the European Union, 2006; Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2011; ВООЗ, 2010, 2016).

Слід зазначити, що у підходах до політики фінансування в охороні здоров'я Європейського регіону ВООЗ фінансування відіграє значну роль у зміцненні систем охорони здоров'я в світі (резолюція 64 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, Берлін, 2010). Ефективні системи охорони здоров'я, які надають всебічні медико-санітарні послуги, у т.ч. профілактичні, мають виняткове значення для охорони здоров'я, економічного розвитку та добробуту, і ці системи необхідно будувати на засадах справедливого і сталого фінансування (Талліннська хартія ВООЗ «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», 2008).

На думку окремих експертів, проведення оцінки ситуації у системі фінансування охорони здоров'я в розрізі окремих її функцій досить актуальне [35, 39], у тому числі для визначення подальших напрямків її реформування.

Мета роботи – показати сучасні тенденції таких функцій фінансування охорони здоров'я, як об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель, з точки зору міжнародного досвіду та українських реалій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчався досвід зарубіжних країн щодо зміни таких функцій системи фінансування охорони здоров'я, як об'єднання і перехід до стратегічних закупівель. Проаналізовано фінансування охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі. У дослідженні використано бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, метод порівняльного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Об'єднання фінансових ресурсів відіграє важливу роль у забезпеченні доступу до медичної допомоги [14, 16, 35, 47, 48, 50], адже консолідація отриманих фінансових ресурсів дозволяє використовувати внески здорових для покриття витрат на медичну допомогу тим, хто її потребує. Об'єднання фінансових ресурсів в «пулі» являє собою акумулювання та управління фінансовими ресурсами для забезпечення гарантій у тому, що фінансовий ризик, який виникає у результаті необхідності сплати за медичне обслуговування, поширюється на всіх його членів, а не тільки на тих, хто захворів. Об'єднання коштів забезпечує розподіл фінансових ризиків, які пов'язані з необхідністю споживання медичної допомоги. Більшість систем фінансування охорони здоров'я включають елементи об'єднання коштів, які поєднують попередню оплату та прямі платежі населення (співучасть у витратах). В ідеалі кошти обов'язкової передоплати повинні бути об'єднаними в один пул, а не зберігатися в різних фондах, оскільки зменшення фрагментації дозволяє підвищити фінансову стійкість системи охорони здоров'я.

Останні дослідження, проведені у більшості країн ЄС і світу, показали, що чим потужніший фонд коштів, тим легше забезпечити рівність доступу до медичної допомоги та ефективність управління.

У більшості країн ЄС усі державні кошти об'єднуються на національному рівні – в одному фонді, за винятком країн, у яких система охорони здоров'я фінансується за рахунок місцевих податків, та тих, де окремі страхові фонди самі збирають внески на соціальне страхування. При цьому існують механізми перерозподілу коштів, коли кошти перерозподіляються між «бідними» та «багатими» регіонами (різниця в базі оподаткування) або між страховими фондами, які обслуговують бідніших громадян або осіб із найвищим ризиком захворіти [48, С. 19].

Досвід зарубіжних країн показує, що незначні за обсягом «пули», які покривають медичні потреби невеликої чисельності населення/споживачів послуг, є нежиттєздатними на довгострокову перспективу. І навпаки – численні «пули», які мають свою адміністрацію та інформаційну систему, також неефективні і роблять соціальну справедливість малодоступною [47, С. 16].

У доповіді ВООЗ (2010) заявлено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [47, С. 15]. Також наголошується, що найбільш ефективні системи охорони здоров'я уникають фрагментації при об'єднанні коштів, а також при формуванні фінансових потоків та розподілі ресурсів [47, С. 77].

Позитивні приклади об'єднання фінансових ресурсів у «пули» наведено у публікаціях, які стосуються таких країн, як Чілі [42], Колумбія [15], Куба [22, 53], Бразилія [19], Киргизстан [36], Республіка Молдова [33] та ін. [12, 13, 26, 34, 41]. При цьому окремі дослідники наголошують (G. Carrin, I. Mathauer, K. Xu, 2008; David B. Evans, C. Etienne, 2010) [21, 49], що реформи в напрямку забезпечення населенню універсального доступу до медичної допомоги були поступовими, і в більшості європейських країн цей перехід відбувався десятиріччя (навіть понад 50 років); у таких країнах, як Коста-Ріка, Республіка Корея, Таїланд, реформи здійснювалися упродовж 20–30 років.

Окремі дослідники засвідчують, що універсальний доступ може бути забезпечений завдяки оптимальному поєднанню всіх функцій системи фінансування, особливо важливим є питання ефективного використання коштів [25, 37, 47], що здійснюється через функцію фінансування – закупівлю. За визначенням, наданим у Доповіді ВООЗ [47], закупівля – це процес оплати медичного обслуговування, який може здійснюватися шляхом трьох основних способів оплати:

– перший – держава виділяє бюджетні кошти, іноді страхові внески, безпосередньо постачальникам

медичних послуг (інтеграція закупівель та забезпечення послуг);

– другий – інституціональне закупівельне окреме агентство, наприклад фонд медичного страхування чи уповноважений державний орган, що забезпечує придбання медичних послуг/допомоги від імені населення, тобто розмежування функцій покупця та постачальників;

– третій – населення самостійно сплачує постачальникам за надані послуги [39, 47].

Розподіл ресурсів та існуючі процедури закупівель мають важливі наслідки для формування вартості послуг, їх доступності, якості і задоволеності споживачів [29, 37].

На основі способу оплати приймаються рішення стосовно того, які послуги необхідно фінансувати, наприклад заходи з профілактики, і яким чином, адже існує велика кількість різних способів фінансування, починаючи від централізованого фінансування надання послуг у закладах, що перебувають у державній власності, до прямих платежів окремими особами або організаціями за послуги державних і приватних постачальників.

Аналіз наукових публікацій, досліджень експертів ВООЗ та Світового Банку показав, що більшість країн, які стикнулися з проблемами у фінансовому забезпеченні надання медичних послуг, пройшли через ряд реформ, які стосувалися оптимізації або кардинальної зміни функції системи фінансування – закупівлі медичних послуг.

Центральне місце в цих реформах займало розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг, запровадження принципів «гроші ходять за пацієнтом», на відміну від історичного формування бюджетів постачальника, а також використання способів оплати, заснованих на стимулюванні. Багато з цих систем, що включають стимули, засновувалися на подушній оплаті і керованій медичній допомозі, оплаті послуг лікарень залежно від кількості пролікованих випадків для забезпечення більш справедливого розподілу фінансових ризиків між замовником і постачальником медичних послуг.

Визначення способу оплати медичних послуг може бути розширеним, за умови урахування всіх допоміжних дій, а саме укладання контрактів, визначення механізмів звітності, які супроводжують оплату, і систем управління інформацією. Тому способи оплати постачальників означають набагато більше, ніж просто надання фінансових ресурсів для покриття витрат на медичні послуги. Разом з тим спосіб оплати медичних послуг може бути визначений і більш вузько як механізм передачі фінансових ресурсів від замовника послуг охорони здоров'я до постачальників.

Якщо коротко охарактеризувати способи оплати, то слід зазначити, що для первинної медичної та амбулаторно-поліклінічної допомоги переважно використовують три основні способи: постатейний бюджет; оплату за послуги (на основі чи без урахування позицій тарифікатора медичних послуг); подушну оплату. Також надання послуг на первинному рівні можна сплачувати як за пролікований випадок або епізод, але ці способи оплати використовуються не так часто, тому що їх застосування порушує виконання фундаментальних завдань і функцій цієї ланки – орієнтацію на зміцнення здоров'я та профілактику захворювань.

В оплаті лікарняних послуг застосовується п'ять основних способів. Це постатейний бюджет і плата за послугу, оплата за день перебування на лікуванні (оплата за ліжко-день), пролікований випадок і глобальний бюджет. Кожен із них має свої особливості, стимули до покращення якості та ефективності послуг, а також недоліки [6, 45].

В Україні упродовж останніх 15 років проведені окремі дослідження щодо впровадження нових способів фінансування шляхом визначення оптимальних і дієвих організаційно-правових форм діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема запровадження їх автономізації та зміни їх господарського статусу [2, 5, 8–10]. Так, В.М. Рудий наголошує у своєму дослідженні, що в системах охорони здоров'я фактично всіх високорозвинених країн дедалі активніше застосовуються моделі регулювання, що ґрунтуються на стратегіях автономізації закладів охорони здоров'я, пов'язаних із формуванням так званих планових регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації та обов'язкового саморегулювання, які доповнюються основними елементами акредитації, ліцензування та міжгалузевого співробітництва. Такий підхід на сьогодні вважається найбільш прогресивним і саме на нього орієнтовано сучасні реформи систем охорони здоров'я абсолютної більшості країн, принаймні європейських [10]. Однак фактичні дані, отримані при аналізі ефективності структурних перетворень у різних країнах Європи, свідчать, що надання автономії без попередньої структурної реорганізації може призвести до сповільнення темпів структурних перетворень, оскільки надає адміністрації певні можливості протидіяти реорганізації навіть неефективного закладу, в т.ч. за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів [40]. Окремі дослідники наголошують на наявності суттєвих ризиків автономізації медичних закладів, оскільки високою є вірогідність того, що самостійність постачальників може призвести ще до більшої комерціалізації їх діяльності, масового вивільнення персоналу, що може призвести до погіршення умов їх роботи [11].

Способи оплати медичних послуг пов'язані й з підвищенням ефективності використання фінансових ресурсів. На сьогодні це є досить актуальною проблемою в світі, що підтверджено даними низки наукових досліджень. Так, дослідження науковців Pricewaterhouse Coopers' Health Research Institute (HRI, США) показали, що неефективні витрати в системі охорони здоров'я цієї країни становили від 1,2 до 2,2 трлн дол. США. Це понад половина всіх щорічних витрат на охорону здоров'я. Доведено, що неефективні витрати пов'язані з трьома ключовими проблемами, або, за текстом оригіналу, «сміттєвими кошиками»: поведінковими (Behavioral), які можна вирішити шляхом більш широкого використання профілактичних заходів, зміни способу життя, наприклад у випадку ожиріння; клінічними (Clinical), які долаються через усунення використання надмірних, зайвих діагностичних чи лікувальних тестів та процедур, використання більш ранніх втручань, недопущення помилок медичного персоналу – все це призводить до погіршення якості життя для пацієнта, а також потребує додаткових витрат для виправлення помилок та їх усунення; операційними (Operational), які пов'язані з

надмірними витратами на адміністрування та інші бізнес-процеси, які не мають прямого відношення до надання медичних послуг [46].

За даними іншого дослідження, проведеного компанією Thomson Reuters (США), щорічні втрати оцінено на рівні 700 млрд дол. США (діапазон коливань від 600 до 850 млрд дол. США) [43]. Основними компонентами, за рахунок яких втрачалися кошти, були наступні (їх шість):

а) адміністративна неефективність системи – \$ 25–50;

б) неефективність постачальників медичних послуг і медичні помилки – \$ 75–100;

в) відсутність координації між службами/постачальниками при лікуванні – \$ 25–50;

г) необґрунтоване використання тестів, процедур, медичних втручань (наприклад, призначення діагностичних тестів, які не мають впливу на призначення курсу лікування; неправильне використання антибіотиків для лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій); призначення високоартісних діагностичних процедур пацієнтам за відсутності показань; хірургічні втручання за наявності альтернативного лікування; призначення брендированих препаратів без розгляду альтернативних показань для генериків тощо) – \$ 250–325 [27, 32];

ґ) недостатність профілактики захворювань – \$ 25–50 [52];

д) шахрайство та зловживання – \$ 125–175.

У дослідженні експертів McKinsey Global Institute (США) зазначається, що в США порівняно з країнами – членами організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) витрачають на охорону здоров'я на 650 млрд дол. США більше [23, С. 39], і ці затрати пов'язані з наданням медичної допомоги у лікарнях, лікарськими засобами та витратами на адміністрування. При цьому 25% компаній-партнерів McKinsey Global Institute зі списку Fortune 500® змогли скоротити неефективні витрати за рахунок використання технологій, заходів впливу на фактори ризику та запровадження здорового способу життя (11 млн дол. США). Потенційна економія від зниження витрат на лікарські засоби становила 3 млн дол. США, ще 5 млн дол. США було заощаджено шляхом використання ефективного управління [54]. Аналогічні дані наводяться й іншими авторами, зокрема David K. Nace, M.D. Jeff Gartland, 2011 [20, С. 3].

Експерти Європейської мережі по боротьбі з шахрайством та корупцією в сфері охорони здоров'я (The European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN)) наголошують, що країни ЄС витрачають понад один трлн євро/рік на забезпечення медичного обслуговування своїх громадян. У звіті EHFCN The financial cost of Healthcare fraud відзначається, що 56 млрд євро з бюджетів охорони здоров'я європейських країн втрачаються щорічно внаслідок помилок та корупції, а загальні втрати в глобальному масштабі становлять близько 180 млрд євро [28].

У цілому основними причинами неефективного використання фінансових ресурсів охорони здоров'я є незадовільне функціонування системи охорони здоров'я, ірраціональне використання наявних ресурсів, передусім лікарських засобів, нецільове використання і низький

рівень управління людськими та технічними ресурсами, фрагментарність фінансування та адміністрування, роздробленість фінансових пулів, використання пасивних закупівель замовником медичних послуг/допомоги. Згідно з консервативними оцінками, 20–40% усіх витрат на систему охорони здоров'я витрачається неефективно і не впливає на стан здоров'я населення, а тим більше не покращує його [17, 18, 24, 30, 31, 38, 44, 51].

Якщо характеризувати функцію об'єднання фінансових ресурсів в українській системі охорони здоров'я, то фінансування є фрагментарним і децентралізованим. При цьому слід зазначити, що попри зміни в бюджетному законодавстві щодо об'єднання фінансових ресурсів для потреб охорони здоров'я, фрагментація фінансових потоків залишається значною через існування відомчих («паралельних») систем охорони здоров'я. Так, кошти державного бюджету на охорону здоров'я розподіляються між медичними службами окремих міністерств і відомств, які виступають головними розпорядниками бюджетних коштів (наприклад НАМНУ (12,8% у 2014 р.), Міністерство інфраструктури (8%), Міністерство оборони (6,8%), Міністерство внутрішніх справ (3,8%)). Інші фінансові посередники з числа органів державного управління (Міністерство соціальної політики, СБУ, Державне управління справами) контролювали 6,0% коштів Державного бюджету, спрямованих на охорону здоров'я [7, С. 10–11].

Посилює роздрібненість фінансових ресурсів і діючий механізм визначення розмірів медичної субвенції, остільки розрахункові обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я продовжують визначати, виходячи з чисельності населення, що проживає на відповідних територіях, з вирахуванням кількості споживачів, які отримують медичну допомогу у відомчих закладах охорони здоров'я. При цьому більшість відомчих систем охорони здоров'я не надають повного спектра медичних послуг прикріпленому населенню, яке паралельно отримує їх у комунальних закладах за місцем проживання. Таким чином, фінансові потоки, призначені для фінансування відомчих та регіональних систем охорони здоров'я, частково перетинаються. Громадяни, які користуються послугами як відомчих, так і комунальних закладів, «відтягують» на себе частину коштів, призначених для фінансування медичної допомоги іншим жителям цих територій. Як правило, взаємодія між відомчими і регіональними системами охорони здоров'я стикається з численними бюрократичними перепонами та різною спрямованістю інтересів суб'єктів їх фінансування. Усе це призводить до нерационального використання сукупного ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я в цілому.

Слід зазначити, що жорсткі правила розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів, які визначені чинним законодавством, призвели до дезінтеграції регіональних систем медичного обслуговування, що при одночасному збереженні умов для існування на одній території паралельних медичних структур перетворює на декларовану формальність норму на право вибору пацієнтом лікаря та закладу охорони здоров'я, яка зафіксована в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

Тому при переході до активних закупівель на основі договірних відносин між фінансуючою стороною (замовником) і постачальником послуг (заклад охорони здоров'я) необхідно визначити оптимальний рівень об'єднання фінансових ресурсів.

Відносно способів оплати надання медичної допомоги, то вони склалися ще в радянський період і дотепер діють в Україні. За основними параметрами вони носять проспективний характер і здійснюються за методом пасивних закупівель. Фінансування закладів охорони здоров'я фактично ґрунтується на обсягах попереднього бюджетного періоду з незначними коливаннями, що пов'язані з рівнем інфляції, ростом цін на енергоносії та комунальні послуги, зміною інших соціально-економічних індикаторів, зокрема мінімальної заробітної плати.

Також переважна більшість державних і комунальних закладів охорони здоров'я в Україні мають статус бюджетних установ, які, згідно з положеннями бюджетного законодавства, утримуються за рахунок державного чи місцевих бюджетів відповідно. При цьому обсяг фінансування постачальників не пов'язаний з інтенсивністю і складністю виконуваних робіт. Спрямування видатків на охорону здоров'я здійснюється за допомогою бюджетного фінансування, яке, з одного боку, розглядається як форма бюджетного механізму, що забезпечує фінансування всіх заходів, пов'язаних із виконанням відповідних функцій, а з іншого – як фінансове забезпечення суб'єктів бюджетних відносин для формування можливостей для функціонування і розвитку закладів. Порядком планування і використання бюджетних коштів заснований на нормативному підході (нормативи штатної чисельності персоналу, розмірів оплати праці, витрат на медикаменти, харчування хворих тощо). Більшість нормативів, в свою чергу, прив'язані до характеристик потужності (кількості ліжок у лікарнях і відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах).

Бюджетні кошти виділяються за методом постатейного кошторису доходів і витрат. Кошторис бюджетної установи включає обсяги доходів і видатків загального фонду (власне бюджетних коштів, що спрямовуються в заклади охорони здоров'я розпорядником бюджетних коштів – фінансуючою стороною) та спеціального фонду (доходів від надання платних послуг, договорів з фізичними та юридичними особами тощо), інших зборів і платежів, які прирівнюються до бюджетних видатків. Кошти спеціального фонду плануються за визначеною метою на погашення заборгованості установи та проведення заходів, пов'язаних із виконанням основних функцій, які не забезпечені (не повністю забезпечені) видатками загального фонду. Передача коштів між загальним та спеціальним фондами обмежена і дозволяється лише за умови внесення змін до закону про Державний бюджет або рішення відповідної місцевої ради.

Кошторис бюджетних установ формується і здійснюється відповідно до повної економічної класифікації видатків (за кодами економічної класифікації видатків – КЕКВ), яка згідно з чинним законодавством призначена для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які

здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування, а також для детального розподілу коштів за їх предметними ознаками.

Існуюча система виділення коштів за кошторисом витрат для бюджетних установ має ряд серйозних недоліків. По-перше, виділення коштів не пов'язане із результатами роботи закладів; по-друге, відсутні стимули до більш раціонального використання ресурсів; по-третє, відтворюється витратний тип господарювання, у зв'язку з чим навіть значне збільшення обсягів виділених бюджетних коштів не гарантує підвищення повноти та якості виконання державою своїх соціальних зобов'язань. Крім того, керівники закладів охорони здоров'я практично позбавлені свободи перерозподілу витрат на різні потреби закладу з урахуванням ситуативних змін.

З метою запровадження оптимальної системи фінансування охорони здоров'я в Україні на сьогодні розроблено декілька стратегій докорінних змін цієї системи. Зокрема положення проекту Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні [3] містить низку принципових новел, які стосуються кардинальних змін усіх функцій системи фінансування, у т.ч. об'єднання фінансових ресурсів і запровадження стратегічних закупівель. Наприклад, для забезпечення реалізації державної політики в сфері вибору постачальників і відшкодування витрат за видами медичної допомоги на основі укладених договорів про медичне обслуговування населення, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги, запропоновано створити спеціалізовану закупівельну агенцію, яка буде головним розпорядником за бюджетними призначеннями, визначеними законом про Державний бюджет України. Пропонується законодавчо затвердити умови, форми та розміри співоплати надання медичної допомоги населенням, запровадити нові ефективні способи оплати медичної допомоги.

У Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, яка підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я

при МОЗ України у лютому 2016 року, пропонуються аналогічні новації. Зокрема це стосується створення Єдиного національного замовника медичних послуг – Національної агенції з фінансування охорони здоров'я (НФА), а також запровадження нових механізмів оплати медичних послуг [4]. Таким чином, можна говорити про створення передумов для реалізації змін системи фінансування, напрацьовані пропозиції, у т.ч. і законодавчі, щодо їх запровадження.

ВИСНОВКИ

1. Системі фінансування охорони здоров'я України притаманна значна фрагментація і роздробленість фінансових потоків за рахунок численних адміністраторів бюджетних коштів, що порушує принцип справедливості у наданні медичної допомоги населенню.

2. Ключовими компонентами реформ системи фінансування за надійними доказовими даними є комплексні зміни функцій фінансування, передусім об'єднання бюджетних ресурсів, перехід до стратегічних закупівель шляхом розмежування функцій замовника та постачальника послуг і запровадження системи єдиного платника (спеціалізованої агенції), запровадження закупівель на основі договорів про медичне обслуговування населення.

3. Розроблені національними і міжнародними експертами законодавчі ініціативи та концептуальні підходи до реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні передбачають створення системи єдиного платника і розмежування функцій між замовником і постачальниками медичної допомоги, запровадження договірних відносин між ними (стратегічні закупівлі) та нових методів оплати, що орієнтовані на результат.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою і науковим супроводом реформи основних функцій системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. 10 фактов о финансировании здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/features/factfiles/health_financing/photos/ru/index9.html. – Заглавие с экрана.
2. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги – один із шляхів підвищення ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я / В. М. Лехан, Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий [та ін.] // Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів : сучасний стан проблеми в Україні: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 15–16 жовт. 2009 р. – Київ, 2009. – С. 41–42.
3. Закон про організацію медичного обслуговування населення в Україні : проект від 15.04.2016 №4456 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=57374
4. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України (підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України, лютий 2016) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.
5. Літвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу / А. І. Літвак. – Одеса : ОРДІУ НАДУ, 2005. – 142 с.
6. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.
7. Національні рахунки України у 2014 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2016. – С. 10–11.

8. Полікова Л. В. Медики Близнюківщини забезпечили стовідсоткове обслуговування населення сімейними лікарями – одні з найперших в області: виступ на розширеній колегії Національної Ради з питань охорони здоров'я від 30.03.09 р. [Електронний ресурс] / Л. В. Полікова. – Режим доступу : <http://www.simmed.com.ua>. – Назва з екрану.
9. Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної допомоги в законодавстві України: сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення : звіт проекту TACIS «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/expert_letters/4_VR_PHC&SHC%20Split_150209_final.pdf. – Заголовок з екрану.
10. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / В. М. Рудий. – Київ, 2006. – 20 с.
11. Шейман И. М. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса / И. М. Шейман, С. В. Шишкин; внештатные эксперты ВОЗ. – Киев, 2009. – 15 с.
12. Arfa C. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition : Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing / C. Arfa, H. Achouri; P. Gottret, G. J. Schieber, H. R. Waters, eds. – Washington, DC: The World Bank, 2008. – P. 385–437.
13. Axelson H. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam / H. Axelson // International Journal for Equity in Health. – 2009. – № 8. – P. 20.
14. Bach P. Cost sharing for health care – whose skin? Which game? New England / P. Bach // Journal of Medicine. – 2008. – № 358. – P. 411–413.
15. Baeza C. Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America / C. Baeza, T. Packard. – Washington DC : TheWorld Bank, 2006. – 172 p.
16. Braithwaite R. Linking cost sharing to value: an unrivaled yet un realized public health opportunity / R. Braithwaite, A. B. Rosen // Annals of Internal Medicine. – 2007. – №146 (8). – P. 602–605.
17. Cameron A. Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents: World health report 2010 backgroundpaper, № 35 [Electronic resource] / A. Cameron. – Access mode : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
18. Chisholm D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report 2010 backgroundpaper, № 28 [Electronic resource] / D. Chisholm, D. B. Evans. – Access mode : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
19. Damrongplisit K. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about / K. Damrongplisit, G. A. Melnick. – Millwood : HealthAff, 2009. – 28 p.
20. David K. Nace. Gartland Providing Accountability. Accountable Care Concepts for Providers / David K. Nace, M. D. Jeff. – McKesson and/or its affiliates, 2011. – 13 p.
21. Evans David B. Health systems financing and the path to universal coverage / David B. Evans, Carissa Etienne // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – №88. – P. 402–402.
22. Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine / Lee T. Dresang, Laurie Brebick, Danielle Murray [et al.] // Journal of the American Board of Family Medicine. – 2005. – № 18 (4). – P. 297–303.
23. Farrel D. Accounting for the Cost of U.S. Healthcare: A New Look at Why Americans Pay More / D. Farrel, E. Jensen, B. Kocher ; Mckinsey Global Institute. – 2008. – 121 p.
24. Ferreira F. H. G. Social Protection in Latin America: achievements and limitation [Electronic resource] / F. H. G. Ferreira, D. Robalino ; The World Bank, Latin Americaand the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit (PolicyResearch Working Paper WPS5305. – Washington, DC, 2010. – Access mode : http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf. – Title from screen.
25. Figueras J. Purchasing to improve health systems performance: Case studies in European countries / J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski. – Copenhagen : World Health Organization, 2006. – 299 p.
26. Franco L. M. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study / L. M. Franco // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – № 86. – P. 830–838.
27. Fu A. Z. Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the U.S. community-dwelling elderly / A. Z. Fu, J. Z. Jiang, J. H. Reeves // Med Care. – 2007. – № 45(5). – P. 472–476.
28. Gee Jim The financial cost of healthcare fraud / Jim Gee, Mark Button, Graham Brooks. – European Healthcare Fraud and Corruption Network. – MacIntyre Hudson, 2012. – 16 p.
29. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity [Electronic resource] / M. J. Roberts, W. Hsaio, P. Berman, M. Reich. – New York : Oxford University Press, 2004. – Access mode : <http://www.hsph.harvard.edu/health.../publications/>. – Title from screen.
30. Health spending growth at a historic low in 2008 / M. Hartman, A. Martin, O. Nuccio, A. Catlin ; the National Health Expenditure Accounts Team // Health Affairs. – 2010. – № 29. – P. 147–155.

31. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery / B. Hollingsworth // Health Economics. – 2008. – № 17. – P. 1107–1128.
32. Impact of Clinical Guidelines to Improve Appropriateness of Laboratory Tests and Chest Radiographs / G. Prat, M. Lefevre, E. Nowak [et al.] // Intensive Care Medicine. – 2009. – № 35 (6). – P. 1047–1053.
33. Jowett M. Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova / M. Jowett, S. Shishkin. – Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2010. – 53 с.
34. Jowett M. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector / M. Jowett, W. C. Hsiao ; W. Hsiao, P. R. Shaw, eds. Social health insurance for developing nations. – Washington DC: The World Bank, 2007. – P. 81–104.
35. Kutzin J. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage / J. Kutzin // In World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, Richard M. Scheffler, ed. / J. Kutzin, W. Yip, C. Cashin // Economics of Health and Health Systems, 2016. – Vol. 1. – P. 43.
36. Kutzin J. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan / J. Kutzin // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. – № 87. – P. 549–554.
37. Langenbrunner J. C. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How To Manuals / J. C. Langenbrunner, C. Cashin, Sh. O'Dougherty. – The International Bank for Reconstruction and Development: The World Bank, 2009. – 348 p.
38. Lu Y. Medicine expenditures. In: The world medicines situation [Electronic resource] / Y. Lu. – Geneva : World Health Organization, 2010. – Access mode : <http://dosei.who.int/>. – Title from screen.
39. McIntyre D. Health financing diagnostics & guidance. Health financing country diagnostic. A foundation for national strategy development / D. McIntyre, J. Kutzin; WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2016. – 58 p.
40. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe. – European Observatory on Health Care Systems Series / M. McKee, J. Healy. – Buckingham : Open University Press, 2002. – 319 p.
41. Meessen B. Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic / B. Meessen. – Antwerp : ITG Press, 2008. – 562 p.
42. Missoni E. Towards universal health coverage: the Chilean experience. World health report 2010 background / E. Missoni, G. Solimano. – [Electronic resource]. – URL : http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en. – Title from screen.
43. Robert Kelley. Where can \$700 billion in waste be cut annually from the u.s. healthcare system? / Robert Kelley. – Thomson Reuters, 2009. – 30 p.
44. Roses M. Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe, 2010 [Electronic resource] / M. Roses – Access mode : http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPolitica-Social_OPS_final.ppt. – Title from screen.
45. Smith Peter C. Paying for Health Services: Making Purchasers Accountable. Technical brief / Peter C. Smith. – The World Bank, 2010. – 4 p.
46. The price of excess: identifying waste in healthcare spending / PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>. – Title from screen.
47. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – 128 p.
48. Thomson S. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, Th. Foubister, E. Mossialos; WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2010. – 240 с.
49. Universal coverage of health services: tailoring its implementation / Guy Carrin, Inke Mathauer, Ke Xu, David B. Evans // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – № 86. – P. 817–908.
50. Wading through medical insurance pools: a primer / The American Academy of Actuaries [Electronic resource]. – URL : http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2011. – Title from screen.
51. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate / R. Walgate // Lancet. – 2009. – № 374. – P. 1407–1408.
52. Waste in the U.S. Healthcare System: A Conceptual Framework / T. G. K. Bentley, R. M. Effros, K. Palar, E. B. Keeler // The Milbank Quarterly. – 2008. – № 4. – P. 629–659.
53. Whiteford L. M. Primary health care in Cuba: the other revolution / L. M. Whiteford, L. G. Branch. – Lanham : Rowman and Littlefield Publishers, 2008. – 28 p.
54. Your Investment is Real. Your Return Should be Too. Truvenhealth., 2012 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.truvenhealth.com/your_healthcare_focus/employer/control_my_healthcare_costs.aspx. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.07.2016 р.

Объединение финансовых ресурсов и закупка медицинских услуг: международный опыт и украинские реалии

М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – показать современные тенденции таких функций финансирования здравоохранения, как объединение финансовых ресурсов и внедрение стратегических закупок, с точки зрения международного опыта и украинских реалий.

Методы: библиосемантический, информационно-аналитический, сравнительный анализ.

Результаты. Представлены данные зарубежного опыта относительно изменения таких функций системы финансирования здравоохранения, как объединение и переход к стратегическим закупкам. Даны характеристики этих функций для системы финансирования здравоохранения в Украине.

Выводы. Для системы финансирования здравоохранения Украины характерны значительная фрагментация и раздробленность финансовых потоков за счет многочисленных администраторов бюджетных средств, что нарушает принцип справедливости в оказании медицинской помощи населению. Разработанные национальными и международными экспертами законодательные инициативы и концептуальные подходы к реформированию системы финансирования здравоохранения в Украине предусматривают создание системы единого плательщика и разграничение функций между заказчиком и поставщиками медицинской помощи, введение договорных отношений между ними (стратегические закупки) и новых методов оплаты, ориентированных на результат.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: объединение (пулинг), закупка, способы оплаты поставщиков.

Combining of financial resources and purchase of medical services: international experience and Ukrainian realities

M.V. Shevchenko

SIS «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose – present current trends of health financing functions such as the pooling of financial resources and the introduction of strategic procurement in terms of international experience and Ukrainian realities.

Methods: bibliosemantic, information-analytical, comparative analysis.

Results. The data of international experience with respect to change of health care financing system functions as a union and the transition to strategic procurement. Characteristics of these functions are presented in the health care financing system in Ukraine.

Conclusions. For health financing system of Ukraine is characterized by considerable fragmentation and fragmentation of financial flows due to the numerous budget administrators, which violates the principle of equity in the provision of medical assistance to the population. Developed by national and international experts, legislative initiatives and conceptual approaches to health financing reform in Ukraine include the establishment of a single-payer system and the separation of functions between the purchaser and the health care providers, the introduction of contractual relations between them (strategic purchasing) and new result-oriented payment methods.

KEY WORDS: pooling, purchasing, provider payment systems.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

MATHEMATICAL PREDICTION OF THE NUMBER OF OFFICIALLY REGISTERED HIV-POSITIVE PEOPLE IN THE REGION AS A TOOL FOR PLANNING EXPENSES IN DIFFERENT DIRECTIONS OF EPIDEMIC COUNTERACTION

SHEE «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to conduct prediction of the expenses for treatment, care and support of PLWH in the period of the current target social program of HIV/AIDS counteraction (2017–2018) in Transcarpathian region with the use the technology of mathematical prediction of the number of registered HIV-positive people in the region.

Methods of study: statistical, retrospective epidemiological, of mathematical prediction, information-and-analytical, of systemic analysis.

Results. The results forecast, the expected number of new HIV infections in 2016 is 87–88 individuals in 2017 and 2018 – 89–90 and 90–91 people person respectively. The number of officially registered HIV-positive people by the end of 2016 forecast will be 469–470 people, and at the end of the period of the Programme Against HIV/AIDS (2018) – 584–585 people. Estimated costs for direction HIV treatment in 2018 will increase compared to 2014 by 3.5 times (in US dollars), and the cost of care and support in 2018 will be lower than costs in 2014 by 17.6%.

Conclusions. Mathematical prediction applying synthesized scheme predicting the number of officially registered HIV-positive people at the regional level can be used as an instrument for planning expenses to provide the directions of treatment and care and support for HIV-positive people in subsequent years of the implementation of these measures.

Key words: mathematical prediction, HIV-positive people, costs of countering HIV/AIDS.

INTRODUCTION

State and national programs in Ukraine aimed at HIV/AIDS epidemic counteraction are, in their essence, there programs of organizing the provision of different services (medical, social, psychological, etc.) for target groups of population, directed to solving the main goal and tasks of these programs [5]. Basic share among the measures of implementing such programs constitute the areas of medical services (preventive, diagnostic and therapeutic) for the representatives of different groups of population, including persons registered in groups at risk concerning HIV and people living with HIV (PLWH) [12]. When planning provision of services included in the program, the key point is the availability of information on the expected number of the consumers of these services on the territory of the program implementation for the period of its implementation. The measures of the program have clear numerical indices of their implementation, in particular the indices of covering the representatives of target groups of population with special services and activities [10]. Thus, all tasks and measures for the implementation of the current State target social program aimed at HIV/AIDS counteraction for the years 2014–2018 are put together in five groups: organizational objectives and measures; preventive tasks and activities; laboratory diagnostics and assurance of the quality of studies; treatment of patients with HIV/AIDS and also care and support. When planning activities on prevention of HIV-infection among the representatives of different groups of population official data of the State statistics are taken or, in case of developing the activities for groups at risk, the rating data [7] are used, which are determined at the national level based on the results of the special epidemiological and behavioral studies [9]. Group of measures in the program that are aimed at providing

services to PLWH (the treatment of patients with HIV/AIDS, care and support) requires the data on prediction of the number of representatives of this group for the period of the program implementation. At the national level to assess the number of PLWH used the program Spectrum/EPP 4.47 is used [15]. However, at the regional level the application of this software is limited. Therefore, the introduction of techniques of quantitative forecasting of the characteristics and methods of determining the estimated number of groups at risk is limited and is not currently in use. To solve the problem of determining the estimated number of groups at risk at regional level a special information technology was developed [6], but in the case of planning specific activities to provide services of treatment, care and support for PLWH at the level of region, or a specific health care institution, information is need not only about the estimated number of PLWH living in the region, but also about the prognosis of the number of PLWH who are registered in health care institutions on HIV/AIDS counteraction in the region. This is especially important for efficient planning of the necessary financial resources and projected expenses for specific activities of the program for the annual stage of its implementation.

Purpose of study – to conduct prediction of the expenses for treatment, care and support of PLWH in the period of the current target social program of HIV/AIDS counteraction (2017–2018) in Transcarpathian region with the use the technology of mathematical prediction of the number of registered PLWH in the region.

MATERIALS AND METHODS

The following methods were used to reach the goal of study: statistical, retrospective epidemiological, of

mathematical prediction, information-and-analytical, of systemic analysis.

The next coming basic quantitative characteristics of officially registered HIV-infected persons in the region:

- new case of HIV-infection in the chosen year;
- new case of AIDS in the chosen year;
- number of HIV-positive persons by the end of the year;
- number of persons sick for AIDS by the end of the year.

Mathematical prediction of the number of officially registered PLWH was carried out with the use of synthesized prognosing scheme [13] on the base of the following methods: method of autoregression, method of least squares with weights, Brown's method (linear and quadratic model), Winters method.

Retrospective analysis of principal quantitative characteristics of officially registered HIV-positive persons in the region in 1987–2015 was conducted for the formation of variation series. The data of State Statistical Report of the Ministry of Health of Ukraine – reporting forms № 2 – AIDS (annual) in Transcarpathian region and official bulletins «HIV-infection in Ukraine» of Ministry of Health of Ukraine [1–3] were taken as the sources of information.

Basic numbers of expenses in 2015 in principal directions of the program (prevention, treatment, care and

support and organizational measures), were received by the results of the financial and program monitoring and evaluation of actions of the measures of State target program of HIV/AIDS counteraction for the years 2014–2018 in 2015 results [4] according to the methods defined by the Plan of monitoring and evaluation of the effectiveness of the implementation of State target social program of HIV/AIDS counteraction for the years 2014–2018 [11].

**THE RESULTS OF STUDY
AND THEIR DISCUSSION**

Key index in predicting the expenses per calendar year in the directions «Treatment of HIV-positive and AIDS patients», and «Care and support for PLWH» is the estimated number of recipients of the services in those directions at the end of the calendar year which is the maximal estimated number of persons in the target group.

Therefore, in our study the prediction of the following indices was conducted: index «New cases of HIV-infection in a chosen year», index «New cases of AIDS in a chosen year», index «Number of HIV-positive persons at the end of the year» and index «Number of persons with AIDS at the end of the year».

These indices for the period from 1987 to 2015 in Transcarpathian region are shown in Table 1.

Table 1
The values of principal quantitative characteristics (indices) of officially registered HIV-infected persons in the region in 1987–2015

Years	New cases of HIV-infection	New cases of AIDS	Number of HIV-positive persons at the end of the year	Number of persons with AIDS at the end of the year
1987–1995	6	1	6	1
1996	10	1	8	2
1997	27	2	35	2
1998	21	2	51	2
1999	20	4	63	4
2000	17	1	77	4
2001	26	3	94	4
2002	12	6	91	4
2003	10	4	77	7
2004	14	22	73	16
2005	36	9	100	23
2006	22	6	109	18
2007	43	3	136	16
2008	42	5	154	17
2009	50	5	185	16
2010	62	3	221	16
2011	63	10	251	22
2012	82	32	288	40
2013	81	35	322	57
2014	83	38	370	87
2015	71	52	421	124

As it can be seen from Table 1, all the indices for the analyzed period tend to vary due to a number of reasons, among which the main is that the data on only officially registered PLWH are considered. Thus, in particular the index «New cases of HIV infection» each year depends on the level

of HIV testing coverage, the level of recording of new HIV-infection cases etc.

Indices «Number of HIV-positive people at the end of the year» and «Number of persons with AIDS at the end of the year» are considerably dependent on the level of removal

PLWH from the register in the current year, including those who are removed from the register because of death.

Average quadratic error (Δ) and average relative error (μ) was used in the assessment of the quality of prediction for different steps of prediction (τ) which are correspondingly counted out according to the formulas:

$$\Delta = \sqrt{\frac{\sum_{t=1}^n (v_t - \tilde{v}_t)^2}{n}}, \quad \mu = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n \left| \frac{v_t - \tilde{v}_t}{v_t} \right|,$$

where: n – amount of exception, v_t ($t=1, \dots, n$) – dynamic line.

The following values of the errors of prediction for individual indices were obtained as a result of the work of prediction schemes for the various steps of prediction.

The results for indices «New cases of AIDS» and «Number of persons with AIDS at the end of the year» were similar.

The values of the prediction errors given in Table 2 testify the efficiency of the method applied. So, the small values of the average quadratic and average relative errors indicate the feasibility of application of prediction scheme [13] for projecting the number of officially registered HIV-positive people in the region.

Thus, the results of projecting of the indices of target group quantitative characteristics with the application of synthesized prediction scheme are presented in Figure 1–4.

Table 2
The values of the errors of prediction for individual indices of target group quantitative characteristic

Year	Error	Index «Number of HIV-positive persons at the end of the year»	Index «New cases of HIV-infection»
2015	$\Delta (\tau=1)$	2.0878	0.9607
	$\mu (\tau=1)$	0.0043	0.008
2017	$\Delta (\tau=3)$	3.4319	1.2348
	$\mu (\tau=3)$	0.0051	0.0074
2019	$\Delta (\tau=5)$	1.4689	0.9617
	$\mu (\tau=5)$	0.0024	0.0064

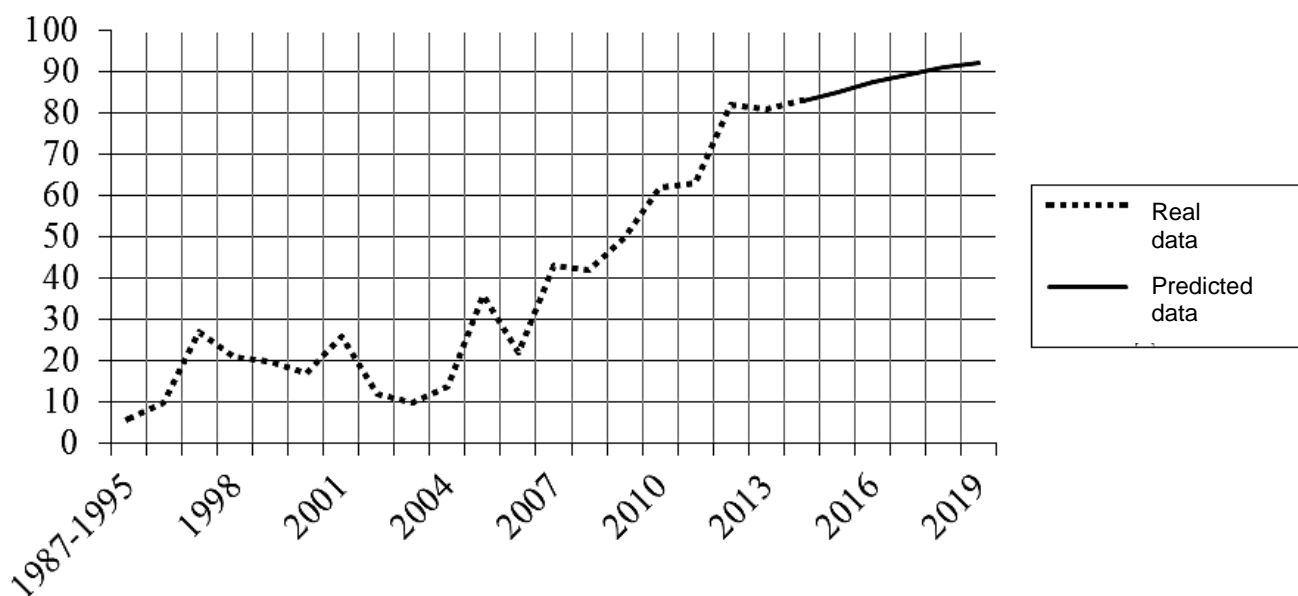


Fig. 1. Results of «New cases of HIV-infection» index prediction

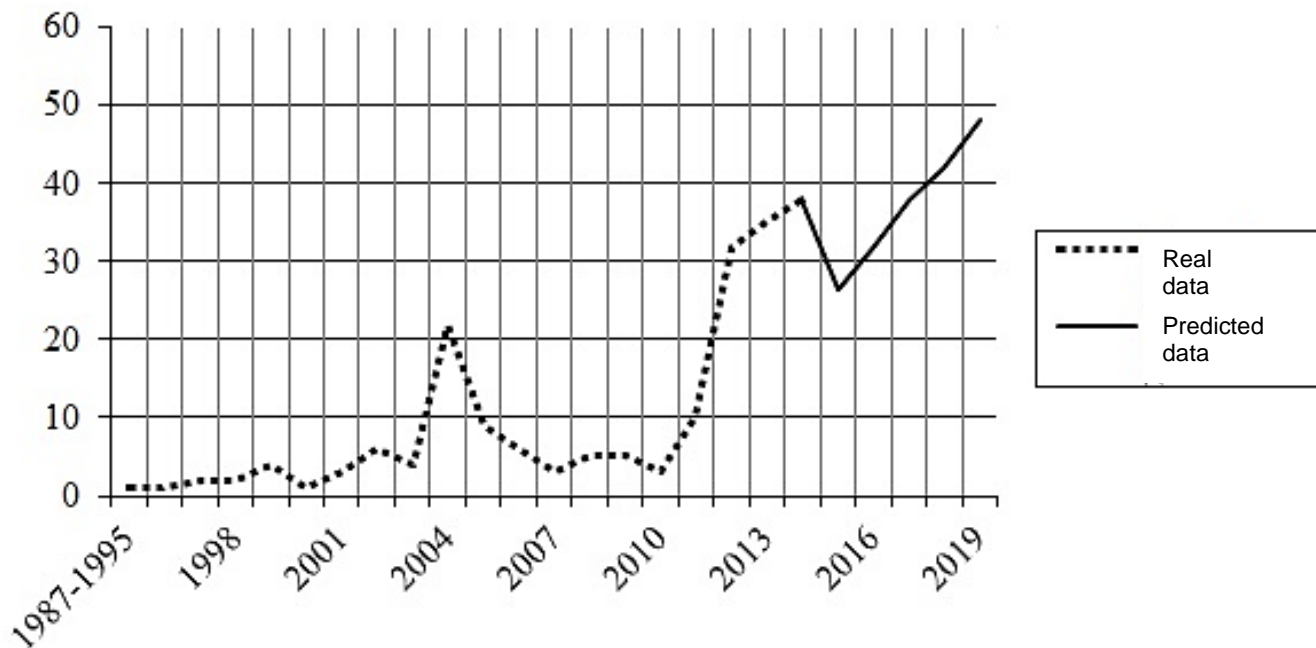


Fig. 2. Results of «New cases of AIDS» index prediction

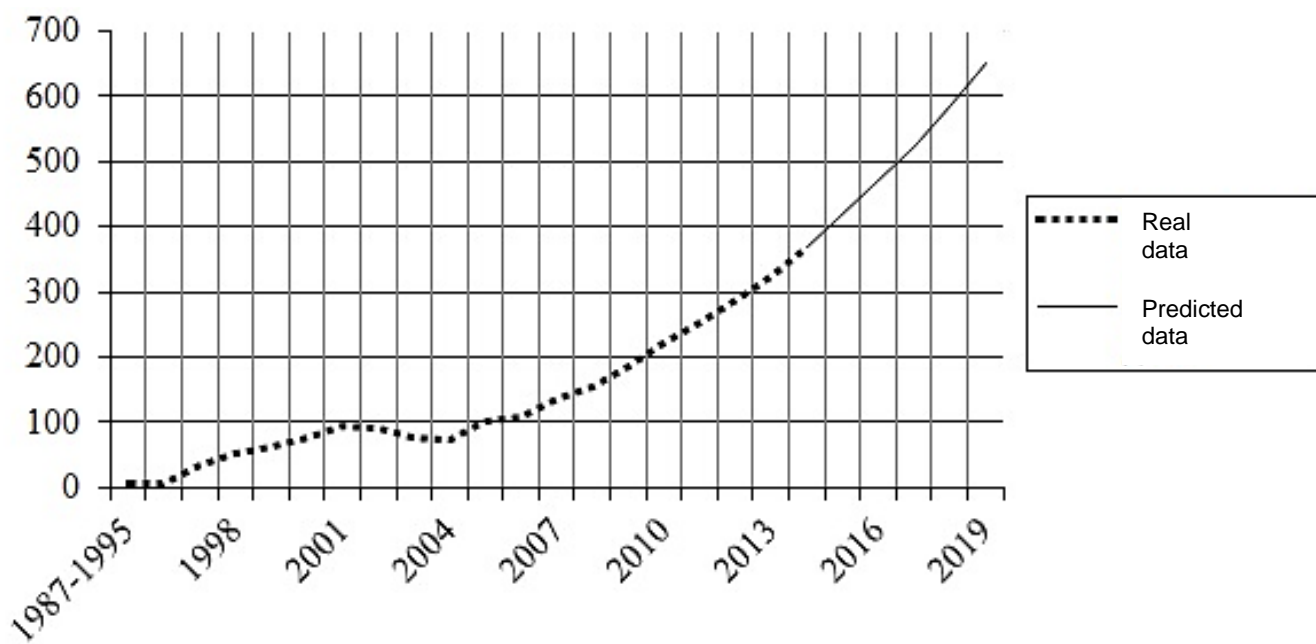


Fig. 3. Results of «Number of HIV-infected persons at the end of the year» index prediction

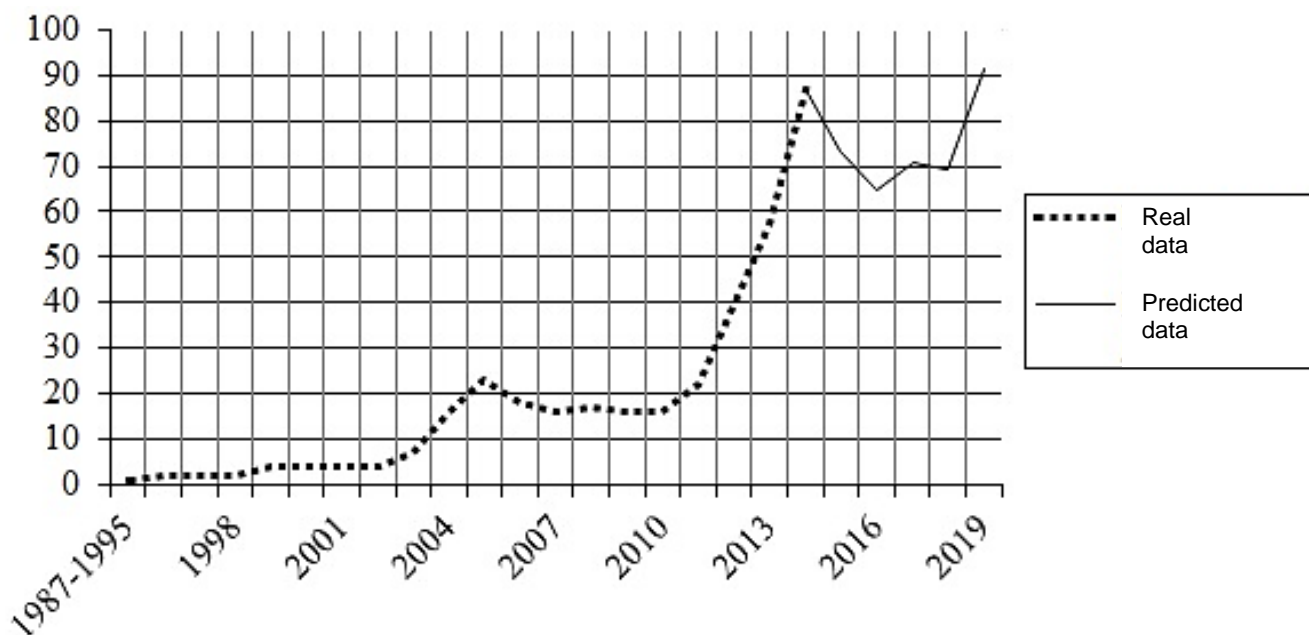


Fig. 4. Results of «Number of persons with AIDS at the end of the year» index prediction

Corresponding calculated predicted values of the indices of quantitative characteristics of officially registered HIV-infected persons in the region for 2016–2018 are presented in table 3.

As it is shown in Table 3, according to the results of the prediction conducted the expected number of new cases of HIV-infection in 2016 is 87–88 persons, in 2017 and 2018 – 89–90 and 90–91 persons respectively. 469–470 HIV-infected persons are expected to be officially registered by the end of 2016 with 584–585 expected by the end of the period of

implementation of the current program for HIV/AIDS counteraction (2018).

The latest evaluation of the expenses for the measures of HIV/AIDS epidemic counteraction in Transcarpathian region was carried out according to plan of the program monitoring and effectiveness assessment [11] by the results of the year 2014 [4]. The results of the allocation of expenses for HIV/AIDS counteraction in principal directions of program activities in 2014 in the region are presented in Figure 5.

Table 3
Calculated predicted values of the indices of quantitative characteristics of officially registered HIV-infected persons in the region for 2016–2018

Year	New cases of HIV-infection	New cases of AIDS	Number of HIV-positive persons at the end of the year	Number of persons with AIDS at the end of the year
2016	87.3657	31.7665	469.6764	64.5915
2017	89.3968	37.8206	524.9736	70.9085
2018	90.967	41.9948	584.2279	69.4463

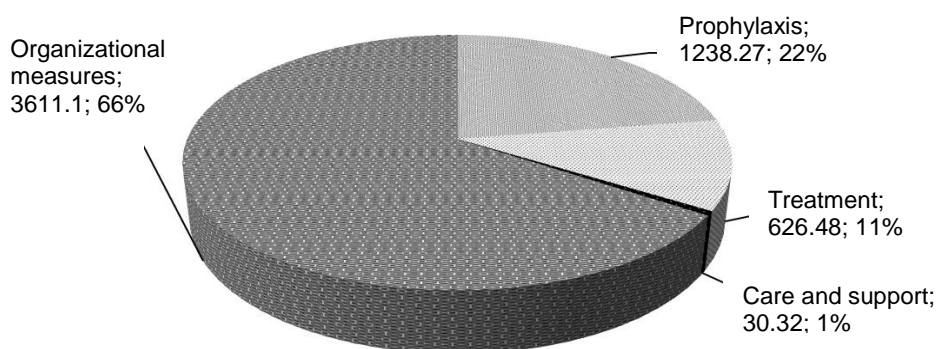


Fig. 5. Allocation of expenses for HIV/AIDS counteraction in principal directions of program activities in Transcarpathian region in 2014 (thous. UAH)

As it is shown in Figure 5, the main share of expenses (66.0%) in 2014 was directed to the implementation of organizational measures. The share of expenses that were focused on measures of treatment and care and support for PLWH from total amount of expenditure for epidemic counteraction was negligible and composed only 11.0% and 1.0%, respectively.

Naturally, that the increase of the number of PLWH who will be officially registered in the region in 2017–2018 (Table 3) will respectively increase the amount of expenses for the measures aimed at providing medical and non-medical services to PLWH. Therefore, the total expenses for the directions of program activities such as PLWH treatment and care and support for PLWH will rise even while maintaining the existing system of providing these services to the representatives of target group. Introduction in the frames of UN Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS) of UNAIDS strategy 2016–2020 «The acceleration directed to zero-90-90-90» (Fast-Track) [14], which stipulates as one of the objectives that by 2020 90% of PLWH will receive specific treatment, would lead to considerable increase of the expenses for treatment in the following years. Thus, to achieve this goal by 2020 in Ukraine it is necessary to cover another 178 200 PLWH with treatment which is 2.6 times more than the number of people who were receiving antiretroviral therapy (ART) in 2015 (68 455 PLWH (only 31% of the valued number of PLWH)) [3]. According to experts, the number of PLWH receiving treatment should reach by the end of 2018 118 240 persons, that composes 53.75% of the valued number of PLWH at the beginning of 2016 [3]. Taking into consideration that only 126 604 (58.0% of PLWH valued number (220 000) were under medical supervision in Ukraine at the beginning of 2016, to achieve the goals set, the coverage of PLWH with treatment by the end of 2018 should make up at least 90% of the persons under medical supervision. The predicted number of PLWH who should be covered with treatment at the end of 2018 in Transcarpathian region is 525 persons (90% of the valued number of officially registered PLWH by the end of 2018).

146 PLWH which represented 39.5% of persons at clinical accounting were receiving treatment in Transcarpathian region at the end of 2014. The expenses for providing this direction in 2014 amounted to 626.48 thousand UAH (11.0% of all expenses for combating the epidemic) (Fig. 5). As the drugs for antiretroviral therapy are manufactured exclusively abroad it is correctly to calculate the expenses for ensuring treatment equivalently to US dollar. Consequently, the costs of providing treatment for 146 persons in Transcarpathian region in 2014 composed 52.73 thousands of US dollars (according to average annual exchange rate of The National Bank of Ukraine [8]).

Calculation of necessary expenses for providing coverage of 90% of PLWH dispensary group with ART during 2016–2018 in Transcarpathian region in US dollar terms equivalent is presented in Table 4.

As it can be seen from Table 4, the estimated amount of expenditures for the treatment of HIV-positive people in 2018, subject to fulfillment of the plan of PLWH coverage with ART, will increase compared to 2014 year 3.5 times (in US \$).

Table 4
Calculation of necessary expenses for providing coverage of 90% of PLWH dispensary group with ART during 2016–2018 in Transcarpathian region (thous. US \$)

Year	PLWH dispensary group	PLWH covered with ART	Valued necessary expenses
2016	469–470	422–423	152.34–152.7
2017	524–525	472–473	170.39–170.75
2018	584–585	526–527	189.89–190.25

A slightly different situation we find in assessing the expenses for PLWH care and support. Thus, care and support concerns mostly persons with AIDS. Expenses for providing care and support to 87 PLWH in Transcarpathian region in 2014 amounted to 30.32 thousands UAH (equivalent to 2.55 thousands US \$). Calculation of the necessary expenses for providing care and support to patients with AIDS for 2016–2018 in the Transcarpathian region in US dollar equivalent is presented in Table 5.

Table 5
Calculation of the necessary expenses for providing care and support to patients with AIDS for 2016–2018 in the Transcarpathian region (thous. US \$)

Year	Clinically accounted patients with AIDS	Valued necessary expenses
2016	64–65	1.92–1.95
2017	70–71	2.10–2.13
2018	69–70	2.07–2.10

As it can be seen from Table 5, projected expenses for care and support of PLWH in 2018 will be 17.6% lower than actual expenses in 2014. It is natural, for with expanded coverage with ART, the number of PLWH with AIDS developed will diminish, that is a sign of treatment effectiveness.

The results of the study presented do not take into account every possible external influence upon the situation that are during such a long period of prediction. At the same time mathematical forecasting the number of officially registered HIV-positive people in the region is an effective instrument of preliminary prognosis of potential expenses for treatment and care and support for PLWH at regional level.

CONCLUSIONS

The results of study conducted give possibility to make conclusions:

Mathematical prediction applying synthesized scheme predicting the number of officially registered PLWH at the regional level can be used as an instrument for planning expenses to provide the directions of treatment and care and support for PLWH in subsequent years of the implementation of these measures.

The evaluation conducted showed that the sum of the expenses for the direction of the treatment of HIV-infected patients in 2018, under the condition of the plan fulfillment the coverage of PLWH from dispensary group with ART will

increase in 3.5 times compared to 2014 year (equivalent to US \$). At the same time, the predicted amount of expenses for PLWH care and support in 2018 will be 17.6% lower than actual expenses in 2014.

REFERENCES

1. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2014. – № 42. – 40 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2015. – № 44. – 37 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – № 45. – 130 с.
4. ВІЛ-інфекція/СНІД у Закарпатській області : інформ. бюлетень / Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом. – 2016. – № 1 (2). – 12 с. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://no-aids.uz.ua/wp-content/uploads/2016/07/infobuleten-15-07-16.pdf>. – Назва з екрана.
5. Макарова О. В. Державні соціальні програми: теоретичні аспекти, методика розробки та оцінки : монографія / О. В. Макарова. – Київ : Ліра-К, 2004. – 328 с.
6. Миронюк І. С. Застосування інформаційних технологій для вирішення задачі оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3 (57). – С. 55–63.
7. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 року / Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. – Київ, 2012. – 12 с.
8. Національний банк України: середній курс гривні до іноземних валют за період [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.bank.gov.ua/control/uk/publish/category?cat_id=7693080. – Назва з екрана.
9. Оцінка чисельності груп ризику вразливих до інфікування ВІЛ в Україні : протокол дослідження. – Київ, 2011. – 39 с.
10. Про затвердження Загальнодержавної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки : Закон України від 20.10.2014 р. № 1708-VII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>. – Назва з екрана.
11. Про затвердження Плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки : наказ Держслужби України соцзахворювань від 15.01.2015 р. № 2 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-planu-monitoringu-ta-ocinki-efektivnosti--doc218090.html>. – Назва з екрана.
12. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 356-р [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/356-2013-%D1%80>. – Назва з екрана.
13. Розробка методу синтезу прогнозуючої схеми на основі базових прогнозуючих моделей / Ф. Гече, О. Мулеса, С. Гече, М. Вашкеба // Технологічний аудит та резерви виробництва. – 2015. – Т. 3, № 2 (23). – С. 36–41.
14. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа. Стратегия ЮНЭЙДС 2016–2021. – 134 с. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids_strategy_2016-2021_ru.pdf. – Название с экрана.
15. National Assessment of HIV/AIDS in Ukraine as of early 2012. The State Service of Ukraine on combating HIV/AIDS and other socially dangerous diseases. – Kyiv, 2012. – P. 12.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.07.2016 р.

Математичне прогнозування чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у регіоні як інструмент планування витрат за напрямками протидії епідемії

І.С. Миронюк, О.Ю. Мулеса

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Мета – провести прогнозування витрат на заходи лікування та догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих на період дії чинної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (2017–2018 рр.) у Закарпатській області з використанням технології математичного прогнозування чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих у регіоні.

Методи: статистичний, ретроспективний, епідеміологічний, математичного прогнозування, інформаційно-аналітичний та системного аналізу.

Результати. За результатами прогнозування, очікувана кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2016 р. становить 87–88 осіб, у 2017 та 2018 рр. – 89–90 осіб та 90–91 особа відповідно. Кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на кінець 2016 р. прогнозовано становитиме 469–470 осіб, а на кінець періоду реалізації програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (2018 р.) – 584–585 осіб. Прогнозована сума затрат на напрямок лікування ВІЛ-інфікованих у 2018 р. зросте порівняно з 2014 р. у 3,5 разу (у доларах США), а витрати на догляд і підтримку у 2018 р. будуть менші за витрати у 2014 р. на 17,6%.

Висновки. Математичне прогнозування чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих на регіональному рівні може використовуватися як інструмент планування витрат на забезпечення їх лікування та догляду і підтримки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: математичне прогнозування, ВІЛ-інфіковані, витрати на протидію ВІЛ/СНІДу.

Математическое прогнозирование численности официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц в регионе как инструмент планирования затрат по направлениям противодействия эпидемии

И.С. Миронюк, О.Ю. Мулеса

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – провести прогнозирование расходов на лечение, уход и поддержку ВИЧ-инфицированных на период действия действующей программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа (2017–2018 гг.) в Закарпатской области с использованием технологии математического прогнозирования численности официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в регионе.

Методы: статистический, ретроспективный, эпидемиологический, математического прогнозирования, информационно-аналитический и системного анализа.

Результаты. По прогнозам, ожидаемое количество новых случаев ВИЧ-инфекции в 2016 г. составит 87–88 человек, в 2017 и 2018 гг. – 89–90 человек и 90–91 человек соответственно. Количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц на конец 2016 г. прогнозируемо составит 469–470 человек, а на конец периода реализации программы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа (2018) – 584–585 человек. Прогнозируемая сумма затрат на направление лечения ВИЧ-инфицированных в 2018 г. возрастет по сравнению с 2014 г. в 3,5 раза (в долларах США), а расходы на уход и поддержку в 2018 г. будут меньше расходов в 2014 г. на 17,6%.

Выводы. Математическое прогнозирование численности официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на региональном уровне может использоваться как инструмент планирования затрат на обеспечение их лечения и ухода и поддержки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: математическое прогнозирование, ВИЧ-инфицированные, расходы на противодействие ВИЧ-инфекции/СПИДа.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., доц. кафедри пульмонології і фтизіатрії ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Мулеса Оксана Юрїївна – к.т.н., доц. кафедри кібернетики і прикладної математики ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

ФІНАНСОВА ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна*

Мета – дослідити правові, організаційні та фінансові можливості здійснення об'єднаними територіальними громадами делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Матеріали та методи. Вивчено проблемні питання, які виникли в процесі децентралізації в сфері охорони здоров'я; проаналізовано чинні законодавчі акти в цій сфері. Методи: аналітичний, контент-аналіз.

Результати. Наведено законодавчі засади фінансової децентралізації в охороні здоров'я. Виявлено проблеми стосовно здійснення господарської діяльності з медичної практики сільськими, селищними радами, а також використання медичної субвенції на рівні об'єднаних територіальних громад.

Висновки. Наявний досвід функціонування об'єднаних територіальних громад показав недосконалість організації надання первинної медико-санітарної допомоги і використання коштів медичної субвенції на її фінансування, оскільки об'єднані територіальні громади на сьогодні в абсолютній більшості не мають належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню у вигляді відповідних установ охорони здоров'я. Для підвищення ефективності політики їх реформування необхідно розробити і прийняти необхідну законодавчу базу для децентралізації владних повноважень у сфері надання медичних послуг, чітко визначити функції місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері охорони здоров'я, привести концептуальні засади децентралізації в сфері охорони здоров'я у відповідність до стратегічних напрямків її реформування.

Ключові слова: децентралізація, об'єднані територіальні громади, охорона здоров'я.

ВСТУП

Реформування територіальної організації влади на засадах децентралізації є одним із ключових напрямів системних суспільних трансформацій в Україні [8]. Новий етап децентралізації, реформи місцевого самоврядування та адміністративно-територіальної реформи розпочався в Україні з прийняттям Закону України від 05.02.2015 р. № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад» [2]. Також були внесені зміни до бюджетного та податкового законодавства, які стосувалися забезпечення фінансової самостійності нових громад через закріплення відповідних повноважень, доходів і видатків [3, 4]. Таким чином, починаючи з 2016 р., об'єднані територіальні громади (ОТГ) отримали фінансові ресурси для здійснення делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Мета роботи – дослідити правові, організаційні та фінансові можливості здійснення ОТГ делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, зокрема, у наданні ПМСД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано законодавство України щодо розподілу повноважень між органами місцевого самоврядування та органами виконавчої влади повноважень, реформи міжбюджетних відносин та фінансової децентралізації фінансування суспільних послуг, у т.ч. охорони здоров'я. Вивчено проблемні питання, які виникли в процесі децентралізації у сфері

охорони здоров'я. Використано аналітичний метод і контент-аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними Мінрегіонбуду, на сьогодні в Україні створено 169 ОТГ. 159 ОТГ – перші вибори пройшли у 2015 р. Наприкінці березня поточного року були призначені вибори депутатів сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад та відповідних сільських, селищних, міських голів ще у 10 ОТГ Волинської, Дніпропетровської, Житомирської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Львівської, Полтавської, Рівненської, Харківської областей.

Однак створення значної частини ОТГ відбулось без урахування вимог Методики щодо їх спроможності [8]. Наприклад, 18.11.2015 р. Кабінет Міністрів України вніс зміни до перспективних планів формування територій громад семи областей (Дніпропетровської, Полтавської, Рівненської, Хмельницької, Черкаської, Чернівецької, Чернігівської). Так, 24 ОТГ із числа 159, де відбулися перші вибори, не були зазначені в раніше затверджених перспективних планах областей, оскільки не відповідали критеріям спроможності. При цьому вони змогли перейти на прями міжбюджетні відносини з Державним бюджетом України. Експерти наголошують, що за умови об'єднання громад всупереч вимогам Методики для отримання додаткових повноважень і ресурсів – це поганий прецедент. Оскільки такі громади не в змозі забезпечити своїм мешканцям надання належної якості послуг, оскільки не мають відповідної інфраструктури.

Ще одне питання – надання ОТГ медичної субвенції з Державного бюджету з метою створення можливостей для них самостійно приймати рішення щодо фінансування медичних закладів (у тих частинах, які їм необхідні).

Саме використання медичної субвенції викликає досить багато запитань. До бюджетного законодавства були внесені зміни до п. 3 ч. 1 ст. 89 Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, а також бюджетів ОТГ. Зокрема, на ПМСД, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки й амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські (ФАПи) та фельдшерські пункти, центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)); на програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я й санітарно-освітні заходи) та інші державні програми медичної й санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи).

Законом «Про Державний бюджет України на 2016 рік» [5] бюджети ОТГ, в яких 25.10.2015 р. відбулися перші місцеві вибори, для визначення взаємовідношень із Державним бюджетом були враховані окремо: шляхом виділення їм прямих дотацій і субвенцій. Тобто з 01.01.2016 р. ОТГ нарівні з районними бюджетами безпосередньо від держави отримали медичну субвенцію (і стали її розпорядниками) на ПМСД та вторинну медичну допомогу (ВМД). Її розмір (як і для району) визначався відповідно до формули розподілу медичної субвенції з урахуванням чисельності населення, яке проживає на території ОТГ.

Слід зазначити, що розподіл видатків на охорону здоров'я між районним / міським бюджетом і бюджетом ОТГ обумовив потребу в організаційно-структурному розмежуванні – шляхом передачі до ОТГ закладів охорони здоров'я (підрозділів), які надавали медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів. У зв'язку з цим на практиці виникло чимало проблем, насамперед організаційних, які потребують вирішення шляхом прийняття компромісних рішень між ОТГ, районною/міською радою, закладами охорони здоров'я, що надають ПМСД і ВМД. Наприклад, це стосується передачі амбулаторій та ФАПів на рівень ОТГ, працевлаштування співробітників, організації медичного обслуговування населення в цілому. Адже амбулаторії та ФАПи, що раніше обслуговували населення відповідних громад, як правило, були структурними підрозділами ЦПМСД або центральних районних лікарень. Тому із розмежуванням бюджетних коштів в ОТГ виникла необхідність створити на базі переданого їй майна «свій» заклад охорони здоров'я (амбулаторію чи ЦПМСД) як окрему юридичну особу, яка має отримати відповідні ліцензії (на здійснення медичної практики, використання наркотичних засобів).

Проблемним є питання здійснення господарської діяльності з медичної практики сільськими, селищними радами ОТГ, оскільки вони є органами місцевого

самоврядування, що здійснюють владні повноваження, а не належать до органів виконавчої влади.

Ще потребує термінового врегулювання міжбюджетних відносин із фінансування ВМД, яка надається мешканцям громади. Така ситуація пов'язана з тим, що видатки на надання ВМД включені в сукупну медичну субвенцію ОТГ без визначення конкретної частки для неї. МОЗ України відповідним листом на початку квітня поточного року рекомендувало кошти медичної субвенції розподілити між ПМСД і ВМД у пропорції 30:70%. Тобто на ПМСД залишається 30% коштів медичної субвенції, яка виділена ОТГ, а 70% – на ВМД, яка передається через міжбюджетні трансферти на рівень відповідного районного бюджету. При цьому слід зазначити, що це питання не має законодавчого регулювання.

Крім того, проблеми з надання ВМД посилюються і тим, що ОТГ, як правило, не в змозі надавати своїм мешканцям ВМД через відсутність відповідних закладів і спеціалістів. Хоча закон не забороняє новоутвореним громадам утримувати такі установи, однак з економічної точки зору це недоцільно, насамперед через недостатність матеріально-технічних, кадрових і фінансових ресурсів.

Слід зазначити, що світовий досвід реформ у сфері фінансування медичної сфери свідчить, що створення потужних фінансових пулів є однією з головних передумов розбудови системи охорони здоров'я, здатної якнайкраще задовольняти потреби населення. У Доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я. Шлях до загального охоплення населення медико-санітарною допомогою» вказано: «...Консолідація пулів із самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів не є ефективним, оскільки вони дублюють один одного, це збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити єдиний пул, у рамках якого можливо було б вирівнювати ризики» [9]. Тільки за цієї умови можна забезпечити найефективніше управління фінансами галузі, контролювати раціональне їх використання, координувати процеси надання медичної допомоги та налагодити відповідний контроль її якості. Тому більшість експертів наголошують, що значний ризик виникає у зв'язку з переходом ОТГ на прямі міжбюджетні відносини з Державним бюджетом, що загрожує ще більшою фрагментацією ресурсів.

Крім того, слід згадати, що система охорони здоров'я вже функціонувала в умовах децентралізації – за 2001–2010 рр. – що показало повну неефективність. По-перше, така децентралізація призвела до несправедливості та нерівності в отриманні медичної допомоги на різних адміністративних територіях. По-друге, децентралізована система зменшувала доступність елементарної медичної допомоги. Наприклад, «швидка медична допомога», яка фінансувалася з бюджету одного району, не мала права надавати екстрену медичну допомогу мешканцю сусіднього району, навіть якщо він знаходився зовсім близько від місця перебування

бригади, інакше це розцінювалося, як порушення бюджетного законодавства. У 2010 р. Бюджетний кодекс України було змінено і, наприклад, централізацію коштів для екстреної допомоги було поширено на всю країну, що довело свою ефективність навіть в умовах проведення антитерористичної операції на сході країни. У цілому консолідацію ресурсів на рівні не нижчому обласного у 2010–2014 рр. було підтримано і експертами Євросоюзу [6, 7]. Ефективність такого кроку підтверджена і даними інших дослідників, які відзначають, що саме об'єднання коштів і формування більш потужних фінансових потоків наближує до максимального охоплення послугами

системи охорони здоров'я [1, 9], а також забезпечує більш високу ефективність і можливість перехресного субсидіювання населення [9].

За даними Національного інституту стратегічних досліджень [8], у системі територіальної організації влади щодо охорони здоров'я в країнах Євросоюзу територіальні громади беруть участь переважно в окремих Скандинавських країнах, Польщі, Латвії. У таких країнах, як Франція, Німеччина, Італія, Данія, Чехія, Литва, Естонія, Румунія, Болгарія, система охорони здоров'я не входить до повноважень органів місцевого самоврядування територіальної громади (табл.).

Таблиця
Приклади участі територіальних громад у системі територіальної організації влади щодо охорони здоров'я в країнах Євросоюзу

Країна	Повноваження органів місцевого самоврядування територіальної громади
Нідерланди	Регулювання послуг ЖКГ, планування територіального розвитку, початкова освіта, соціальний захист, охорона здоров'я, транспорт, громадський порядок, розвиток культури і спорту
Швеція	Забезпечення населення послугами ЖКГ, початкова освіта, охорона здоров'я, громадський транспорт, місцеві дороги
Норвегія	Місцевий торговельний і промисловий розвиток, початкова освіта, охорона здоров'я, соціальний захист, розвиток культури і дозвілля
Польща	Регулювання послуг ЖКГ, соціальний захист та охорона здоров'я населення, дошкільна і початкова освіта, громадський транспорт, охорона довкілля
Латвія	Регулювання послуг ЖКГ, охорона здоров'я, початкова і середня освіта, видача ліцензій на комерційну діяльність, громадський порядок і муніципальний транспорт

Примітка: адаптовано з матеріалів Національного інституту стратегічних досліджень, 2016 р. [8].

Тому реформи в охороні здоров'я потребують виваженого і послідовного підходу, який би враховував найкращий світовий і вітчизняний досвід, а також можливі ризики та перешкоди.

ВИСНОВКИ

Наявний досвід функціонування ОТГ показав недосконалість організації надання ПМСД і використання коштів медичної субвенції на її фінансування, оскільки ОТГ на сьогодні в абсолютній своїй більшості не мають належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню у вигляді відповідних установ охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності політики

реформування ОТГ необхідно розробити і прийняти необхідну законодавчу базу для децентралізації владних повноважень у сфері надання медичних послуг, чітко визначити функції місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування всіх рівнів у сфері охорони здоров'я, привести концептуальні засади децентралізації у сфері охорони здоров'я у відповідність до стратегічних напрямків її реформування.

Подальші дослідження полягають у вивченні та науковому супроводі реформування місцевого самоврядування і територіальної організації влади, роз'ясненні сутності реформи децентралізації у сфері охорони здоров'я, її переваг, недоліків, ризиків та особливостей її проведення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Охріменко І. О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України / О. І. Охріменко // Українська академія банківської справи НБУ : збірник наук. праць ДВНЗ. – 2014. – Вип. 38. – С. 367–379.
2. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/157-19>. – Назва з екрана.
3. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин : Закон України від 28.12.2014 р. № 79-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/79-19>. – Назва з екрана.
4. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи : Закон України від 28.12.2014 р. №71-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/71-19>. – Назва з екрана.
5. Про Державний бюджет України на 2016 рік : Закон України від 25.12.2015 р. № 928-VIII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/928-19>. – Назва з екрана.
6. Рекомендації щодо розподілу міжбюджетних трансфертів у відповідності до постанови Кабінету Міністрів України № 1149 від 08.12.2012 р. (із змінами внесеними постановою № 7 від 12.01.2011 р.) / Директорат з питань демократичних інститутів, Генеральний директорат з питань демократії та політичних справ, Університет Париж І Сорбона Пантеон. – Страсбург, 2011. – 14 с.
7. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте / В. В. Безруков, В. П. Войтенко, Н. Г. Ахаладзе [и др.]. – Москва : ООО «Феникс», 2015. – 141 с.
8. Територіальна громада як базова ланка адміністративно-територіального устрою України: проблеми та перспективи реформування. – Київ : НІСД, 2016. – С. 50–54.
9. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – P. 47, 60.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.07.2016 р.

**Финансовая децентрализация
в системе здравоохранения**

Ю.Б. Яценко, М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – исследовать правовые, организационные и финансовые возможности осуществления объединенными территориальными общинами делегированных полномочий в сфере здравоохранения, в частности, в оказании первичной медико-санитарной помощи населению.

Материалы и методы. Изучены проблемные вопросы, которые возникли в процессе децентрализации в сфере здравоохранения; проанализированы действующие законодательные акты в этой сфере. Методы: аналитический, контент-анализ.

Результаты. Представлены законодательные основы финансовой децентрализации в здравоохранении. Выявлены проблемы относительно осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике сельскими, поселковыми

советами, а также использование медицинской субвенции на уровне объединенной территориальной общины.

Выводы. Существующий опыт функционирования объединенных территориальных общин показал несовершенство организации оказания первичной медицинской помощи и использования средств медицинской субвенции на ее финансирование, поскольку объединенные территориальные общины сегодня в абсолютном большинстве не имеют надлежащей институциональной базы для оказания медицинской помощи населению в виде соответствующих учреждений здравоохранения. Для повышения эффективности политики реформирования нужно разработать и принять необходимую законодательную базу для децентрализации властных полномочий в сфере оказания медицинских услуг, четко определить функции местных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления всех уровней в сфере здравоохранения, привести концептуальные основы децентрализации в сфере охраны здоровья в соответствие со стратегическими направлениями ее реформирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: децентрализация, объединенные территориальные общины, здравоохранение.

Financial decentralization in the health system

Yu.B. Yaschchenko, M.V. Shevchenko

SIS «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose – to explore the legal, organizational and financial feasibility of the territorial boundaries of the local self-governance bodies delegated powers in the health sector, particularly in the provision of primary health care.

Materials and methods. Studied the issues that arise in the process of decentralization in the health sector; analysis of existing legislation in this area. Methods: analytical content analysis.

Results presented the framework for financial decentralization in health care. The problems concerning the economic activities of the health care at the basic level and used of medical subvention for the local self-governance bodies.

Conclusions. Experience on the level of the local self-governance bodies showed the inadequacy of primary care provision and use of medical subsidies for its financing. The local self-governance bodies don't have adequate institutional framework for the provision of medical care in the form of appropriate health facilities. To increase the efficiency of policy reform the local self-governance bodies need to develop and adopt the necessary legal framework for decentralization of power in the provision of health services to clearly define the functions of local authorities and local governments at all levels in the health sector, to bring conceptual principles of decentralization in health sector with line of the strategic directions of reform.

KEY WORDS: decentralization, the local self-governance bodies, health sector.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Яценко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., зав. наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО ПОЧАТКУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – дослідити вплив соціально-економічних факторів на формування здорового початку життя дітей.

Метод: бібліосемантичний.

Результати. Проаналізовано сучасну наукову літературу щодо впливу бідності на стан здоров'я дітей та економічних втрат держав від відсутності гарантованого державного пакету медичних і соціальних послуг усім дітям на початку їхнього життя.

Висновки. Рекомендовано використання передового досвіду зі зниження негативного впливу бідності на здоров'я дітей в Україні.

Ключові слова: діти, соціально-економічні фактори, здоров'я, вплив.

ВСТУП

У період реформування сектору охорони здоров'я в Україні важливою є розробка нормативно-правових документів, які забезпечують гарантований обсяг надання медичних послуг усім дітям, особливо з найбільш вразливих прошарків населення. Бідність є важливим соціально-економічним фактором, що визначає рівень здоров'я окремого індивідуума протягом усього його життя і безперечно викликає відмінності в стані здоров'я між дітьми, які виростили в різних умовах. Діти, які розвиваються в бідності, особливо в ранньому віці або протягом тривалого періоду піддаються ризику розвитку порушень здоров'я, не детермінованих генетично, і більшість з цих порушень є попереджувальними [7]. На сьогодні добре відомо, що бідність у глобальному масштабі впливає на зростання рівня смертності та травм, а також виникнення низки специфічних станів, таких як низька вага при народженні, нейроповедінкові розлади, хронічні захворювання, а також підвищена сприйнятливості дітей до дії факторів навколишнього середовища. Фізичне оточення дітей у сім'ях із низьким рівнем доходів є більш небезпечним, ніж у дітей із сімей з високим рівнем доходів, оскільки вони частіше піддаються впливу хімічних речовин, які надходять в організм дитини разом із забрудненим повітрям, їжею та/або водою, проживають у будинках із більш низькою якістю і відсутністю санітарно-побутових умов та з небезпечними околицями [5]. Слід зазначити, що навіть короткострокові періоди бідності можуть піддавати дітей до дії таких чинників, як небезпечне харчування і житло, бездомність, недостатній доступ до закладів охорони здоров'я та проблеми в навчанні. Таким чином, величезна сукупність психосоціальної та екологічної несправедливості, на тлі низького рівня доходу як у сім'ї, так і в громаді, позбавляє дітей здорового початку життя.

Мета роботи – дослідити вплив соціально-економічних факторів на формування здорового початку життя дітей.

Метод: бібліосемантичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні добре відомі патофізіологічні механізми прямого та опосередкованого впливу бідності на стан здоров'я дітей. Зокрема, бідність має прямий негативний вплив на ранній розвиток мозку через механізми виникнення токсичного стресу [38] – стану, що характеризується «надмірною або тривалою активацією фізіологічних систем реагування на стрес під час відсутності буферного захисту, що надаються стабільними і чуйними відносинами в родині» [12]. При цьому стані відбувається часта або постійна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, унаслідок якої підвищується рівень стресових гормонів (кортикотропін-рилізінг гормону, кортизолу, норадреналіну, адреналіну) з одночасним вивільненням інших медіаторів, таких як запальні цитокіни [9, 20]. Короткочасне підвищення цих гормонів може бути захисною реакцією і необхідним для виживання, проте дуже високі їх рівні або тривала дія можуть бути шкідливими і навіть токсичними для організму людини [37]. Дисрегуляція цих фізіологічних медіаторів (наприклад, занадто великий або занадто малий викид кортизолу) може мати ефект «зношення та припинення» функції ряду органів і систем організму [1]. Все більше досліджень вказують на те, що мешкання дітей у бідних умовах асоціюється з нейроендокринною дисрегуляцією, яка може змінити функцію мозку і призводити до розвитку хронічних серцево-судинних, імунних та нервово-поведінкових порушень як у дитячому віці, так і в подальшому, у дорослому житті [39].

Бідність може мати й опосередкований вплив на розвиток дитини через неадекватне харчування внаслідок обмеженої доступності дітей до корисних (з точки зору їх складу) поживних і безпечних продуктів, що в кінцевому рахунку визначає рівень продовольчої безпеки в країні [2, 4]. Наприклад, у такій розвиненій країні, як США, майже 20% сімей із дітьми в загальній популяції [16] та 40% дітей, що живуть в умовах убогості, стикаються з

проблемами продовольчої небезпеки [17]. В Україні, зважаючи на економічну ситуацію, ці відносні цифри, напевно, є значно вищими.

Отже, прямий та непрямий вплив бідності може підвищувати смертність дітей, сприяти розвитку хронічних захворювань і зумовлювати нейроповедінкові розлади. Так, діти з нижчих соціально-економічних верст населення мають у 5 разів вищий рівень смертності від ненавмисних травм, ніж діти з вищих соціально-економічних верств [36]. Науковці в США підраховали, що якби діти найбідніших спільнот мали рівень смертності від ненавмисних травм і вбивств, подібних до смертності в найбагатших громадах, рівень дитячої смертності в цілому скоротився би на одну третину [40].

Бідність прямо і опосередковано (через їжу, більші експозиції дії чинників навколишнього середовища) впливає на фізичний розвиток дітей. Зокрема, є відомості про народження дітей із низькою вагою при народженні в бідних родинах, що може бути пов'язано як із недостатністю харчування [24], так і з високим рівнем поширеності підліткової вагітності і неадекватним допологовим доглядом [19]. На сьогодні відомо, що ризик підліткової вагітності в 10 разів збільшується в осіб із найнижчим рівнем доходів, порівняно з особами, які мають вищий рівень доходів [41], при цьому підліткова вагітність підвищує ризики залишитися в бідності і в майбутньому [10]. Є докази впливу бідності і на подальший фізичний розвиток дітей, зокрема, в роботі Polhamus B. зі співавторами показано, що діти, які до 4 років жили в бідних родинах, мали нижчий ріст порівняно з дітьми із забезпечених сімей [33].

Окрім фізичного розвитку бідність асоціюється з погіршенням нервово-психічного розвитку дітей. Так, епігенетичні, анатомічні та нейроендокринні порушення, пов'язані з хронічно дією токсичного стресу, можуть викликати труднощі із саморегулюванням, виконавчими функціями. Такі діти є неуважними, імпульсивними, із зухвалою поведінкою, погано навчаються в школі і мають неврегульовані взаємини з однолітками [46]. Діти з родин із низьким рівнем доходу порівняно з дітьми, які виховуються в сім'ях із достатніми доходами, частіше мають синдром дефіциту уваги / гіперактивності, порушення розвитку мови [21], навичок читання, високий рівень депресії й антигромадську поведінку [31]. Депресія в дітей із бідних сімей у віці до 18 років асоціюється зі зловживанням наркотиків, поганою успішністю і безробіттям [47]. Інші вчені свідчать, що поєднання порушеної саморегуляції і хронічного стресу може приводити до неадекватної поведінки, зокрема куріння, надмірного вживання алкоголю, переїдання, розбещеності і токсикоманії, що, своєю чергою, швидкоплинно відключає реакцію організму на стрес і упродовж подальшого дорослого життя спричиняє підвищені рівні захворюваності та передчасної смертності [11, 44].

Діти з бідних домогосподарств мають менший доступ до навчальних матеріалів, у т.ч. книг, стимулюючих іграшок, а також реабілітаційних центрів [43].

Бідність асоціюється з розвитком хронічних станів, таких як ожиріння, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, тобто стани, поширення яких за останні десятиріччя викликає велике занепокоєння спеціалістів із громадського здоров'я. У цьому аспекті проведені цікаві дослідження із сильними доказами зв'язку між бідністю та

розвитком вищевказаних станів. Так, у роботах американських вчених показано, що діти з найбідніших громад у 7 разів частіше страждають на надлишкову вагу [28] і мають найвищі показники ожиріння [30, 33]. Причини ожиріння, імовірно, є багатофакторними. По-перше, такі діти вживають продукти з високим вмістом калорій, трансгенних жирів і вуглеводів, що, як, правило, є дешевшими. По-друге, вони більшою мірою піддаються дії хімічних речовин, які мають руйнівний вплив на ендокринну систему [35]. По-третє, бідні діти віком від 6 до 18 років більше мають сидячий спосіб життя і піддаються впливу тютюну порівняно з однолітками з більш забезпечених родин [33]. Як відомо, саме надмірна вага, сидячий спосіб життя, неадекватне харчування, паління є основними факторами ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи, тому наявність саме вказаних факторів ризику, що асоціюються з бідністю, призводить до розвитку серцево-судинних і легеневих захворювань у дорослому житті [22]. Зокрема, у роботі Ziol-Guest K.M. показано, що низький дохід сім'ї упродовж перших 2 років життя пов'язаний із дворазовим збільшенням частоти гіпертензії на початку дорослого життя [13]. Крім того, у дітей, які живуть у бідності, відмічається більш ослаблена відповідь серцево-судинної системи на гостру дію стресорних факторів [3].

Доведено зв'язок між низьким соціальним рівнем на початку життя і розвитком хронічних запальних захворювань у дорослому житті [26]. Дорослі (30–41 рік), які зазнали дитячої бідності, більш схильні до розвитку артриту і обмежень у повсякденній діяльності порівняно з дорослими, які не відчували дитячої бідності [13].

Ранній початок життя в бідних умовах асоціюється зі збільшенням частоти нападів астми і гіршим загальним станом здоров'я дітей [25, 32]. Слід зазначити, що вплив бідності на розвиток астми може посилюватися дією таких факторів, як скученість, забруднення повітря, вологість та підвищений ризик контакту з різними видами паразитів [48].

Як зазначалося вище, бідні підлітки в більшій мірі підлягають дії алкоголю і тютюну, що, своєю чергою, підвищує ризики розвитку емфіземи, цирозу печінки, а також раку [27]. Таким чином, хронічна підвищена активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що формується в дітей, які розвиваються в умовах бідності, пригнічення серцево-судинної реакції на стрес, синергічна дія хімічних речовин, які дитина може отримати з повітрям, їжею та при контакті зі шкірою, підтверджує думку багатьох вчених щодо наявності ряду факторів ризику, які формуються в дитячому віці, але зумовлюють рівень здоров'я окремо взятого індивідуума старшого віку [34].

Отже, початок життя дитини в бідності пов'язаний із довічними труднощами та віддаленими несприятливими наслідками. При цьому порушення розвитку і психосоціальні проблеми лягають значним фінансовим тягарем не тільки на дітей та їхню родину, але й на іншу частину суспільства [6]. Цей економічний тягар стосується двох аспектів. По-перше, це витрати на соціальні та медично-реабілітаційні потреби таких дітей, а по-друге, це втрачений економічний прибуток, який би могли дати ці діти в дорослому житті за умови нормального їхнього фізичного та нервово-психічного розвитку. Так, у дослідженні 2008 р., присвяченому прогнозуванню майбутньої втраченої продуктивності через бідність дітей у суспільстві показано, що загальні щорічні втрати

становлять близько 500 млрд дол. США, за рахунок скорочення економічного прибутку, зростання витрат на охорону здоров'я та боротьбу зі злочинністю [42].

Вчені доводять, що втрата когнітивних навичок у дітей, які ростуть в умовах бідності, зменшує їхні наукові та економічні досягнення і впливає на довгострокові економічні наслідки для суспільства [18]. Так, втрата одного балу при оцінюванні шкалою інтелекту (IQ) зменшує середню величину доходів за усе життя людини приблизно на 12 000 євро або 18 000 дол. США (за розрахунками 2008 р.) [14].

За науковими даними, національний середній бал IQ корелює з валовим внутрішнім продуктом, при цьому причинно-наслідкові кореляції можуть бути у двох напрямках [29]. Зокрема, бідність може призвести до низького IQ, а низький IQ, своєю чергою, – до бідності. Значний внесок у такі причинно-наслідкові зв'язки можуть додавати і фактори навколишнього середовища, так звані нейротоксиканти – хімічні речовини, що впливають на мозок і нервову систему дітей, особливо в ранньому віці. Більшю мірою це є характерним для країн, що розвиваються, і в яких хімічний контроль є неефективним порівняно з більш розвиненими країнами [23, 45]. Тому дія промислових хімічних речовин під час розвитку плода/дитини може робити істотний внесок в існуючий зв'язок між IQ і валовим внутрішнім продуктом. Якщо ця теорія вірна, то країни, що розвиваються, можуть витратити десятиліття для того, щоб вийти з бідності, але боротьба із забрудненням навколишнього середовища на цьому етапі може бути відкладена, що, своєю чергою, призведе до ще більшої бідності, формуючи тим самим порочне коло.

Відомо, що антисоціальна, навіть кримінальна поведінка, насильство, тобто нервово-поведінкові

порушення, що виникли внаслідок бідності, можуть призводити до збільшення потреби в спеціальних освітніх послугах, інституціоналізації (утримання в спеціалізованих закладах), і навіть до позбавлення волі.

Запобігання впливу бідності та нейротоксикантів на розвиток дітей може дати велику економію суспільству. Так, у дослідженні Landrigan P.J. показано, що сумарні річні витрати на нервово-поведінкові розлади, розвиток яких можна приписати до дії факторів навколишнього середовища та бідності, становлять 9,2 млрд дол. [15]. Але через труднощі, властиві оцінці повних економічних наслідків нервово-поведінкових порушень, цілком імовірно, що ці витрати є значно вищими.

ВИСНОВКИ

Таким чином, поведінкові та соціальні наслідки порушень нервово-психічного розвитку, що виникли внаслідок бідності, потенційно є надзвичайно вартісними [8], а тому їх запобігання може бути досить рентабельним для держави.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

З поліпшенням розуміння корінних причин і віддалених наслідків бідності необхідно розробити та застосувати на практиці втручання, які допоможуть усунути негативний вплив бідності та факторів навколишнього середовища на дітей та їхні родини. Наукові дані мають стати підґрунтям для розроблення політики і програм із поліпшення перебігу раннього дитинства та мінімізації несприятливих подій, пов'язаних із бідністю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: findings from the 1958 British birth cohort / C. Barboza Solís, M. Kelly-Irving, R. Fantin [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2015. – Vol. 112 (7). – P. E738–E746.
2. Alaimo K. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development / K. Alaimo, C. M. Olson, E. A. Frongillo // Pediatrics. – 2001. – Vol. 108 (1). – P. 44–53.
3. Allostasis and allostatic load in the context of poverty in early childhood / C. Blair, C. C. Raver, D. Granger [et al.] // Dev. Psychopathol. – 2011. – Vol. 23 (3). – P. 845–857.
4. Anderson S. A. Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations / S. A. Anderson // J. Nutr. – 1990. – Vol. 120 (suppl. 11). – P. 1557S–1600S.
5. Aratani Y. Homeless Children and Youth / Y. Aratani. – New York, NY : National Center for Children in Poverty, Columbia University, Mailman School of Public Health, 2009. – P. 33–37.
6. Belfield C. R. The Price We Pay: Economic and Social Consequences of Inadequate Education / C. R. Belfield, H. M. Levin (eds.). – Washington, DC : Brookings Press, 2007. – P. 21–31.
7. Brooks-Gunn J. The effects of poverty on children / J. Brooks-Gunn, G. J. Duncan // Future Child. – 1997. – Vol. 7 (2). – P. 55–71.
8. Carpenter D. O. Environmental causes of violence / D. O. Carpenter, R. Nevin // Physiol. Behav. – 2010. – Vol. 99. – P. 260–268.
9. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study / A. Danese, C. M. Pariante, A. Caspi [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2007. – Vol. 104 (4). – P. 1319–1324.
10. Consequences of teen-age parenting / C. W. Nord, K. A. Moore, D. R. Morrison [et al.] // J. Sch. Health. – 1992. – Vol. 62 (7). – P. 310–318.
11. Cumulative effect of psychosocial factors in youth on ideal cardiovascular health in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study / L. Pulkki-Råback, M. Elovainio, C. Hakulinen [et al.] // Circulation. – 2015. – Vol. 131 (3). – P. 245–253.

12. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health [Electronic resource] / A. S. Garner, J. P. Shonkoff ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 129 (1). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e224. – Title from screen.
13. Early childhood poverty, immune-mediated disease processes, and adult productivity / K. M. Ziol-Guest, G. J. Duncan, A. Kalil [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci USA*. – 2012. – Vol. 109 (suppl. 2). – P. 17289–17293.
14. Economic benefits of methylmercury exposure control in Europe: monetary value of neurotoxicity prevention / M. Bellanger, C. Pichery, D. Aerts [et al.] // *Environ. Health*. – 2013. – Vol. 12. – P. 3.
15. Environmental pollutants and disease in American children: estimates of morbidity, mortality, and costs for lead poisoning, asthma, cancer, and developmental disabilities / P. J. Landrigan, C. B. Schechter, J. M. Lipton [et al.] // *J. Environ. Health Perspect*. – 2002. – Vol. 110. – P. 721–728.
16. Feeding America's Children: Food Insecurity and Poverty [Electronic resource]. – Washington, DC : The Brookings Institution; 2014. – Access mode : www.brookings.edu/blogs/social-mobility-memos/posts/2014/09/15-feeding-americas-children-poverty. – Title from screen.
17. Food security status of US households with children in 2011 [Electronic resource] / US Department of Agriculture. – Access mode : www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/key-statistics-graphics.aspx#UagrGTF1yo. – Title from screen.
18. Gould E. Childhood lead poisoning: conservative estimates of the social and economic benefits of lead hazard control / E. Gould // *Environ. Health Perspect*. – 2009. – Vol. 117. – P. 1162–1167.
19. Gould J. B. Socioeconomic status and low birth weight: a racial comparison / J. B. Gould, S. LeRoy // *Pediatrics*. – 1988. – Vol. 82 (6). – P. 896–904.
20. Haroon E. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior / E. Haroon, C. L. Raison, A. H. Miller // *Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Vol. 37 (1). – P. 137–162.
21. Hart B. Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children / B. Hart, T. Risley. – Baltimore, MD : Brookes Publishing, 1995. – P. 26–49.
22. Household income and cardiovascular disease risks in U.S. children and young adults: analyses from NHANES 1999–2008 / M. K. Ali, K. M. Bullard, G. L. Beckles [et al.] // *Diabetes Care*. – 2011. – Vol. 34 (9). – P. 1998–2004.
23. How developing nations can protect children from hazardous chemical exposures while sustaining economic growth / L. Arasande, R. I. Massey, J. DiGangi [et al.] // *Health Aff*. – 2011. – Vol. 30. – P. 2400–2409.
24. Langley-Evans S. C. Developmental origins of adult disease // S. C. Langley-Evans, S. McMullen // *Med. Princ. Pract*. – 2010. – Vol. 19 (2). – P. 87–98.
25. Longitudinal patterns of poverty and health in early childhood: exploring the influence of concurrent, previous, and cumulative poverty on child health outcomes [Electronic resource] / N. Béatrice, G. Lise, Z. M. Victoria [et al.] // *BMC Pediatr*. – 2012. – Vol. 12. – Access mode : <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-12-141>. – Title from screen.
26. Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling / G. E. Miller, E. Chen, A. K. Fok [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2009. – Vol. 106 (34). – P. 14716–14721.
27. Lowry R. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents / R. Lowry, L. Kann, J. L. Collins // *JAMA*. – 1996. – Vol. 276 (10). – P. 792–797.
28. Ludwig D. S. Opportunities to reduce childhood hunger and obesity: restructuring the Supplemental Nutrition Assistance Program (the Food Stamp Program) / D. S. Ludwig, S. J. Blumenthal, W. C. Willett // *JAMA*. – 2012. – Vol. 308 (24). – P. 2567–2568.
29. Lynn R. IQ and the wealth of nations / R. Lynn, T. Vanhanen. – Praeger, Westport; 2002. – P. 24–42.
30. Metallinos-Katsaras E. A longitudinal study of food insecurity on obesity in preschool children / E. Metallinos-Katsaras, A. Must, K. J. Gorman [et al.] // *J. Acad. Nutr. Diet*. – 2012. – Vol. 112 (12). – P. 1949–1958.
31. Murali V. Poverty, social inequality and mental health / V. Murali, F. Oyebode // *Adv. Psychiatr Treat*. – 2004. – Vol. 10 (3). – P. 216–224.
32. Nikiéma B. Poverty and chronic illness in early childhood: a comparison between the United Kingdom and Quebec [Electronic resource] / B. Nikiéma, N. Spencer, L. Séguin // *Pediatrics*. – 2010. – Vol. 125 (3). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/3/e499pmid:20123770. – Title from screen.
33. Pediatric Nutrition Surveillance 2009 Report / B. D. K. Polhamus, E. Borland, H. Mackintosh [et al.]. – Atlanta, GA : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. – P. 25–47.
34. Power C. Origins of health inequalities in a national population sample / C. Power, S. Matthews // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350 (9091). – P. 1584–1589.
35. Prenatal phthalate exposure is associated with childhood behavior and executive functioning / S. M. Engel, A. Miodovnik, R. L. Canfield [et al.] // *Environ. Health Perspect*. – 2010. – Vol. 118. – P. 565–571.
36. Protect the ones you love: child injuries are preventable [Electronic resource] / Centers for Disease Control and Prevention. – Access mode : www.cdc.gov/safechild/NAP/background.html. – Title from screen.
37. Reynolds R. M. Glucocorticoid excess and the developmental origins of disease: two decades of testing the hypothesis – 2012 Curt Richter Award Winner / R. M. Reynolds // *Psychoneuroendocrinology*. – 2013. – Vol. 38 (1). – P. 1–11.
38. Salivary cortisol mediates effects of poverty and parenting on executive functions in early childhood / C. Blair, D. A. Granger, M. Willoughby [et al.] // *Child Dev*. – 2011. – Vol. 82 (6). – P. 1970–1984.

39. Shonkoff J. P. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress / J. P. Shonkoff, A. S. Garner ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics // Pediatrics. – 2012. – Vol. 129 (1). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e232_ – Title from screen.

40. Singh G. K. Widening socioeconomic disparities in US childhood mortality, 1969–2000 / G. K. Singh, M. D. Kogan // Am. J. Public Health. – 2007. – Vol. 97(9). – P. 1658–1665.

41. Smith T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies / T. Smith // BMJ. – 1993. – Vol. 306 (6887). – P. 1232–1235.

42. The economic costs of childhood poverty in the United States / H. Holzer, D. W. Schanzenbach, G. J. Duncan // J. Child. Poverty. – 2008. – Vol. 14 (1). – P. 41–61.

43. The home environments of children in the United States part I: variations by age, ethnicity, and poverty status / R. H. Bradley, R. F. Corwyn, H. P. McAdoo [et al.] // Child. Dev. – 2001. – Vol 72 (6). – P. 1844–1867.

44. The impact of episodic and chronic poverty on child cognitive development / J. M. Najman, M. R. Hayatbakhsh, M. A. Heron [et al.] // J. Pediatr. – 2009. – Vol. 154 (2). – P. 284–289.

45. The world's worst pollution problems: assessing health risks at hazardous waste sites. Blacksmith Institute. – New York, 2012. – P. 23–34.

46. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008 / C. A. Boyle, S. Boulet, L. A. Schieve [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127 (6). – P. 1034–1042.

47. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? / M. Tracy, F. J. Zimmerman, S. Galea [et al.] // J. Psychiatr. Res. – 2008. – Vol. 42 (14). – P. 1163–1175.

48. Williams D. R. Social determinants: taking the social context of asthma seriously / D. R. Williams, M. Sternthal, R. J. Wright // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123 (suppl. 3). – P. S174–S184.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.06.2016 р.

Социально-экономические аспекты формирования здорового начала жизни детей (аналитический обзор научной литературы)

Г.А. Слабкий¹, Е.М. Ковалева²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

²ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – исследовать влияние социально-экономических факторов на формирование здорового начала жизни детей.

Метод: библиосемантический.

Результаты. Проанализирована современная научная литература по влиянию бедности на состояние здоровья детей и экономических потерь государств от отсутствия гарантированного государственного пакета медицинских и социальных услуг всем детям в начале их жизни.

Выводы. Рекомендовано использование передового опыта по снижению негативного влияния бедности на здоровья детей в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, социально-экономические факторы, здоровья, влияние.

Socio-economic aspects of the formation of the healthy life start of children (analytical review of scientific literature)

G.O. Slabkiy¹, O.M. Kovaleva²

¹PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²HSEEU «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

Purpose – to consider the influence of socio-economic factors upon the formation of healthy start of children's life.

Method: bibliosemantic.

Results. Modern scientific works regarding the impact of poverty on the health of children and the economic losses of the states from the lack of guaranteed State package of medical and social services for all kids at the beginning of their lives were analyzed.

Conclusions. It is recommended to use best practices to reduce the negative impact of poverty on the health of children in Ukraine.

KEY WORDS: children, socio-economic factors, health, impact.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., проф. кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

ОЦІНКА ДОЦІЛЬНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ МАТЕРЯМИ

¹Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – вивчити доцільність впровадження ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в Закарпатській області безпосередньо на базі регіонального центру профілактики та боротьби із СНІДом.

Матеріали та методи. Використано методи порівняльного та системного аналізу, а також інформаційно-аналітичний, статистичний та соціологічний. Проаналізовано низку джерел фінансового обліку та звітності, медичної та технологічної документації.

Результати. Встановлено, що існуюча система забезпечення ранньої діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на базі куцовой спеціалізованої лабораторії має низку недоліків на преаналітичному етапі і не забезпечує своєчасного та повного охоплення обстеженням осіб, які її потребують. Показано, що децентралізація даного виду дослідження є більш економічно обґрунтованою: витрати на обстеження однієї дитини становлять 1348,50 грн проти 1607,08 грн на базі куцовой спеціалізованої лабораторії при трикратному обстеженні та 674,25 грн проти 1211,52 грн при двократному – відповідно.

Висновки. Впровадження даного виду досліджень на базі Закарпатського центру СНІДу прогнозовано дасть як медичний, так і соціальний ефект, а також є доцільним з економічної точки зору.

Ключові слова: вірусологічна діагностика, ВІЛ-інфекція, економічна доцільність, Закарпатська область.

ВСТУП

Діагностика ВІЛ-інфекції в дорослих осіб та дітей, народжених ВІЛ-негативними матерями, здійснюється в Україні серологічними методами, які базуються на визначенні сумарного спектру антитіл та антигену ВІЛ або сумарного спектра антитіл за допомогою імуноферментного, імунохемілюмінесцентного аналізу або швидких тестів, із подальшим підтвердженням позитивних результатів відповідно до визначених алгоритмів [6, 8]. Водночас, у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у віці до 18 місяців діагностувати ВІЛ-інфекцію серологічними методами неможливо у зв'язку з наявністю в їхній сироватці крові материнських антитіл – імуноглобулінів класу G, що передаються плоду через плаценту внутрішньоутробно та циркулюють у крові дитини до 12–18 місяців [1]. Рання діагностика ВІЛ-інфекції у таких дітей потребує використання прямих лабораторних методів, заснованих на виявленні самого вірусу або його компонентів, так званих вірусологічних тестів [5, 15]. Раннє виявлення факту інфікування ВІЛ новонародженої дитини є основою для своєчасного призначення специфічного лікування ВІЛ-інфекції – антиретровірусної терапії (АРТ), що значно знижує ризик прогресування ВІЛ-інфекції до стадії СНІДу і смертність, пов'язану з імунодефіцитом у дітей, перинатально інфікованих ВІЛ [13, 14].

В Україні встановлення ВІЛ-статусу дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, протягом перших 18 місяців життя вірусологічними методами проводиться з кінця 2005 р. Донедавна, відповідно до

затвердженого алгоритму таких досліджень [9], тестування зразків крові дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на наявність провірусної ДНК проводилося двічі: уперше – після досягнення дитиною 1–2 місяців, повторне тестування – у віці 3–4 місяці за умови, якщо перший результат був негативним. У разі, якщо перший результат тестування був позитивним, рекомендувалося проводити повторне тестування через 1–2 тижні. З червня 2016 р. вступив у дію новий алгоритм ведення дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю, який передбачає визначення провірусної ДНК ВІЛ для виявлення антенатального інфікування ВІЛ на 2–3-тю добу після народження дитини (суха крапля крові – СКК). У разі позитивного результату рекомендується негайне додаткове обстеження дитини вірусологічними тестами. Друге та третє тестування проводиться у віці відповідно 1–2 і 3–4 місяці [11].

Забезпечення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей в Україні є досить обмеженим і залежить від багатьох чинників. Так, станом на 01.01.2016 р. дослідження з визначення провірусної ДНК ВІЛ-1 в Україні проводиться тільки в 6 закладах охорони здоров'я країни, які забезпечують ранню діагностику ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, для закладів охорони здоров'я визначених наказом МОЗ України адміністративно-територіальних одиниць [7]. Вимоги до зразків, що підлягають тестуванню, теж ускладнюють його доступність – для досліджень використовується тільки цільна кров. Вона придатна для аналізу лише протягом 48 год. від моменту забору до моменту проведення тестування, що в умовах віддаленості міжрегіональних

лабораторій обмежує термін проведення досліджень зразків крові до 24 год., що, своєю чергою, змушує вводити графіки прийому клінічних зразків із точною регламентацією їх кількості та пропорційно до потреб кожного регіону з урахуванням останніми роками обмеженого фінансування за даним напрямком. Це, своєю чергою, створює додаткові труднощі для спеціалістів щодо організації процесу забору та доставки біологічного матеріалу в лабораторію. Потреба у відрядженні медичного працівника для транспортування зразків в іншу область на термін до 3 діб (для відділених регіонів) в умовах обмеження кадрового забезпечення закладів служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, обмеження коштів на відрядження в бюджетних закладах охорони здоров'я також негативно впливають на забезпечення охоплення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями даними видами обстеження. В таких умовах є необхідність вивчення питання економічної доцільності впровадження ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, безпосередньо в регіоні їх проживання на базі регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, зокрема, в Закарпатській області.

Мета роботи – вивчити доцільність впровадження ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в Закарпатській області безпосередньо на базі регіонального центру профілактики та боротьби із СНІДом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети використано такі методи дослідження: статистичний, інформаційно-аналітичний, соціологічний, порівняльного та системного аналізу. Вивчено динаміку кількості дітей, народжених ВІЛ-

інфікованими матерями, та рівень охоплення їх ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції. Для цього використано дані державної статистичної звітності МОЗ України – звітних форм № 2–СНІД (річна), Звіт про обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на наявність провірусної ДНК ВІЛ-1; повідомлення про результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ. Проаналізовано нормативну базу щодо алгоритмів проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями; лабораторних можливостей забезпечення діагностики (ринок діагностичних реагентів, інструкцій до них); матеріальних затрат на проведення окремих досліджень. Для вивчення чинників, які впливають на доступність до послуг із забору біологічного матеріалу в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, використано соціологічний метод – опитування ВІЛ-інфікованих жінок, які народжували в період 2013–2015 рр. Порівняльний та системний аналіз дав змогу оцінити економічний, медичний та соціальний ефект від впровадження проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у Закарпатському центрі з профілактики та боротьби із СНІДом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Рівень охоплення ранньою вірусологічною діагностикою ВІЛ-інфекції (перше обстеження) дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в Україні за останні 2 роки зменшився і становив у 2015 р. 66,84% проти 84,53% у 2013 р. Така тенденція характерна і для Закарпатської області. При цьому рівень охоплення даними обстеженнями в області за даними 2015 р. був нижчим за середній по країні майже на 9% [2–4] (табл. 1).

Таблиця 1

Охоплення ранньою вірусологічною діагностикою ВІЛ-інфекції (перше обстеження) дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в Україні та Закарпатській області за 2013–2015 рр.

Регіон	Діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями								
	нові випадки, осіб	обстежено на наявність ВІЛ, осіб	охоплення тестуванням, %	нові випадки, осіб	обстежено на наявність ВІЛ, осіб	охоплення тестуванням, %	нові випадки, осіб	обстежено на наявність ВІЛ, осіб	охоплення тестуванням, %
	2013 р.			2014 р.			2015 р.		
Україна	3 898	3 295	84,5	3 600	2 417	67,1	2 967	1 983	66,8
Закарпатська область	13	9	69,2	24	17	70,8	12	7	58,3

Як наведено в таблиці 1, кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в Закарпатській області за аналізований період була незначною і коливалася від 12 осіб у 2015 р. до 24 у 2014 р. Водночас, навіть при таких незначних кількостях пацієнтів даної категорії рівень охоплення первинною вірусологічною діагностикою ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в області за

2013–2015 рр. в загальному становив 67,3%, що на 6,2% менше за показник охоплення в цілому по країні за аналогічний період (73,5%).

Проведений нами системний аналіз причин низького рівня охоплення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, первинними вірусологічними обстеженнями на наявність ВІЛ показав, що основою

такої ситуації є значні труднощі забезпечення преаналітичного етапу проведення дослідження, зокрема, забезпечення забору біологічного матеріалу та його своєчасна (протягом 24 год. від моменту забору) доставка в спеціалізовану лабораторію.

Так, аналіз маршруту пацієнта для забезпечення власне забору матеріалу для дослідження виявив низку слабких місць, обумовлених існуючою системою забезпечення даного виду обстежень для відповідної категорії жителів Закарпатської області. Так, згідно з розподілом МОЗ України [7], для жителів Закарпатської області дослідження з визначення провірусної ДНК у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, здійснюється за кошти Державного бюджету України в Івано-Франківському обласному центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом за визначеним графіком – 1 раз на місяць. Зважаючи на суворі вимоги до умов і термінів транспортування біологічного матеріалу [11], забір крові для проведення зазначеного дослідження здійснюється виключно в регіональному центрі профілактики та боротьби із СНІДом у м. Ужгороді, що зумовлює необхідність приїзду в заклад немовлят та їхніх батьків із віддалених регіонів області. Аналіз даних щодо кількості запрошених пацієнтів для проведення забору біологічного матеріалу та отриманих зразків для подальшого транспортування у визначені графіком дні показав, що відсоток пацієнтів, що з'явилися для проходження процедури в регіональний центр СНІДу, за аналізований період коливався від 30,0% до 62,5%.

За результатами опитування батьків (опікунів) дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, серед основних причин неприїзду пацієнтів для проведення дослідження виявлено: брак коштів на оплату проїзду; сімейні обставини, пов'язані з небажанням відкрити ВІЛ-статус близьким родичам; труднощі щодо можливостей організації приїзду в чітко визначений день.

Окремим зовнішнім бар'єром для забезпечення стовідсоткового охоплення дітей вірусологічними обстеженнями є наявність суворого лімітування кількості зразків крові, які можуть бути прийняті в роботу куцтвою вірусологічною лабораторією. Складна логістика забезпечення преаналітичного етапу проведення вірусологічної діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в регіоні вказує на необхідність пошуку оптимізації існуючої системи забезпечення даного виду медичної допомоги в регіоні.

Зважаючи на те, що на базі лабораторного відділення Закарпатського центру з профілактики та боротьби із СНІДом є всі умови для проведення вірусологічних досліджень (лабораторне обладнання, підготовлені спеціалісти) та можливість відповідної підготовки зразків крові для подальшого відтермінованого дослідження (до 2 тижнів, а не 24 год.), децентралізація вірусологічних досліджень могла б суттєво поліпшити

умови забезпечення проведення досліджень, покращити охоплення дітей з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та своєчасного призначення їм АРТ. Дане впровадження прогнозовано дало б значний як медичний, так і соціальний ефект. Водночас, зважаючи на незначний обсяг досліджень, є необхідність оцінки економічної ефективності і відповідно доцільності, з економічної точки зору, впровадження даного методу діагностики на базі Закарпатського центру СНІДу.

Економічний аналіз маршруту біологічного матеріалу від моменту забору до моменту доставки в спеціалізовану лабораторію показав таке. Доставка зразків в Івано-Франківськ забезпечується працівником Закарпатського центру СНІДу. Термін відрядження працівника, незважаючи на відносно невелику віддаленість міст, становить 3 доби, що пов'язано з особливостями сполучення між містами (відсутність прямого залізничного сполучення) та графіком руху рейсових автобусів (доступні автобусні рейси прибувають до Івано-Франківська в нічні години). Витрати з бюджету закладу на одне відрядження працівника з метою транспортування біологічного матеріалу в спеціалізовану лабораторію (вартість у цінах 2015 р.) наведено в таблиці 2.

Таблиця 2
Витрати з бюджету закладу на відрядження працівника для транспортування біологічного матеріалу в спеціалізовану лабораторію

Вид витрат із бюджету закладу	Сума, грн
Вартість квитків в обидві сторони	300,0
Вартість нічлігу в готелі	350,0
Добові (за 3 доби)	150,0
Доплата працівнику за розширення обсягу виконуваних робіт*	500,0
Разом	1300,0

Примітка: * – відрядження 1 раз на місяць.

Таким чином, на одну доставку зразків біологічного матеріалу з бюджету закладу у 2015 р. витрачалося 1300,00 грн. Усього протягом 2015 р. біологічний матеріал дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, відвозився до спеціалізованої куцтвою лабораторії 5 разів, направлено всього 15 зразків крові (із них 9 – для первинного обстеження, 6 – повторного). Із 9 зразків біологічного матеріалу, направлено для первинного обстеження, 2 зразки належали дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями у 2014 р. і не обстеженим до цього на наявність ВІЛ. Отже, всього витрати бюджету регіонального центру СНІДу на забезпечення проведення вірусологічної діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, становили 6500,0 грн (табл. 3).

Таблиця 3

Витрати бюджетів різних рівнів на забезпечення вірусологічного обстеження на ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які проживають у Закарпатській області, за 2015 р.

Дата проведення дослідження	Кількість відправлених зразків	Кількість досліджень	Витрати на власне досліджень (кошти Державного бюджету)*, грн	Витрати на доставку (кошти центру СНІДу), грн	Разом, грн
23.04.2015	9	11	1483,35	1300,00	2783,35
12.06.2015	2	4	539,40	1300,00	1839,40
16.07.2015	1	3	404,55	1300,00	1704,55
20.08.2015	1	3	404,55	1300,00	1704,55
22.10.2015	2	4	539,40	1300,00	1839,40
Усього	15	25	3371,25	6500,00	9871,25

Примітка: * – витрати на вірусологічне дослідження одного зразка (вартість тест-системи) коштів Державного бюджету у 2015 р. становили 134,85 грн.

Як видно з таблиці 3, у 2015 р. загальні витрати Державного бюджету України та бюджету Закарпатського центру СНІДу на забезпечення вірусологічної діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, становили 9871,25 грн, при цьому вдалося охопити первинним обстеженням лише 58,3% від потреби. Звертає на себе увагу, що загальні витрати на забезпечення транспортування біологічного матеріалу

майже у 2 рази перевищували витрати на власне дослідження (6500,0 грн та 3371,25 грн відповідно).

Звичайно, така структура витрат на забезпечення даного виду діагностики для пацієнтів Закарпатського центру передбачає, що витрати на одне дослідження значною мірою залежать від кількості зразків, направлених одноразово до куцшової спеціалізованої лабораторії (табл. 4).

Таблиця 4

Витрати на вірусологічне обстеження на ВІЛ однієї дитини, яка проживає в Закарпатській області, за 2015 р.

Дата проведення дослідження	Кількість відправлених зразків	Витрати на обстеження однієї дитини з Державного бюджету, грн	Витрати на обстеження однієї дитини з бюджету центру, грн	Загальні витрати на обстеження однієї дитини, яка проживає в Закарпатській області, грн
23.04.2015	9	164,82	144,44	309,26
12.06.2015	2	269,70	650,00	919,70
16.07.2015	1	404,55	1300,00	1704,55
20.08.2015	1	404,55	1300,00	1704,55
22.10.2015	2	269,70	650,00	919,70
У середньому (n=15)		224,75	433,33	658,08

Як видно з таблиці 4, витрати як Державного бюджету, так і бюджету закладу на обстеження одного пацієнта тим менші, чим більше сироваток крові було відправлено в лабораторію для дослідження. Так, при відправці біологічного матеріалу, отриманого від 9 пацієнтів, витрати на обстеження однієї дитини становили 309,26 грн, при цьому якщо було відправлено одну сироватку, то загальні витрати на її тестування дорівнювали вже 1704,55 грн, що у 5,5 разів більше, ніж у першому випадку. Загалом, у середньому загальні витрати на вірусологічне обстеження однієї дитини у 2015 р. склали 658,08 грн.

Нами проведено розрахунки прогнозу витрат на 2016 р. для забезпечення вірусологічної діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями – жителями Закарпатської області. Зважаючи на прогнозовано невелику кількість зразків, розрахунок проведено за трьома сценаріями організації досліджень, які відповідали вимозі проведення дослідження у термін

до 4 тижнів від моменту забору біологічного матеріалу [11]. Так, сформовано три можливі сценарії організації таких досліджень: дослідження у міру надходження зразків – термін виконання протягом 1–2 робочих днів; з накопиченням по 2 зразки – термін виконання від 2 до 4 тижнів; з накопиченням по 4 зразки – термін виконання 4–8 тижнів. За результатами аналізу диспансерної групи Закарпатського центру СНІДу проведено оцінку ймовірної кількості нових випадків народження дітей ВІЛ-інфікованими матерями у 2016 р. – близько 20 дітей.

Слід зазначити, що при розрахунках потреб у дослідженнях враховано вимоги до порядку тестування (відповідно до інструкцій із використання діагностичних реагентів) – необхідність проведення контрольних досліджень – 2 дослідження незалежно від кількості досліджуваних зразків. Через це затрати реагентів на обстеження одного зразка, отриманого від пацієнта, значно зростали, відповідно дорожчала вартість обстеження однієї дитини. При цьому враховано, що в

травні 2016 р. впроваджено рекомендації щодо потреб у проведенні досліджень із матеріалу СКК, тому даний вид дослідження включено в розроблені сценарії організації вірусологічної діагностики ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями [11].

Розрахунок потреб у вірусологічних дослідженнях за різними сценаріями організації досліджень для стовідсоткового охоплення ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками Закарпатської області, на 2016 р. (прогностично – 20 новонароджених) наведено в таблиці 5.

Таблиця 5
Розрахунок потреб у дослідженнях із визначення провірусної ДНК для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у Закарпатській області на 2016 р. за сценаріями організації досліджень

Тип зразка	Кількість досліджень за сценаріями		
	у міру надходження зразків	з накопиченням по 2 зразки	з накопиченням по 4 зразки
СКК	60	40	30
Цільна кров	120	80	60

Як видно з таблиці 5, найбільш оптимальним є варіант проведення вірусологічних досліджень із накопиченням 2 зразків: кількість досліджень не є найменшою, але при цьому сценарії дотримується вимога щодо терміну отримання лікуючим лікарем результату дослідження – до 4 тижнів від моменту забору біологічного матеріалу. Сценарій, що передбачає проведення дослідження у міру надходження зразків, є ефективним з точки зору терміну отримання результату (1–2 робочі дні), але дуже затратним – потребує проведення тестування значної кількості контрольних зразків, що є неефективним з економічної точки зору.

Слід зазначити, що з доступних на ринку України діагностичних наборів найменша комплектація одного набору розрахована на проведення 100 досліджень зразків цільної крові або 42 досліджень СКК. Для вибору найбільш економічно вигідної комплектації набору в умовах малої кількості досліджень нами оцінено кожен із доступних варіантів комплектації [10]:

– Комплект реагентів у формі комплектації 1 – розрахований на екстракцію РНК/ДНК зі 100 проб, включаючи контрольні зразки, в разі якщо в якості клінічного матеріалу використовується цільна кров, і з 42 проб, включаючи контрольні зразки, в разі якщо в якості клінічного матеріалу використовуються СКК. Вартість – 21 916,00 грн.

– Комплект реагентів у формі комплектації 2 – розрахований на екстракцію РНК/ДНК зі 100 проб, включаючи контрольні зразки; в якості клінічного матеріалу може використовуватися цільна кров або СКК. Включає комплект витратних матеріалів для забору зразків СКК у кількості 100 шт. Вартість – 52 636,00 грн.

– Комплект реагентів у формі комплектації 3 – розрахований на екстракцію ДНК зі 100 проб клінічного матеріалу, включаючи контрольні зразки; в якості клінічного матеріалу використовується тільки цільна кров. Вартість – 21 916,00 грн.

Оскільки потреба в дослідженнях для стовідсоткового охоплення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, для зразків СКК за сценарієм із накопиченням по 2 зразки – 40 досліджень, для покриття потреб найбільш оптимальним буде набір у формі комплектації 1, у кількості 1 одиниця. Для двократного тестування зразків цільної крові також потрібен 1 набір, причому підходить для цього будь-яка з трьох форм комплектацій, та більш доцільною, за вартісною характеристикою, буде комплектація 1 або 3 (їх вартість однакова). Таким чином, витрати центру на діагностичні набори для забезпечення трикратного обстеження всіх дітей становитимуть 43 832,00 грн, а затрати на обстеження однієї дитини (3 рази) – 2 191,60 грн (табл. 6).

Таблиця 6
Розрахунок витрат на забезпечення досліджень із визначення провірусної ДНК для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у Закарпатській області на 2016 р. за сценарієм із накопиченням по 2 зразки

Тип зразка	Кількість досліджень	Кількість необхідних діагностичних наборів (комплект 1)	Вартість наборів*, грн	Затрати на обстеження однієї дитини з бюджету центру, грн
СКК	40	1	21916,00	1095,80
Цільна кров (дворазово)	80	1	21916,00	1095,80
Усього	120	2	43832,00	2191,60

Примітка: * – дані з реєстру оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення станом на 08.06.2016 р. [10].

Слід взяти до уваги, що враховані в розрахунках ціни перевищують вартість закуплених тих же діагностичних наборів за кошти Державного бюджету в

2016 р. у 1,63 разу (219,16 та 134,85 відповідно) [12]. Перерахунок затрат на тест-системи за закупівельними цінами МОЗ України 2016 р. наведено в таблиці 7.

Таблиця 7

Перерахунок витрат на забезпечення досліджень із визначення провірусної ДНК для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у Закарпатській області на 2016 р. з урахуванням закупівельних цін на діагностикуми МОЗ України

Тип зразка	Кількість досліджень	Кількість необхідних діагностичних наборів (комплект 1)	Вартість наборів*, грн	Затрати на обстеження однієї дитини з бюджету центру, грн
СКК	40	1	13485,00	674,25
Цільна кров (дворазово)	80	1	13485,00	674,25
Усього	120	2	26970,00	1348,50

Примітка: * – дані закупівельних цін на вироби медичного призначення для проведення даного виду досліджень за кошти Державного бюджету у 2016 р. [12].

Узагальнюючи проведені розрахунки, можна зробити висновок, що затрати Закарпатського центру СНІДу на реагенти для забезпечення трикратного обстеження на наявність ВІЛ-інфекції дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, залежно від варіантів застосування закупівельних цін, коливатимуться в межах 26970,00–43832,00 грн, двократного – 13485,00–21916,00 грн.

Якщо ж розглядати затрати бюджету закладу за умови виконання досліджень на базі Івано-Франківського центру СНІДу, Закарпатський центр СНІДу тільки на доставку зразків витратить 15 600,00 грн, за умови щомісячної доставки, для забезпечення найбільш оптимальних умов забезпечення стовідсоткового охоплення ранньою діагностикою ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. І, звичайно, слід

врахувати витрати з Державного бюджету, а це щонайменше 16 541,60 грн (при забезпеченні трикратного обстеження) і 8 630,40 грн (за неможливості забезпечити забір СКК на 2–3-й день життя дитини) [11].

При розрахунку затрат на реагенти з Державного бюджету враховано 60 клінічних зразків – 20 СКК за ціною 321,07 грн за одне дослідження (перерахунок по комплектації набору – 1 набір розрахований на 100 проб, якщо в якості клінічного матеріалу використовується цільна кров, або на 42 проб, якщо в якості клінічного матеріалу використовуються СКК) та 40 цільної крові за ціною 134,85 грн за одне дослідження, а також два дослідження контрольних зразків на місяць – усього 24, з них відповідно до кількості обстежуваних зразків – 1/3 (8) за ціною 321,07 грн та 2/3 (16) за ціною 134,85 грн (табл. 8).

Таблиця 8

Порівняння витрат на забезпечення досліджень із визначення провірусної ДНК для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, при проведенні досліджень на базі Закарпатського та Івано-Франківського центрів СНІДу

Процедура тестування	Витрати, грн							
	за умови проведення досліджень у Закарпатському центрі СНІДу				за умови проведення досліджень в Івано-Франківському центрі СНІДу			
	на реагенти	на доставку	разом	на одну дитину	на реагенти	на доставку	разом	на одну дитину
При триразовому тестуванні	26970,00	0,00	26970,00	1348,50	16541,60	15600,00	32141,60	1607,08
При дворазовому тестуванні	13485,00	0,00	13485,00	674,25	8630,40	15600,00	24230,40	1211,52

Таким чином, тестування з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, є економічно доцільнішим на базі Закарпатського центру СНІДу: витрати на обстеження однієї дитини становлять 1 348,50 грн проти 1 607,08 грн на базі кущової спеціалізованої лабораторії при трикратному обстеженні, а також 674,25 грн проти 1211,52 грн при двократному – відповідно.

ВИСНОВКИ

Існуюча система організації ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які є жителями Закарпатської області, на базі кущової спеціалізованої лабораторії Івано-Франківського

центру СНІДу має низку недоліків на преаналітичному етапі і не може забезпечити своєчасного та стовідсоткового охоплення даної групи пацієнтів необхідними вірусологічними дослідженнями. Рівень охоплення первинною вірусологічною діагностикою ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в області за 2013–2015 рр. у загальному становив 67,3%, що на 6,2% менше за показник охоплення в цілому по країні за аналогічний період.

Аналіз прогнозованих витрат на забезпечення проведення ефективної (своєчасне та стовідсоткове охоплення тестуванням) ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на базі Закарпатського центру СНІДу показав його економічну ефективність: витрати на обстеження однієї дитини

становлять 1348,50 грн проти 1607,08 грн на базі кущової спеціалізованої лабораторії при трикратному обстеженні та 674,25 грн проти 1211,52 грн при двократному – відповідно.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Впровадження даного виду вірусологічних досліджень для жителів Закарпатської області на базі Закарпатського центру СНІДу могла б суттєво покращити умови забезпечення проведення досліджень, поліпшити охоплення дітей з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та своєчасного призначення їм АРТ. Дане впровадження прогнозовано дало б значний як медичний, так і соціальний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аряєв М. Л. Зникнення материнських антитіл до ВІЛ у дітей раннього віку, народжених ВІЛ-інфікованими жінками / М. Л. Аряєв, Н. В. Котова, О. О. Старець // Досягнення біології та медицини. – 2006. – № 2 (8). – С. 30–35.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2014. – № 42. – 40 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2015. – № 44. – 37 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – № 45. – 130 с.
5. ВІЛ-інфекція у дітей : адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : наказ МОЗ України від 24.02.2015 р. № 92 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150224_0092dod_akn.pdf. – Назва з екрана.
6. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения, 2007 [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf. – Название с экрана.
7. Про затвердження переліків центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні : наказ МОЗ України від 16.09.2009 р. № 673. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/print/dn_20090916_673.html. – Назва з екрана.
8. Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення : наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 (у редакції наказу МОЗ України від 17.09.2012 р. № 718) [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1927-12>. – Назва з екрана.
9. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей : сумісний наказ МОЗ України, МОН України, Мінмолодьспорт України, Державного Департаменту України з питань виконання покарань, Мінсоцполітики України вид 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07>. – Назва з екрана.
10. Реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення станом на 08.06.2016. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/docfiles/Reestr_vmp_stanom_na_08.06.2016.pdf. – Назва з екрана.
11. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» : наказ МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150727_0_dod_ukr.pdf. – Назва з екрана.
12. Centralized procurement of test-systems for the diagnosis of HIV, ARV maintenance and monitoring of HIV infection, determination of virus resistance, organization of referent studies. [Electronic document]. – Access mode : [1http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/PR/All_HIV_products_ENG.pdf?download](http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/PR/All_HIV_products_ENG.pdf?download). – Title from screen.
13. Effect of Early Antiretroviral Therapy on the Risk of AIDS/Death in HIV-infected Infants / T. Goetghebuer, E. Haelterman, J. Le Chenadec [et al.] : The European Infant Collaboration group // J. AIDS. – 2009. – № 23 (5). – P. 597–604.
14. Mok Jacqueline Y. Q. HIV Infection in Children: A Guide to Practical Management / Jacqueline Y. Q. Mok, Marie-Louise Newell. – Cambridge University Press, 1995. – 313 p.
15. WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children. Geneva, World Health Organization, 2010. [Electronic document]. – Access mode: (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599085_eng.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.07.2016 р.

**Оценка целесообразности внедрения
в Закарпатской области ранней диагностики
ВИЧ-инфекции у детей, рожденных
ВИЧ-инфицированными матерями**

Н.И. Потокий¹, И.С. Миронюк²

¹Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом,
г. Ужгород, Украина

²ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить целесообразность внедрения ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в Закарпатской области непосредственно на базе регионального центра профилактики и борьбы со СПИДом.

Материалы и методы. Использованы методы сравнительного и системного анализа, а также информационно-аналитический, статистический и социологический. Проанализирован ряд источников финансового учета и отчетности, медицинской и технологической документации.

Результаты. Установлено, что существующая система обеспечения ранней диагностики ВИЧ у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на базе кустовой специализированной лаборатории имеет ряд недостатков на преаналитическом этапе и не обеспечивает своевременного и полного охвата обследованием нуждающихся. Показано, что децентрализация данного вида исследования является экономически обоснованным: расходы на обследование 1 ребенка составляют 1348,50 грн против 1607,08 грн на базе кустовой специализированной лаборатории при трехкратном обследовании и 674,25 грн против 1211,52 грн при двукратном – соответственно.

Выводы. Внедрение данного вида исследований на базе Закарпатского центра СПИДа прогнозируемо даст как медицинский, так и социальный эффект, а также является целесообразным с экономической точки зрения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вирусологический диагностика, ВИЧ-инфекция, экономическая целесообразность, Закарпатская область.

**The assessment of HIV-infection diagnostic launch
in Transcarpathian region among children,
born by HIV-infected mothers**

N.Y. Potokiy¹, I.S. Myronyuk²

¹Transcarpathian Center for Preventing
and Struggling with AIDS, Uzhhorod, Ukraine

²SHEE «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the expediency of launching an early diagnostic of HIV-infection among the children, born by HIV-infected mothers in Transcarpathian region directly at the regional Center for Preventing and Struggling with AIDS.

Materials and methods. During this study there has been used methods of comparative and system analysis along with other methods such as information-analytical, statistical, and sociological. Also there has been analyzed a number of sources in financial accounting and reporting, medical and technical documentation.

Results. It has been established, that the existing system for providing an early HIV diagnostic among the children, born by HIV-infected mothers, based on interregional specialized laboratory has a number of disadvantages at the pre-analytical stage and it does not provide full and timely coverage with tests for all those who need them. It is shown that decentralization in this particular type of diagnostic is more appropriate financially. For triple testing expenditures per a child here would be 1348.50 grn against 1607.08 grn when based on interregional specialized laboratory. Similarly, for double testing these expenditures are 674.25 grn and 1211.52 grn accordingly.

Conclusions. Launching the particular type of diagnostic at Transcarpathian Center for Preventing and Struggling with AIDS predictively brings both medical and social effects and it is quite expedient from the financial point of view.

KEY WORDS: virological diagnostics, HIV-infection, economic expediency, Transcarpathian region.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Потокий Наталія Йосипівна – к.мед.н., зав. відділення лабораторної діагностики Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., доц. кафедри пульмонології і фізіотрії ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

В.Г. Слабкий

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ В ЕКОНОМІЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна***«Уточнюйте значення слів
і ви звільните людство від половини його помилок».
Рене Декарт***Мета** – ознайомити організаторів охорони здоров'я і науковців із сучасними термінами в економіці охорони здоров'я.**Методи:** системний підхід, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.**Результати.** Наведено значення основних термінів в охороні здоров'я.**Висновки.** Рекомендується організаторам охорони здоров'я для використання в практичній діяльності.**Ключові слова:** економіка охорони здоров'я, терміни та їх значення.**ВСТУП**

Проблема єдності термінології, яка використовується в галузі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, набула в останні роки особливого значення.

У межах медичної науки виникають суперечки, дискусії, коли постає питання щодо використання відповідної термінології.

У джерелах наукової медичної інформації з даної проблеми в Україні, у близькому і дальньому зарубіжжі зустрічаються різні варіанти тлумачення однакових

термінів, що призводить до термінологічної плутанини, ускладнює працю науковців і практичних лікарів, а також установ, які використовують у своїй роботі цю термінологію [1–20].

Мета роботи – ознайомити організаторів охорони здоров'я та науковців із сучасними термінами в економіці охорони здоров'я.

Методи: системний підхід, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.

Пропонується перелік і тлумачення термінів для їх використання в економіці охорони здоров'я.

<i>Адресність/ цільова допомога</i>	Спрямованість політики на конкретну групу (групи) населення. Ефективність адресності розглядається у двох аспектах: горизонтальна ефективність, тобто здатність системи охопити всіх, на кого розрахована дана політика (недопущення пропусків в охопленні), і вертикальна ефективність – здатність системи як такої охопити тільки певні групи (недопущення надання допомоги групам, яким вона не призначена). Загальний процес надання благ, таких як їжа чи медичний огляд, так званим цільовим групам, наприклад, бідним, жінкам чи дітям. Перевірка наявності засобів до існування є лише одним із способів визначення цільових груп.
<i>Альтернативні витрати</i>	Цінність, яку можна було б отримати в результаті альтернативної дії, від якої довелося відмовитись. Вартість ресурсу при найкращому з усіх можливих варіантів його використання. Якщо б ресурси були безмежні, то ніяка дія не здійснювалась б за рахунок іншого, і тоді альтернативні витрати будь-якої дії (цінність наступної найкращої альтернативи) були б рівні нулю. У реальному світі, де ресурси обмежені, альтернативні витрати додатні. Втрачена вигода, коли вибір або прийняття одного рішення вимагає відмовитись від іншого (альтернативного) рішення. Вартість втрачених можливостей. Вартість або рівень повернення найкращих альтернативних інвестувань, які є доступними.
<i>Амортизація</i>	Процес зношування і поступового перенесення вартості основних засобів на вартість продукції, виготовленої за їх участю.
<i>Аналіз «витрати– вигода»</i>	Загалом, кількісний аналіз чистих суспільних вигід того чи іншого варіанту (державної політики). (1) Метод порівняння реальних і потенційних витрат (приватних і суспільних) відповідно до різних альтернативних схем із реальними і потенційними результатами (приватними і суспільними), звичайно виражених у грошовому еквіваленті та поточній вартості, з наміром визначити, яка з них призводить до максимальних виплат/компенсацій. (2) Вид економічного аналізу, коли порівнюють витрати і вигоду меншою мірою двох альтернативних курсів дій (медичних технологій, програм чи втручань), при цьому вартість і

	вигода виражається в грошових одиницях. Аналіз «витрати-вигода» не допускає наперед, що результати від втручань заслуговують на увагу.
<i>Аналіз «витрати–корисність»</i>	Метод порівняння альтернативних медичних технологій, програм чи втручань, коли витрати оцінюють у фінансових величинах, а результат лікування – у показниках збереження років життя чи скоригованих за якістю років життя, або в не грошових одиницях, які вимірюють добробут пацієнта.
<i>Аналіз ефективності витрат</i>	Метод порівняння альтернативних способів дії для визначення відносного рівня, коли буде досягнуто бажану ціль. Витрати виражаються в грошовому еквіваленті, але результати, як правило, характеризуються у фізичних одиницях (число врятованих життів або виявлених захворювань). Метод, коли порівнюють альтернативні медичні технології, програм чи втручань, при цьому вартість вимірюється у грошових показниках, а результати лікування – в одиницях ефективності або біологічних показниках (відповідає на питання: який із шляхів досягнення заданої конкретної цілі буде найдешевшим). Оцінює вартість однієї одиниці здоров'я, одного результату: відвернена смерть чи інвалідність, випадок захворювання чи ускладнення, збережений рік життя. Тип економічного аналізу, який розглядає витрати і ефекти меншою мірою двох типів можливих втручань, при цьому ефекти можуть бути різні, але вимірюються в натуральних одиницях. Приклади натуральних одиниць: рівень холестерину, вага тіла, кров'яний тиск, кількість збережених років життя і показник смертності.
<i>Аналіз максимальних витрат</i>	Аналіз, коли досліджують додаткову вартість однієї з альтернативних програм лікування у співвідношенні до її додаткового клінічного ефекту.
<i>Аналіз мінімізації вартості</i>	Метод коли порівнюють витрати двох чи більше медичних технологій, програм чи втручань та прями витрати, пов'язані з ними, які мають біоеквівалентну терапевтичну ефективність.
<i>Аналіз самоокупності</i>	Визначення мінімального обсягу чи частоти, необхідних для того, щоб об'єкт вартості був фінансово незалежним чи самоокупним.
<i>Антимонопольне регулювання</i>	Сукупність законодавчих, адміністративних і економічних заходів держави (страховий нагляд) щодо обмеження можливостей страховиків монополізувати страховий ринок.
<i>Аудит</i>	Перевірка, ревізія, яка проводиться з метою підвищення рентабельності закладу; незалежна зовнішня перевірка даних про економічні дії та процеси, що відбуваються на підприємстві, їх відповідність певному критерію та доведення наслідків перевірки до зацікавлених користувачів.
<i>Базовий пакет медичних послуг</i>	Базовий набір медичних послуг, яким роботодавці, державні програми чи фонди мають забезпечити кожного мешканця країни. Визначений набір послуг медичного страхування, який повинен пропонуватися всіма страховиками.
<i>Баланс здоров'я</i>	Стан рівноваги між потенціалом здоров'я і діючими на нього факторами.
<i>Безкоштовне благо</i>	Благо, пропозиція якого за нульової ціни принаймні дорівнює попиту. Ціна в цьому контексті є не просто грошовою ціною, а швидше тим, від чого треба відмовитись, щоб отримати дане благо, тобто альтернативними витратами.
<i>Бізнес</i>	Справа, заняття, які приносять дохід; підприємницька або комерційна діяльність, вид діяльності, напрям діяльності фірми. Ділова активність, спрямована на вирішення завдань, пов'язаних у кінцевому результаті зі здійсненням на ринку операцій обміну товарами і послугами між суб'єктами ринку з використанням форм і методів конкурентної діяльності, яка склалася на ринку. Бізнес здійснюється з метою отримання доходів (прибутку) від результатів діяльності в різноманітних сферах: у матеріальному виробництві і торгівлі, банківській, страховій, туристичній справі, при проведенні транспортних, орендних і багатьох інших операцій. Суб'єктами в бізнесі можуть виступати вільні в своїх діях на ринку одноосібні власники капіталу – фізичні особи, а також власники і співвласники капіталу фірм, які виступають як юридичні особи.
<i>Благодійність</i>	Добровільні безкорисливі пожертвування фізичних і юридичних осіб у формі надання отримувачем матеріальної, фінансової, організаційної або іншої благочинної допомоги. Види благодійності: меценатство, спонсорство.
<i>Бюджет</i>	(1) Поточний план діяльності, де визначено майбутні витрати та джерела їх покриття, а також відображено відносини з фінансовими, кредитними та іншими зовнішніми організаціями та економічні відносини всередині підприємства. Кількісний вираз плану, інструмент контролю та координації його виконання.

	(2) Періодичний розподіл коштів медичним установам або від їх імені. Загальна кількість асигнувань визначається завчасно (на перспективній основі).
<i>Бюджет готівки</i>	Графік, який демонструє рух грошової готівки (доходи, витрати і чисту готівку) на підприємстві за конкретний період часу.
<i>Бюджет охорони здоров'я/ консолідований бюджет охорони здоров'я</i>	Форма утворення і витрачання коштів, призначених для фінансового забезпечення державної системи охорони здоров'я. Зведення бюджетів охорони здоров'я всіх рівнів бюджетної системи на відповідній території.
<i>Бюджет споживчий мінімальний (бюджет життєвого мінімуму)</i>	Сімейний бюджет, який включає вибір товарів і послуг, достатній для задоволення основних фізіологічних і соціально-культурних потреб членів сім'ї.
<i>Бюджетний процес</i>	Регламентована нормами права діяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування й учасників бюджетного процесу по складанню і розгляду проектів бюджетів, проектів бюджетів державних позабюджетних фондів, затвердженню і виконанню бюджетів і бюджетів державних позабюджетних фондів, а також по контролю за їх виконанням.
<i>Бюджетно- податкова політика</i>	Політика, пов'язана з рівнем державних видатків і балансом між державними витратами і податковими надходженнями. Держава загалом може фінансувати свою діяльність через а) оподаткування; б) продаж облігацій і в) збільшення грошової маси. Якщо державні видатки перевищують податкові надходження, дефіцит бюджету, який створюється, можна фінансувати або через продаж державних облігацій, або через збільшення грошової маси. Таким чином, дефіцит бюджету може внести свій вклад у загальний інфляційний тиск.
<i>Вартісний еквівалент коефіцієнта витратоємності, який дорівнює одиниці</i>	Метод для оцінювання собівартості, відповідно до якої, ресурси однієї процедури, продукту, діяльності чи послуги (об'єкт оцінки вартості) визначаються залежно (співвідносно) один до одного. Встановлюючи ієрархію відносного поглинання ресурсів об'єктами нарахування вартості, загальні витрати можна віднести до всіх об'єктів оцінки вартості відповідно до їх відносної витратоємності залежно від частоти їх розповсюдження. Числовий символ, розроблений для можливості порівнянь необхідних ресурсів (чи співрозмірних цін) на різні одиниці продукції. Вартісний еквівалент враховує вкладену працю, знання, ресурси, обладнання, приміщення і т.д. у сукупну вартість процедури чи іншої одиниці послуги. Ця вартість переводиться у вартісний еквівалент коефіцієнта витратоємності процедури чи послуги, співвідносячи її з вартістю процедури чи послуги, обраної базовою. Наприклад, аналіз крові на еритроцити може бути вибраний базовим і мати вартісний еквівалент коефіцієнта витратоємності 1, якщо визначення рівня цукру в крові є, скажімо, у 5 разів дорожчим, то його вартісний еквівалент коефіцієнта витратоємності рівний 5 (приклад і вартості придумані).
<i>Вартість готельна</i>	Вартість харчування, опалення і подібних послуг, необхідних для утримання пацієнта в лікарні, включаючи вартість всіх медичних послуг.
<i>Вартість захворювання</i>	Прямі і непрямі витрати, пов'язані з окремим захворюванням чи захворюваністю на рівні територіальної, регіональної або національної популяції населення.
<i>Взаємне страхування на рівні громади</i>	Тип некомерційного страхування здоров'я (для неофіційного сектора), сформований на основі етики взаємодопомоги і колективного фонду ризиків для здоров'я, при якому члени беруть участь в управлінні страховою програмою. Важливо зауважити, що управління сучасними страховими програмами в східних і північних регіонах Африки не завжди включає членів програми і це є основною відмінністю від програм в Західній і Центральній Африці.
<i>Вигоди/пільги, компенсація</i>	(1) Вигоди як матеріальні, так і нематеріальні, які отримує фізична особа чи група людей. Позитивні результати. Очікуване в майбутньому отримання доходів чи економії на витратах унаслідок здійснення програми. (2) Гроші, допомога чи інші послуги, на які члени системи охорони здоров'я мають право. У страхуванні здоров'я – це може бути або оплата готівкою або натурою (послугами), які супроводжують страховий медичний випадок.
<i>Види медичної допомоги, охоплені страхуванням/ страховий пакет</i>	Види медичної допомоги, витрати за які повністю або частково оплачує страховик. Винятки відносяться до послуг, що не покриваються страхуванням.

<i>Витрати</i>	<p>Те, чим треба пожертвувати для досягнення цілі: вартість послуг, від яких відмовляються для досягнення цілі (економічне визначення), або загальні витрати, необхідні для її досягнення.</p> <p>Загалом витрачені ресурси, час, гроші, або міра того, що повинно бути віддане для отримання чого-небудь іншого шляхом купівлі, обміну або виробництва (потенційно можливі негативні результати).</p> <p>Фінансові ресурси, використані відповідно до медичної технології чи альтернативного лікування.</p>
<i>Відхилення фактичних витрат (цін) від планових (конкретних, профінансованих)</i>	<p>Різниця (розбіжність), при якій фактичні витрати на одиницю чи вартість одиниці продукції відрізняється від тих, що зазначалися в бюджеті (очікуваних стандартів).</p>
<i>Відшкодування/компенсація</i>	<p>Ретроспективна система оплати надавачів медичної допомоги, яка здійснюється після надання послуг.</p> <p>Процес компенсації витрат платником пацієнту після сплати ним первісного рахунку.</p>
<i>Відшкодування вартості</i>	<p>Система мобілізації ресурсів, яка вимагає від користувача послуг повернення всієї чи частини вартості наданих послуг.</p> <p>Грошові надходження постачальнику медичних послуг від фізичної особи чи громади в обмін на певні медичні послуги.</p>
<i>Відшкодування страхових внесків</i>	<p>Поняття із приватного страхування на випадок хвороби в Німеччині. Страховик відшкодовує застрахованому частину сплачених ним внесків, якщо він за минулий страховий рік не скористався жодними медичними послугами. У страхуванні на випадок хвороби, законодавчо встановлений, цей принцип перевірений лише в декількох проектах і, в решті-решт, законодавчо відмінений. У приватному страхуванні цей принцип застосовується, як і раніше.</p>
<i>Вільний ринок</i>	<p>Ринок, на якому не здійснюється державне втручання і безперешкодно діють сили попиту і пропозиції.</p>
<i>Власник полісу/застрахована особа</i>	<p>Індивід, який сплачує певні страхові виплати страховій компанії в обмін на страхові послуги, що забезпечуються страховим полісом.</p>
<i>Вхідний ресурс, вклад на вході</i>	<p>Те, що затрачено (на протипагу продуктові). В більшості організацій включає грошові ресурси, матеріальні носії і кадри (з їх навичками і відношенням до діяльності).</p> <p>Товари, послуги, персонал та інші ресурси, необхідні для діяльності з метою виробництва продукції і досягнення мети діяльності.</p>
<i>Гнучкий бюджет</i>	<p>«Стеля» витрат, пристосована до змін обсягу послуг.</p> <p>Бюджет, в якому береться до уваги той факт, що деякі витрати можуть змінюватися з коливанням степені активності чи об'єму/кількості, а інші витрати залишаються постійними протягом певного часу діяльності. Гнучкий бюджет передбачає можливість змін і відображає планові доходи і планові витрати при різних рівнях об'єму.</p>
<i>Граничні витрати</i>	<p>Економічна категорія, яка позначає приріст (збільшення чи зменшення) сукупних витрат виробництва при збільшенні або зменшенні обсягу виробництва на одиницю продукції.</p> <p>Додаткові витрати на виробництво додаткової одиниці продукту чи послуги.</p> <p>Стосовно охорони здоров'я – приріст (додатній чи від'ємний) загальних витрат, пов'язаних із включенням у контингент, який обслуговується, ще одного клієнта, або із забезпеченням ще однієї одиниці результату чи зі зменшенням чисельності клієнтів або кількості результатів на одиницю.</p>
<i>Грошова допомога</i>	<p>Підтримування доходів людей у грошовій формі на протипагу пільгам, які удержуються «натурою» (безоплатне медичне обслуговування тощо). В Україні – допомога по безробіттю і пов'язані з нею виплати, виплати соціального страхування і соціальної допомоги. Термін «соціальне забезпечення» не використовують через його двозначність. У США під терміном «соціальне забезпечення» мають на увазі пенсії по старості; у Великобританії – усю систему грошової допомоги, а в материковій Європі (згідно з термінологією Міжнародної організації праці) – усі грошові допомоги плюс охорона здоров'я.</p>
<i>Грошовий дохід</i>	<p>Грошовий дохід домогосподарств, що складається з надходжень у грошовій формі, що, як правило, є поновлюваними за своєю природою і начисляються домашньому господарству або його окремим членам регулярно на місячній основі. Грошовий дохід отримується з наступних основних джерел: заробітна плата працівників, працюючих за наймом, та інші відповідні</p>

	надходження від роботодавців, чистий дохід від самостійних занять, прибуток від підприємницької діяльності, дохід від особистих інвестицій (рента, проценти, дивіденди), гонорари і комісійні збори. У складі грошових доходів домогосподарств також враховуються аліменти, пенсії, стипендії, винагороди і інша допомога, що регулярно отримуються у формі готівки. Вилучення із заощаджень, узяті позички чи отримані повернуті позички тощо, навіть якщо вони використовуються для цілей споживання, не рахуються доходами домогосподарств.
<i>Грошові видатки</i>	Грошові видатки (і заощадження населення) включають видатки на купівлю товарів і оплату послуг, обов'язкові платежі і різноманітні внески (податки і збори, страхові платежі, внески в суспільні і корпоративні організації, повернення банківських позичок, відсотки за товарний кредит тощо), купівлю іноземної валюти, а також приріст заощаджень у вкладках і цінних паперах.
<i>Державні видатки</i>	Усі видатки, що здійснюються центральним і місцевими урядами.
<i>Державні трансферти</i>	Трансферти, які фінансуються з державних (бюджетних) коштів.
<i>Державні фінанси</i>	Традиційна назва діяльності уряду щодо збирання та витрачання коштів. Така діяльність зазвичай включає принаймні три функції: розміщення ресурсів, розподіл доходів і стабілізацію.
<i>Діагностично-споріднені групи (ДСГ)</i>	<p>Система оплати стаціонарної медичної допомоги за випадок лікування. Ця система класифікації пацієнтів лікарні створена в Єльському університеті за кошти федеральних субсидій і вперше запроваджена в 1883 р. у рамках державного медичного страхування Medicare. З середини 80-х років розширена, диференційована і удосконалена.</p> <p>Група захворювань, організованих відповідно до поставленого діагнозу, який визначають за Міжнародною системою класифікації захворювань. Метою класифікації є допомога в порівнянні витрат чи обрахуванні ціни, яку мають виставляти за кожний випадок відповідно до певної моделі чи класифікації. Спочатку її використовували на ретроспективній основі, а зараз основним чином – на перспективній основі. Наразі існує 468 груп, визначених за такими критеріями: основний діагноз (остаточний діагноз визначає необхідність госпіталізації), проведення чи ні хірургічного втручання, вік пацієнта, супутні захворювання, інші ускладнення.</p> <p>Метод фінансування стаціонарної допомоги шляхом виплати лікарні передбачуваної суми за кожного пролікованого пацієнта, де сума, що пропонується, пов'язана з клінічним станом пацієнта.</p> <p>Метод оцінки вартості госпіталізації, який базується на розподіленні пацієнтів у групи з аналогічним діагнозом, віком і статтю та необхідними діагностичними дослідженнями і медичними втручаннями.</p> <p>Система класифікації пацієнтів у групи, яка базується на припущенні, що вартість лікування хворих у групі з аналогічним діагнозом приблизно однакова; групи можуть використовуватись із метою відшкодування, як правило, стаціонарної допомоги. Для адміністрації лікарні цей метод оплати є показником продуктивності роботи установи та рівня споживання ресурсів.</p>
<i>Дієвість</i>	Можливість, одержана як ефект лікування за ідеальних клінічних умов.
<i>Добровільне медичне страхування</i>	<p>Страхування на випадок хвороби, придбане і оплачене на основі взаємного погодження та за розсудом індивідуалів чи/та роботодавців від імені їх працівників. Може пропонуватись приватною чи державною організацією (ОССР).</p> <p>Додаткове страхове покриття для додаткових послуг, яке не покривається страхуванням, яким індивідуум охоплений. Замінне страхування, яке купується індивідуалом, не охопленим обов'язковим страхуванням.</p> <p>Страхування, що здійснюється на основі угоди відповідних сторін і укладеного між ними договору щодо надання медичних послуг відповідно до програми страхування.</p>
<i>Договір на оплату узгодженого обсягу медичної допомоги</i>	Тип договору при контрактних стосунках, в якому плата за конкретні послуги відноситься до обсягу послуг, який має бути оплачений.
<i>Доступність людських ресурсів</i>	Наявність людських ресурсів у закладах чи послуг для бідних. Послуги можуть бути географічно доступними, але надаватися при недостатці кваліфікованого штату чи часу.
<i>Доступність матеріальних ресурсів</i>	Наявність матеріальних ресурсів, найбільш важливих медичних засобів і закладів чи послуг для бідних. Стосовно наявності необхідних медичних засобів, бідні стикаються з двома головними проблемами: дефіцит, низька якість і підроблення лікарських засобів.
<i>Дохід</i>	Кількість коштів, благ або послуг, отриманих приватною особою, корпорацією, або економікою за визначений період часу.

<i>Економічна оцінка</i>	Порівняльний аналіз альтернативних способів дій, що визначає як витрати, так і їх наслідки. У секторі охорони здоров'я – процедура, за допомогою якої вартість програм альтернатив або варіантів порівнюють з їх результатами з точки зору поліпшення здоров'я чи економії ресурсів.
<i>Економічне зростання</i>	Збільшення обсягу продукції економіки, яке звичайно вимірюється темпом зростання ВВП на душу населення. Забезпечення виробництва більшої та кращої якості товарів, тобто зростання життєвого рівня народу.
<i>Економічні результати</i>	Прямі, непрямі і необчислювані витрати порівняно з клінічними результатами альтернативних медичних технологій.
<i>Економічність (політики, програми)</i>	Мінімізація вартості ресурсів, спрямованих на діяльність з огляду на відповідну якість. Намагання отримати певні фіксовані результати з найменшими затратами ресурсів (або в найдешевший спосіб). Показник співвідношення між фактичним впливом служби або програми та її вартістю.
<i>Економія, зумовлена ростом масштабів виробництва/ економія від масштабу</i>	Коефіцієнт зміни обсягу виробництва продукту при зміні кількості всіх вкладених у це виробництво ресурсів. Якщо при подвоєнні кількості вкладених ресурсів обсяг виробництва продукту збільшується більше ніж удвічі, то йдеться про позитивний чи зростаючий ефект масштабу, а також про економію, обумовлену збільшенням масштабу виробництва, якщо менше ніж удвічі – про негативний чи спадаючий. Перше спостерігається при невеликому початковому обсязі виробництва, друге – при високому. При середньому обсязі виробництва припускається, що подвоєння використаних ресурсів призведе відповідно до подвоєння обсягу продукції, що випускається; це явище називається постійним ефектом масштабу. Зниження в довгостроковому періоді середніх витрат виробництва. Трапляється, коли окремий великий виробник є набагато ефективнішим, ніж багато малих, також веде до неконкурентної ситуації.
<i>Еластичність попиту за доходом</i>	Ступінь чутливості обсягу попиту на будь-яке благо до зміни рівня доходу осіб, яким потрібне це благо.
<i>Ефект доходу</i>	Та частина зміни у величині попиту, яка приписується змінам у реальному доході, що походить зі зміни ціни. Зміна ціни товару знижує або збільшує реальний дохід споживача.
<i>Ефективне щодо ціни та ефекту втручання</i>	Втручання, якому неможливо протипоставити інше, яке дає відповідну користь при менших витратах.
<i>Ефективність (програми) економічна</i>	Співвідношення між продуктом у вигляді товарів, послуг і ресурсами, які використовуються на їх виробництво. Показник співвідношення між фактичним впливом служби або програми в рамках діючої системи та максимальною дією, яку ця служба чи програма може забезпечити в ідеальних умовах. Кількісна оцінка ступеня досягнення оптимальних розрахункових (прогнозованих) показників діяльності об'єкта дослідження при виправданих і раціональних затратах.
<i>Ефективність витрат</i>	Досягнення найвищих можливих результатів, наприклад, доброго стану здоров'я при даних фінансових вкладах. Результат досягнутий на одиницю витрат.
<i>Ефективність технічна</i>	Для конкретної сукупності ресурсів на вході (праці та капіталу) – це максимальна кількість виготовленої продукції. Для конкретної продукції – це мінімальна сукупність ресурсів на вході, використаних для її виробництва. Наприклад, вартість дня перебування в лікарні є наскільки низькою наскільки можливо, чи проліковано так багато пацієнтів, як це можливо, при наявному бюджеті. Сюди входять питання правильного поєднання персоналу, обладнання, засобів використання і закладів. Цей показник показує, як виробляється товар або послуга, тобто це є відповідальність управлінців охорони здоров'я.
<i>Життєвий рівень населення/ рівень економічного добробуту</i>	Рівень матеріального добробуту індивіда або домогосподарства. Економічна категорія, яка характеризує забезпеченість населення матеріальними, духовними благами, ступінь задоволення особистих потреб людини, що виникають на певному етапі розвитку суспільства.
<i>Звіт про показники діяльності (фінансові, техніко-економічні)</i>	Звіти, які оцінюють діяльність. Такі звіти звичайно містять порівняння бюджетів та реальних результатів і пов'язують їх з обсягом та іншими показниками продуктивності.
<i>Змінні витрати</i>	Витрати, що залежать від обсягу виробництва, частоти або виду діяльності, загальна сума яких змінюється пропорційно зміні обсягів виробництва. У разі відсутності виробництва змінні витрати також відсутні.

<p><i>Зовнішні контракти/ підряд/придбання товарів і послуг «на стороні» (за межами сектору охорони здоров'я)</i></p>	<p>Практика державного сектору чи приватних фірм віддавати перевагу найму і фінансуванню зовнішнього агента для виконання певних завдань, ніж виконувати їх самим.</p> <p>Перехід оплати і надання послуг охорони здоров'я від єдиної державної інституції до контрактної угоди між державною, що фінансує, і приватною, що надає, певні види послуг інституціями.</p> <p>Одна з управлінських інновацій партнерства державного і приватного секторів у секторі охорони здоров'я. Контрактна угода з фірмами приватного сектору щодо забезпечення певних послуг (як правило, неклінічних – прання, харчування, утримання будівель) для державного сектору.</p>
<p><i>Індекс споживчих цін (ICL)</i></p>	<p>Індекс цін на товари, який часто називають «індексом вартості життя» і який вимірює відносну зміну цін на певний набір споживчих товарів, що регулярно купує середнє домогосподарство. Найбільш поширений критерій інфляції, що являє собою співставлення рівнів цін на споживчі товари і послуги, включені в репрезентативний «кошик», у роздрібній торгівлі в підприємствах обслуговування за два періоди часу. В основі цього агрегованого індексу лежить структура споживчих витрат, визначених за допомогою обстеження домашніх господарств.</p>
<p><i>Індивідуальне страхування</i></p>	<p>Різновид медичного страхування, при якому договір страхування укладається з конкретною фізичною особою в індивідуальному порядку. Індивідуальна форма укладення договорів забезпечує облік інтересів і стану конкретного індивідуума, зменшує страховий ризик.</p>
<p><i>Комплекс державних і приватних форм медичного обслуговування</i></p>	<p>Поєднання державних (суспільних) і приватних форм фінансування і/або організації медичного обслуговування.</p>
<p><i>Конкуренція</i></p>	<p>Наявність на ринку великої кількості незалежних покупців і продавців, можливість для них вільно виходити на ринок і залишати його та суперництво на будь-якій основі між ними, кожний з яких зацікавлений у досягненні однієї і тієї ж мети, для себе особисто.</p> <p>Стимулююча організаційна стратегія, яка передбачає змагання поміж надавачами послуг охорони здоров'я або покупцями медичної допомоги за ціною або за видом діяльності. Сучасні ринкові реформи охорони здоров'я передбачають стимулювання таких двох видів конкуренції: конкуренція за «бізнес» – між платником чи фондом медичного страхування за залучених громадян, між надавачами за пацієнтів чи споживачів, між надавачами за контракт із платником; конкуренція за доступ – доступ пацієнтів до надавачів, коли реформи змінюють відносні границі доступу для груп населення.</p>
<p><i>Контрольовані витрати</i></p>	<p>Ті витрати, які переважно знаходяться під контролем даного менеджера. Часто дуже корисно визначити, які саме витрати можуть контролюватися, а які ні. Контрольованість – це ступінь впливу на використання коштів.</p>
<p><i>Координація відповідальності за оплату послуг медичного страхування (для уникнення подвійної оплати)</i></p>	<p>Процедура перевірки страхових рахунків на оплату медичних послуг, яка використовується, коли постраждалий застрахований двома чи більше страховиками. Процедура визначає обов'язки кожного зі страховиків, щоб не дублювати виплати. Наприклад, виплати, на які особа має право внаслідок травми чи хвороби, що виникли в результаті професійної діяльності, не можуть дублюватися звичайним страховим полісом, під положення якого вони підпадали б, якби не мали жодного відношення до роботи.</p> <p>Дія, яка здійснюється страховиком для забезпечення того, щоб постраждалий чи той, хто надає послугу, не отримав компенсації двічі в одному випадку.</p>
<p><i>Критерії розподілу витрат</i></p>	<p>Фактор (наприклад: квадратні метри, еквіваленти повної зайнятості), які є спільним знаменником для систематичного розподілу коштів або групи коштів між декількома об'єктами нарахування вартості, такими як відділення, діяльність чи процедура.</p>
<p><i>Ліжко-день</i></p>	<p>День стаціонарного лікування. Одна людина протягом одного дня складає ліжко-день.</p>
<p><i>Лізинг</i></p>	<p>Форма довгострокової оренди, пов'язана з переданням у користування обладнання, транспортних засобів, споруд виробничого призначення та іншого рухомого та нерухомого майна. Майно спеціально закуповується лізинговою фірмою, залишається її власністю і надається в оренду підприємцеві.</p>
<p><i>Ліквідна (залишкова) вартість</i></p>	<p>Вартість капітальних активів (основного капіталу) на момент завершення реалізації проекту, що враховується при складанні кошторису капіталовкладень компанії.</p>
<p><i>Макроекономіка</i></p>	<p>Наука про поведінку економіки як єдиного цілого. Розглядає взаємодію системи охорони здоров'я з державою і суспільством у цілому та з іншими галузями народного господарства. На цьому рівні відношення складаються в рамках національної економіки в цілому і передусім у галузях, безпосередньо пов'язаних з охороною здоров'я.</p>

<i>Макроекономічна ефективність</i>	Ефективний розподіл національних ресурсів між людськими ресурсами, з однієї сторони, і такими діями, як інвестиції у фізичні об'єкти і споживання, з іншої. У процесі досягнення макроекономічної ефективності йде пошук відповіді на такі питання, як визначення частки ВВП на нужди охорони здоров'я.
<i>Маржа по вкладу (внесках)</i>	Різниця тарифу або плати, що вимагається за об'єкт нарахування витрат і змінними витратами, необхідними для забезпечення цього об'єкта. Залишок використовується для покриття фіксованих витрат. Цей термін часто застосовується в аналізі беззбитковості.
<i>Медичне страхування</i>	Страхування, об'єктом якого є страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку (захворювання, травма, отруєння, або особливі стани – вагітність, пологи тощо). Форма соціального захисту інтересів населення у сфері охорони здоров'я, мета якого – гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансувати профілактичні заходи. Медичне страхування здійснюється у двох видах: обов'язковому і добровільному.
<i>Межа оплати медичних послуг пацієнтом</i>	Максимальна сума, яку застрахований повинен сплатити при розподілі витрат між декількома платниками за певний період часу. Коли досягається ця сума, страховик оплачує всі додаткові витрати стовідсотково.
<i>Мікроекономіка</i>	Розділи економічного аналізу, що аналізують поведінку окремих економічних агентів, зокрема споживачів і фірм. Мікроекономічний рівень охоплює діяльність кожного окремого лікувально-профілактичного закладу, підприємства, його ланок і структур.
<i>Мікроекономічна ефективність</i>	Поділ усіх ресурсів охорони здоров'я на різні типи медичного втручання, різні типи освіти, навчання та перепідготовки.
<i>Мінімізація витрат</i>	Вибір комбінації ресурсів для будь-якого даного рівня виробництва, який забезпечує найменшу величину загальних витрат.
<i>Надлишок споживача</i>	Різниця між ціною, яку споживач готовий був би сплатити за товар, і ціною, яку він сплачує фактично.
<i>Накладні витрати</i>	Непрямі витрати, які потребують розподілу між цілим загалом наданих послуг (бухгалтерія, відділ кадрів, адміністрація). Непрямі витрати, які зовсім нелегко співвіднести з окремим пацієнтом, процедурою, діяльністю чи послугою; за їх природою їх також складно ідентифікувати з даною продукцією. Непрямі витрати є витратами, які часто потребують якоїсь форми агрегованих (спільних) асигнувань на об'єкт нарахування вартості. Типовими прикладами накладних витрат можуть бути такі відділи, як бухгалтерія, відділ людських ресурсів (кадрів), адміністрація, відділ безпеки та відділ експлуатації будівель.
<i>Національне страхування здоров'я</i>	Система страхування здоров'я, яка спонсорується урядом, охоплює все населення та фінансується з податкових надходжень.
<i>Національні витрати на охорону здоров'я</i>	Абсолютна і відносна кількість суспільних коштів, які витрачаються на цілі охорони здоров'я в календарному році, включаючи готівкові платежі клієнтів за послуги, внески в приватні і державні страхові програми тощо. Отриману кількість ділять на стаціонарну допомогу, первинну допомогу, ліки тощо. Загальні витрати на надання медичних послуг, рецепти і запатентовані ліки та продукти, домашній медсестринський догляд, страхові витрати, державні витрати на охорону здоров'я, медичні дослідження, будівництво тощо.
<i>Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ)</i>	Система, яка використовується для вимірювання всіх фінансових витрат з усіх джерел (державних, суспільних, приватних) та за всіма типами медичних послуг протягом року в умовах ринкової економіки. НРОЗ є інструментом для збору інформації про національне фінансування охорони здоров'я та витрати державних і приватних служб охорони здоров'я. Вони визначають спосіб, в який фінансові ресурси в галузі охорони здоров'я накопичуються і витрачаються, відслідковують шляхи здійснення витрат і пов'язують джерела фінансування з постачальниками послуг і їх кінцевими користувачами. Ця методика забезпечує інформацію для прийняття рішень щодо розподілу ресурсів у секторі охорони здоров'я, а також його реформування. Окрім цього, НРОЗ пропонують стандартну схему для порівняння розміру і структури систем охорони здоров'я.
<i>Незворотні витрати</i>	Попередні витрати, які є неминучими, тому що їх не можна змінити незалежно від проведених дій. Їх не включають в аналіз прибутковості майбутніх інвестицій.

<i>Необчислювані витрати</i>	Втрати, пов'язані з болем, стражданнями, депресією хворого та інші не фінансові витрати при захворюванні чи медичній допомозі.
<i>Непрямі витрати</i>	Витрати, пов'язані з роботою закладу чи його підрозділів загалом, не можуть бути прямо відстеженні, визначені, пов'язані або поєднані з об'єктом вартості економічно придатним шляхом (їх не можна безпосередньо віднести на собівартість конкретного виду продукції). Вимагаються деякі статистичні методи ідентифікації витрат з об'єктом оцінки витрат. Непрямі витрати звичайно включають витрати на матеріальне забезпечення для офісів і більшість управлінських витрат, не пов'язаних прямо з пацієнтом чи прямою діяльністю, адміністративний час, загальні накладні витрати тощо.
<i>Об'єкт вартості</i>	Стаття, за якою користувач намагається встановити витрати. Це можуть бути процедури, дії, послуги чи інші статті, за якими використовуються чи поглинаються ресурси, і які є метою калькуляції витрат. Термін «об'єкт вартості» є більш загальним і застосовується в багатьох відділеннях. Наприклад, одне відділення може підраховувати витрати на певну лікарняну процедуру, коли інше визначає витрати на певний вид діяльності. В обох випадках йдеться про об'єкт оцінки вартості.
<i>Обов'язкове (медичне) страхування здоров'я (на випадок хвороби)</i>	Частина системи соціального страхування, яка виступає основною формою медичного страхування в країнах із ринковою економікою. Страхування на випадок хвороби згідно з обов'язковою державною програмою, як правило, обмежене роботодавцем і працюючими. Внески ОМС залежать від доходу. Здійснюється відповідно до гарантій держави на медичну допомогу у визначеному обсязі і на основі закону. Джерелом ОМС є бюджетні асигнування для непрацюючого населення, обов'язкові відчислення з фонду оплати праці підприємств, організацій, закладів та інших юридичних осіб, безпосередньо громадян, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, що акумулюються у фондах обов'язкового медичного страхування.
<i>Общинне фінансування</i>	Механізм мобілізації ресурсів, який дає змогу групі індивідуалів чи домогосподарств (общині, громаді) збирати ресурси (гроші чи натуральні послуги) колективно. Пряме чи часткове фінансування медичних послуг сім'ями в сільській місцевості громадами, яке здійснюється оплатою за надані послуги чи передоплатою.
<i>Одиниця оплати</i>	База для встановлення рівня компенсації надавачеві медичних послуг
<i>Оклад</i>	Стабільна щомісячна винагорода за працю. Форма оплати майже всіх працівників розумової і частини працівників фізичної праці. Оплата часто проводиться з періодичністю один раз на місяць і, на відміну від працівників фізичної праці, не залежить від відпрацьованого часу або від інтенсивності праці за умови виконання мінімальних, установлених трудовим договором зобов'язань.
<i>Оплата за день перебування (в стаціонарі)</i>	Спосіб відшкодування витрат лікарень на основі середньодобових нормативних цін, які не відображають реальних витрат за лікування даного хворого. Сукупна оплата всіх витрат на перебування пацієнта у лікарні протягом одного дня.
<i>Оплата за конкретний випадок лікування</i>	Фіксована оплата всього обсягу допомоги за окремий випадок лікування або конкретного захворювання. Найбільш поширеною є система DRG, створена на основі декількох мільйонів медичних документів хворих і класифікує пацієнтів за групами відповідно до діагнозів, основних процедур тощо. Найчастіше використовується для оплати стаціонарного лікування, хоча зараз використовуються і амбулаторні групи.
<i>Оплата за послугу</i>	Ретроспективний метод оплати за медичне обслуговування, гонорар, який начисляється за кожну одиницю медичної допомоги (кожну проведену медичну процедуру, вид лікування, діагностичний аналіз чи тест) за встановленими тарифами. Іноді одиниці оплати можуть бути об'єднані в пакети послуг, що надаються протягом одного звернення (наприклад, ліки, додаткові візити, тести тощо).
<i>Оподаткування</i>	Обов'язкові збори з приватних осіб і організацій, здійснювані урядом з метою отримання коштів для фінансування видатків на <i>суспільні блага</i> і послуги, а також для управління величиною приватних витрат в економіці. Деякі з податків називають прямими податками, наприклад, прибутковий податок і податок на майно. Інші називаються непрямими податками – податки на трансакції, зокрема, видатки на витрати. Прикладом є акцизні збори і податок на додану вартість.
<i>Оренда</i>	Угода, в якій одна сторона отримує право використання якоїсь власності, що належить іншій стороні, на визначений період часу за встановлену фіксовану плату, що здійснюється зазвичай у формі періодичних платежів.

<i>Основні (базові) медичні послуги</i>	Точно визначений (найчастіше державою) набір медичних послуг, існуючий і доступний для людей, що проживають на даній території.
<i>Оцінка витрат</i>	Процедура, яка визначає витрати на кожну одиницю послуг, наприклад: лабораторне дослідження, рентгенологічне дослідження чи звичайний режим пацієнта, і яка ґрунтується на виділенні коштів неприбутковим центром розподілу прибутковим центром.
<i>Пакет медичних послуг</i>	Страхове покриття визначеного ряду послуг. Послуги, що забезпечуються планом медичного страхування, державним бюджетом або іншими джерелами фінансування, а також фінансові умови такого забезпечення, включаючи розподіл витрат і встановлення обмежень щодо кількості послуг.
<i>Паритет купівельної спроможності</i>	Концепція, яка полягає в тому, що грошова одиниця може придбати у всіх країнах однаковий набір благ. Співвідношення між двома або декількома національними валютами за їх купівельною спроможністю до певного набору благ.
<i>Перевірка ефективності витрачання коштів</i>	Перевірка державного закладу, благодійного фонду чи будь-якої іншої неприбуткової організації з метою оцінки ефективності її функціонування і раціональності витрачання наявних в її розпорядженні коштів.
<i>Перестраховування</i>	До перестраховування залучається другий страховик, з яким перший (прямий) страховик підписує контракт для поділу ризиків, які перший страховик взяв на себе від імені своїх застрахованих. Це звичайна практика перестраховування, аби захиститися від катастрофічних чи надзвичайних зобов'язань щодо відшкодування збитків, що неможливо зробити згідно з початковою схемою страхування.
<i>Перспективна оплата</i>	Загальний підхід до фінансування медичних установ, за якого чітка сума оплати заздалегідь визначається платником. На цей термін посилаються, коли темп оплати за пакет медичних послуг обговорюється і визначається до початку лікування. Попередньо встановлені норми оплати збільшують кількість стимулів, бо надавач послуг бере на себе більший фінансовий ризик. Прикладами можуть бути оплата за конкретний випадок лікування в лікарні і поособова оплата, коли сума оплати встановлюється до того, як надаються послуги.
<i>Планування коштів на капіталовкладення</i>	Процес планування витрат на активи довгострокового використання, які мають місце більше ніж протягом одного року.
<i>Плата користувача (споживача)</i>	Плата пацієнта безпосередньо при одержанні послуги. Плата споживача і страховий внесок разом утворюють повну плату надавачеві медичних послуг у страховій системі.
<i>Платник</i>	Будь-який суб'єкт, який оплачує медичні послуги. Це звичайно страховик або державна організація, але це не може бути один надавач, який платить іншому, або самозастрахований роботодавець, який платить надавачам послуг (див. також розпорядник фонду). Організація або особа, яка надає гроші для надання медичних послуг. Платником може бути уряд (наприклад, Medicare), некомерційна організація (Голубий хрест, або Голубий щит), комерційне страхування, чи інша організація. У загальному розумінні, платник найчастіше – третя сторона.
<i>Платник/покупець медичної допомоги</i>	Загальне поняття для всіх установ, які беруть на себе витрати на медичне обслуговування населення
<i>Повні витрати (повністю поглинуті витрати)</i>	Включають усі витрати, прямі і непрямі, а також накладні витрати. Повністю розрахований об'єкт оцінки вартості – це об'єкт, для якого всі ці види витрат визначені, віднесені або виділені.
<i>Податковий поріг</i>	Розмір доходу, який не оподатковується. У системі прибуткового оподаткування приватні особи не платять податок із доходу, рівного встановленому мінімуму.
<i>Поділ вартості/співучасть у витратах</i>	Співучасть у витратах означає будь-яку оплату медичних послуг населенням, пов'язану з рядом конкретних механізмів політики, які діють в області попиту на ринку медичних послуг. Ці механізми звичайно функціонують у рамках (державної або приватної) системи страхування або національної системи охорони здоров'я. Три основні механізми участі пацієнтів у покритті витрат: франшиза, співплата та співстрахування (спільне страхування). Забезпечення медичного страхування чи оплата третьою стороною, що потребує від залучених осіб оплатити частину вартості наданої медичної допомоги. Ця оплата відрізняється від премії, внеску чи податку, який оплачується як тоді, коли медична допомога фактично надана, так і тоді, коли не надана. Поділ вартості може бути в таких формах: франшиза, співстрахування та співплати. Звичайно відноситься до методу фінансування, де витрати розподіляються між багатьма

	платниками; наприклад, між користувачем і роботодавцем, урядом, фінансуючою організацією, платником податків, страховою компанією тощо.
<i>Поособова оплата</i>	Метод попередньої оплати, коли одиницею послуг є особа/індивід. Певна сума сплачується на учасника плану страхування або на особу з цільової групи населення для покриття витрат на визначений пакет послуг за певний період часу.
<i>Поособове (подушне) фінансування (капітація)</i>	<p>(1) Пряма оплата виробникові медичних послуг від тих осіб, що уклали з ним договір про отримання певного пакету послуг. Виробник цих послуг є як розпорядником коштів, так і постачальником медичних послуг. При повній поособовій оплаті в умовах повного фондотримання постачальник бере на себе відповідальність щодо оплати всіх складових медичної допомоги (стаціонарної та амбулаторної). При частковій поособовій оплаті або частковому фондотриманні постачальник медичних послуг несе відповідальність лише за оплату окремих послуг.</p> <p>(2) Метод оплати медичного обслуговування, при якому місцева система охорони здоров'я чи надавач медичних послуг отримує фіксовану оплату за кожного застрахованого, зареєстрованого чи прикріпленого мешканця взамін проведення відповідного медичного обслуговування протягом обумовленого сторонами періоду часу.</p> <p>Метод оплати, при якому постачальник послуг отримує фіксовану поособову оплату за певний період часу і погоджується надавати цій особі всі необхідні послуги (відповідно до умов контракту) без додаткової оплати. Поособова оплата може, наприклад, стосуватися фактично всього обсягу медичних і стаціонарних послуг, що надаються за планом медичного обслуговування або тільки первинної медичної допомоги.</p>
<i>Постійні витрати</i>	Витрати, що не залежать від обсягу часу або діяльності (сума яких не змінюється при зміні обсягів виробництва). Постійні витрати підприємство має навіть тоді, коли тимчасово не випускає продукції. Вартість знецінення чи фіксована щомісячна оренда будинку, наприклад, не підлягає зміні з коливанням кількості пацієнтів та частоти відвідувань.
<i>Поточні витрати</i>	Витрати, які відбуваються на регулярній, періодичній основі, як от: витрати на організацію роботи клініки, наприклад, зарплати лікарям і медсестрам чи закупівля ліків.
<i>Прейскурант</i>	Список цін, встановлених за ряд послуг.
<i>Прейскурант медичних послуг</i>	Перелік цін певної організації на кожну послугу, яку вона надає.
<i>Прибуток</i>	Різниця між виручкою, отриманою від продажу продукції, та повними альтернативними витратами, пов'язаними із виготовленням цієї продукції.
<i>Приватне медичне страхування</i>	Форма добровільного медичного страхування, яке забезпечується приватним страховиком.
<i>Приватний сектор охорони здоров'я</i>	Відноситься як до приватного фінансування, так і приватного надання медичних послуг.
<i>Принцип відокремлення фінансування медичної допомоги від її надання</i>	Відокремлення покупців від надавачів медичної допомоги. Перетворення попередньої інтегрованої організації у відокремлені структури, відповідальні за купівлю і надання медичної допомоги.
<i>Прожитковий мінімум</i>	<p>Мінімум матеріальної забезпеченості, достатній для задоволення основних потреб людини за певних соціально-економічних умов.</p> <p>Мінімальний рівень споживання, необхідний для підтримки існування. Рівень споживання, достатній для виживання і підтримки нормального стану здоров'я окремої людини чи сім'ї.</p> <p>Вартісна оцінка споживчого кошику, а також обов'язкові платежі і збори. Він також використовується для обґрунтування мінімального розміру оплати праці і мінімального розміру пенсії по старості, який встановлюється на національному рівні.</p>
<i>Пряма оплата/ оплата пацієнта «з кишені»</i>	Індивідуальна оплата за медичну допомогу, ціни на які не обов'язково наперед визначені.
<i>Прямі витрати</i>	Витрати, які прямо, чітко і очевидно пов'язані чи ідентифіковані з процесом виробництва або реалізації продукту (послуги), відстеженні і визначені для об'єкту вартості. Загалом, прямі витрати – це трудові ресурси, медичні матеріали, видатки на обладнання та інші витрати, які безпосередньо використовуються для створення чи доставки об'єкта оцінки витрат. Прикладами можуть бути: час професійного медичного догляду за пацієнтами, ліки, спеціальне обладнання.

<i>Прямі медичні витрати</i>	Фінансові витрати на медичний продукт чи послугу для профілактики, діагностики чи лікування, пов'язані із захворюванням.
<i>Рахунок на оплату медичних послуг (страховою компанією)</i>	Рахунок страховику на оплату медичних послуг, використаних застрахованою особою. Рахунок може подаватися застрахованою особою або закладом, який надає медичні послуги.
<i>Регресивний податок</i>	Податок, середня ставка якого знижується зі зростанням доходу.
<i>Ресурси здоров'я</i>	Морально-функціональні і психологічні можливості організму змінити баланс здоров'я у позитивний бік. Підвищення ресурсів здоров'я забезпечується всіма способами здорового способу життя (харчування, фізичні навантаження, відпочинок тощо).
<i>Ринок охорони здоров'я</i>	Особлива сфера грошових відносин, де об'єктом купівлі-продажу виступає медична послуга, формується страховий захист, попит і пропозиція на нього.
<i>Рівень конкурентоспроможності</i>	Можливість витримати конкуренцію з аналогічними товарами або послугами, які надходять на ринок від інших виробників. Рівень конкурентоспроможності залежить від таких показників, що об'єднані у дві групи, як: 1. Цінові фактори конкуренції – собівартість, прибуток, відпускна ціна та ціна споживання тощо. 2. Нецінові фактори конкуренції – частка ринку, відповідність споживчих якостей виробу до вимог покупців, номенклатура та асортимент, імідж та ділова репутація товаровиробника, принципи організації торгівлі, транспортування, коло постачальників і споживачів, реклама, упаковка, види розрахунків, дизайн, сервісне обслуговування, ремонт, зручність та надійність в експлуатації тощо.
<i>Рівномірне нарахування зношування основного капіталу</i>	Метод нарахування зношування, в якому враховується однаковий відсоток зношування кожного року.
<i>Розпорядження фондом/ фондотримання</i>	Новий підхід до фінансування охорони здоров'я, який залучає фінансування через фонд лікаря загальної медичної практики – сімейного лікаря за принципом оплати на одного мешканця (капітації) і включає не тільки оплату за послуги амбулаторного лікування, але й за стаціонарну допомогу, яка надається зареєстрованим пацієнтам. Це дає змогу лікарю-фондотримачу обирати лікарню, обумовлювати умови надання послуг, наприклад, час очікування планової (не гостро необхідної операції). Фондорозпорядниками можуть бути і певні служби чи програми, наприклад, програма менеджменту випадку.
<i>Розрахунок витрат</i>	Будь-яка послідовна система, розроблена для збору і донесення інформації про кошти управлінню компанії.
<i>Середні витрати</i>	Витрати на одиницю випуску, до яких включено вартість усіх виробничих ресурсів. Сукупні витрати на одиницю виміру (об'єкту нарахування вартості) лікування чи програми.
<i>Соціальна програма</i>	Концентрований виклад основних положень, завдань, планів діяльності суб'єктів соціальної політики (держави, політичних партій, громадських організацій) на певну перспективу, спрямованих на реалізацію комплексу актуальних соціально-економічних, організаційно-управлінських заходів для вирішення загальнонаціональних, соціальних проблем.
<i>Соціальна ринкова економіка</i>	Модель економічного влаштування суспільства, що характеризується соціально перерозподільною і соціально-захисною роллю держави, економіка якої базується на ринкових принципах і регулюється ринковим механізмом, що забезпечує високу ефективність її функціонування і виконання державою її соціальних функцій.
<i>Співоплата</i>	Поділ вартості у формі фіксованої суми за кожну надану послугу, що виплачується застрахованою особою при її наданні. Фактично використовується як еквівалент терміну «оплата послуг споживачем». Договір про розподіл коштів, за яким застрахована особа сплачує певну суму за певну послугу, наприклад 100 грошових одиниць за візит до лікаря. Застрахований зобов'язаний своєчасно оплатити надану послугу. Ця оплата може бути додатковою до витрат співстрахування і обов'язкових виплат. Наперед визначена сума, яку пацієнт мусить сплатити за кожну надану послугу амбулаторної чи стаціонарної медичної допомоги. Форма безпосередньої грошової участі застрахованих у витратах, які виникають при наданні медичних послуг.

<i>Співстрахування</i>	Поділ вартості у формі частки у відсотках вартості послуги чи частини витрат на медичне обслуговування, за які застрахована особа несе фінансову відповідальність. Співстрахування звичайно застосовується після того, як застрахований сплатив франшизу.
<i>Статус добровільно застрахованих в системі ОМС</i>	Особи, на яких у силу закону не розповсюджується страховий обов'язок, можуть застрахуватися добровільно у фонді медичного страхування. Наприклад, у Німеччині статус добровільно застрахованих можуть отримати особи, дохід яких перевищує границю «страхового обов'язку» (максимальний рівень доходу, який підлягає обкладенню страховими внесками). Як добровільно, так і в обов'язковому порядку застраховані мають право на одні і ті ж послуги. Страхові внески добровільних членів визначаються статутами лікарських кас.
<i>Стимули</i>	(1) Зацікавленість людини у виконанні певної роботи, досягненні цілі або результату. Фактори, які мотивують певну поведінку особи чи групи осіб. (2) Винагорода за бажану поведінку. Зараз цей термін використовується щодо винагород за зменшення витрат лікарні чи лікаря і за заохочення пацієнтів не вимагати надмірної медичної допомоги. Деякі стимули є негативними, наприклад, коли від пацієнта вимагають заздалегідь оплачувати послугу. Це заохочення не звертатися по медичну допомогу, тому це стимул до економності.
<i>Страхова компенсація (на найбільш ліберальних для застрахованого умовах)</i>	Страхові компенсації, які є відносно ліберальними з точки зору виплати, вибору лікарів і лікарень, а також обсягу і вартості допомоги. Покриття звичайно обмежене відносно сплаченого відсотку вартості, на яку виставлено рахунок.
<i>Страховий внесок (ОМС)</i>	Податок за обов'язкове медичне страхування, часто як частина соціального захисту, що встановлюється як фіксований відсоток від доходу. Може бути поділений між працівником і роботодавцем.
<i>Страховик</i>	Організація, визнана юридичною особою і створена згідно із законодавством, завданням якої є здійснення страхової діяльності на підставі отриманої від певних державних органів ліцензії. Організація, яка бере на себе фінансовий ризик по видатках на медичне обслуговування бенефіціара (застрахованого); (див. також фондотримач).
<i>Страхові компанії</i>	Організації, які виступають у ролі страховика і беруть на себе відповідальність обов'язково компенсувати страхові збитки при настанні страхового випадку. Прибуток компанії формується з поступлення страхових внесків і від інвестування тимчасово вільних засобів у виробництво, цінні папери і банківські депозити. Страхові компанії одержують у держави ліцензії на проведення визначених страхових операцій.
<i>Страхування</i>	Система економічних відносин, яка містить сукупність форм і методів формування цільових фондів грошових коштів та їх використання на покриття шкоди, заподіяної за різних несприятливих обставин, а також на надання допомоги громадянам у разі настання певних подій у їхньому житті. Вид суспільно-правових відносин, спрямованих на захист майнових інтересів громадян і юридичних осіб у випадку настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або законодавством за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати громадянами і юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій). Придбання страхового полісу шляхом оплати страхової премії, що розподіляє ризик, пов'язаний з будь-якою конкретною імовірністю на велике число індивідів.
<i>Страхування від нещасного випадку</i>	Вид страхування, метою якого є покриття надзвичайно великих за розміром витрат випадків.
<i>Стримування витрат</i>	Контроль витрат на медичну допомогу. Для цього можуть використовуватись різні методи: регулювання цін, обмеження бюджетів, обмеження темпів росту витрат, менеджмент використання, поліпшення ефективності тощо. (1) Набір заходів контролю чи зменшення неефективності в споживанні, розподілі чи наданні послуг охорони здоров'я, що сприяють вищій, ніж необхідно, вартості. Неефективність у споживанні, наприклад, може спостерігатися, коли послуги охорони здоров'я є невідповідно використані. (2) Пропорційне зниження показників вартості медичного обслуговування до бажаного рівня (фіксована сума, відповідно до показників економічних індикаторів росту: таких як ВВП на 1 людину).

<i>Структура податків</i>	У кожній країні існує низка різноманітних типів податків, які становлять структуру податкової системи. Звичайно при її аналізі великого значення надають відносному значенню прибуткового податку, податку на багатство і податків на витрати. Іноді з неї роблять приблизні висновки щодо того, прогресивною чи ні є податкова система.
<i>Суспільні (соціальні) фонди</i>	Система економічних відносин по перерозподілу фонду життєвих засобів, що забезпечує формування і розвиток найбільш важливих для суспільства властивостей індивідів незалежно від їхніх доходів.
<i>Тарифікатор послуг</i>	Список затверджених цін за визначені послуги.
<i>Термін окупності</i>	Метод планування коштів на капітальні вкладення, який визначає час із моменту запуску проекту до моменту, коли сукупна поточна вартість притоку готівки в певному проекті дорівнює поточній вартості загального відтоку готівки.
<i>Точка самоокупності чи беззбитковості</i>	Точка, в якій загальний дохід дорівнює загальним витратам (фіксовані плюс змінні витрати). Виручка і обсяг виробництва фірми, які забезпечують покриття усіх її витрат і нульовий прибуток. Виручка, що відповідає точці беззбитковості, називається пороговою виручкою, а обсяг виробництва (продаж) у цій точці – пороговим обсягом виробництва (продажу). Обсяг діяльності, при якому підприємство починає отримувати прибуток. У цій точці загальні доходи рівні загальним видаткам.
<i>Укладання контрактів (контрактування)</i>	Процес укладання контрактів, який використовується, щоб забезпечити стимули, навіть якщо ринок є недосконало конкурентний. Як правило, включає пряму оплату платником/фондотримачем чи покупцем послуг охорони здоров'я надавачеві (виробникові) послуг охорони здоров'я згідно з контрактною угодою. Вигоди пацієнтам надаються в натуральній формі, часто безоплатно.
<i>Управління витратами</i>	Дії менеджерів чи інших уповноважених осіб щодо моніторингу та контролю за витратами відповідно до обраних стратегій.
<i>Фіксований бюджет</i>	Фіксована «стеля» витрат. Бюджет, який не регулюється і не змінюється після його прийняття, незважаючи на зміни в об'ємі бюджету, факторах витрат, чи інших умов протягом бюджетного періоду.
<i>Фінансовий облік</i>	Базується на стандартних методиках обліку і їх використання для інформування зовнішніх осіб, відповідальних за прийняття рішень (наприклад, уряду). Методи дотримуються законних і загальноприйнятих методів обліку.
<i>Фінансування охорони здоров'я</i>	Система збору коштів, фінансові витрати та потоки коштів, які використовуються для забезпечення діяльності системи охорони здоров'я.
<i>Фонд</i>	Установа, яка є відповідальною за нагромадження і використання внесків (попередньо сплачених) на страхування. Фонди є звичайно платниками – третьою стороною (приватні чи державні), але можуть також бути також постачальниками послуг. В останньому випадку певні функції страховика і постачальника послуг інтегруються в межах однієї установи.
<i>Франшиза</i>	Форма поділу вартості, коли певна сума готівкою повинна бути сплачена до початку механізму страхування і надання передбачених послуг (наприклад, пацієнт оплачує перші 200 грошових одиниць у рахунок покриття витрат на лікування в лікарні чи перші 50 грошових одиниць у рахунок покриття витрат на амбулаторне лікування за рік). Фіксована сума, визначена в страховому полісі, яка вираховується з кожного рахунку, пред'явленого за полісом (і, відповідно, оплачується власником полісу), решту сплачує страховик.

ВИСНОВКИ

Наведені значення основних термінів в охороні здоров'я рекомендуються організаторам охорони здоров'я для використання в практичній діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глоссарий руководства для составителей Кокрановских обзоров // Український медичний часопис. – 2001. – № 1 (21), Т. I/II. – С. 115–135.
2. Задачи по достижению здоровья для всех : европейская политика здравоохранения / Серия «Здоровье для всех», № 4. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1993. – 332 с.
3. Кілієвич А. Англо-український глосарій термінів і понять з аналізу державної політики та економіки / А. Кілієвич. – Київ : Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2003. – 510 с.
4. Москаленко В. Ф. Базовий термінологічний глосарій системи вищої медичної освіти України : наук.-довідкове видання / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський. – Львів–Київ : Ліга-Прес, 2005. – 176 с.

5. Словник сучасної економіки Макміллана : пер. з англ. – Київ : АртЕк, 2000. – 640 с.
6. Словник-довідник для фахівців фармації з питань управління та економіки : навч. посібник для слухачів системи післядипломної освіти та студентів вищ. фармацев. закладів освіти / В. Ф. Москаленко, В. П. Черних, І. А. Зупанець [та ін.] ; за ред. В. П. Черних. – Харків : Вид-во НФАУ; Вид-во ТОВ «Золоті сторінки». – 2001. – 280 с.
7. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении (отраслевой стандарт) от 2001.02.01 // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 74.
8. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я. – Київ, 2001. – 240 с.
9. Якість. Качество. Quality : термінологічний глосарій якості охорони здоров'я. – Київ, 1999. – 19 с.
10. Developing public health in the European Region. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/RC48/13). – 146 p.
11. Glossary of health care reform terminology. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1996 (background document compiled for the WHO Consultation of Chief Government Nurses, Reykjavik, 11–13 April 1996). – 11 p.
12. Health for all in twenty-first century. – Geneva : WHO, 1998 (document A51/5) [Electronic resource]. – Access mode : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79743?mode=full>. – Title from screen.
13. Kielhorn J.-M. Graf von der Schulenburg The Health Economics Handbook / J.-M. Kielhorn // Published by Adis International Limited Chowley Oak Lane Tattenhall Chester. – England, 2000. – 213 p.
14. Nurbeam D. Health Promotion Glossary / D. Nurbeam. – Geneva : World Health Organization, 1998 (document WHO/HPR/HEP/98.1) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. – Title from screen.
15. Our common future / World Commission on Environment and Development. – Oxford University Press, 1987. – 300 p.
16. Planning and managing WHO's programmes. – Geneva : WHO, 1997 (Annex III – Glossary of terms on programme management). – 10 p.
17. Recommendations of the International. Task Force for disease Eradication // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 1993. – № 42. – P. 1–38 (Reports and Recommendations RR-16).
18. Roberts J. L. Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reform / J. L. Roberts. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1996. – 11 p.
19. Technical definitions and commentary. – Geneva : WHO, 1994 (briefing document prepared for use at the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, 5–13 September 1994). – 56 p.
20. Terminology for the European Health Policy Conference. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1994. – 32 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.07.2016 р.

**Определение терминов
в экономике здравоохранения**

В.Г. Слабкий
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Цель – ознакомить организаторов здравоохранения и научных сотрудников с современными терминами в экономике здравоохранения.

Методы: системный подход, структурно-логического анализа, библиосемантический.

Результаты. Представлено значение основных терминов в здравоохранении.

Выводы. Рекомендуются организаторам здравоохранения для использования в практической деятельности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экономика здравоохранения, термины и их значения.

**Definitions of terms
in the economics of health care**

V.G. Slabkiy
PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to inform the organizers of health care and scientists about modern terms in economics of health care.

Methods: systemic approach, method of structural-and-logical analysis, bibliosemantic method.

Results. The meanings of basic terms in health care are presented.

Conclusions. Information is recommended for practical use in the work of health care organizers.

KEY WORDS: economics of health care, terms and their meanings.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Слабкий Василь Геннадійович – молодший науковий співробітник ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ОСНОВИ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ПОЛІТИКИ І СТРАТЕГІЯ ДЛЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: СТРАТЕГІЧНЕ КЕРІВНИЦТВО В ІНТЕРЕСАХ ЗДОРОВ'Я

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – проаналізувати основи Європейської політики «Здоров'я-2020» з точки зору стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

Метод: контент-аналіз.

Результати. Висвітлено основи розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я з виокремленням п'яти типів: керівництво через співробітництво; керівництво шляхом залучення громадян; керівництво шляхом регламентування та переконання; керівництво через незалежні заклади та експертні органи; керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур і прогнозування.

Висновки. Основи Європейської політики «Здоров'я-2020» щодо стратегічного керівництва в інтересах здоров'я потребують впровадження в державній політиці із забезпечення високого рівня здоров'я населення.

Ключові слова: основи Європейської політики «Здоров'я-2020», стратегічне керівництво, типи розумного стратегічного керівництва, визначення, міжсекторальний підхід.

ВСТУП

Усі держави-члени Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийняли рішення про створення нових основ політики «Здоров'я-2020», загальна мета яких – «значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, зменшити нерівність щодо здоров'я та забезпечити існування універсальних, соціально-справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину» [2].

Політика «Здоров'я-2020» узгоджується і з концепцією здоров'я як одного із прав людини, і зі зменшенням існуючої нерівності щодо здоров'я. Політика «Здоров'я-2020» не суперечить існуючим зобов'язанням, прийнятим державами раніше, у т.ч. Декларації тисячоліття Організації Об'єднаних Націй [1] і Цілям в області розвитку, визначеним у тій же декларації [5], які передбачають такий світ, де країни працюють разом як партнери з метою поліпшення життя всіх людей, особливо тих, хто знаходиться в найбільш несприятливій ситуації.

Мета роботи – проаналізувати основи Європейської політики «Здоров'я-2020» з точки зору стратегічного керівництва в інтересах здоров'я в ХХІ ст.

Матеріали та методи: контент-аналіз основ Європейської політики «Здоров'я-2020» у контексті стратегічного керівництва в інтересах здоров'я в ХХІ ст.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У політиці «Здоров'я-2020» під терміном «стратегічне керівництво охороною здоров'я» розуміють

усю сукупність процесів стратегічного керівництва у сфері охорони здоров'я. Це передбачає відповідальність за такі напрями діяльності: розробка та реалізація національних і субнаціональних стратегій охорони здоров'я; постановка цілей і завдань в області охорони здоров'я для поліпшення здоров'я; надання високоякісної та ефективної медичної допомоги; забезпечення ключових функцій системи охорони громадського здоров'я.

Стратегічне керівництво охороною здоров'я створює стимули для поліпшення показників діяльності, підвищення підзвітності та прозорості, а також для повноцінного залучення користувачів медичними послугами до керівництва охороною здоров'я завдяки організаційній структурі, яка дає змогу організувати ресурси, надавачів послуг і їхні послуги та забезпечити здійснення єдиної політики й досягнення національних цілей в області охорони здоров'я.

За даними ВООЗ, сьогодні міністерства охорони здоров'я більш активно займаються ініціюванням міжсекторальних підходів до охорони здоров'я і діють як посередники та захисники інтересів населення у сфері збереження та відновлення здоров'я. За визначенням Талліннської Хартії [4], сектор охорони здоров'я має встановлювати співробітництво з іншими секторами за принципом взаємної підтримки і конструктивного партнерства, що забезпечить не тільки надання індивідуальних медико-санітарних послуг, але й досягнення загальних цілей суспільства і держави в охороні здоров'я. Сектор охорони здоров'я також є партнером інших секторів, коли зміцнення здоров'я населення може мати позитивний вплив на досягнення їх цілей.

У зв'язку з цим міністерства охорони здоров'я та інституції охорони громадського здоров'я під час

формування стратегій, які сприяють укріпленню здоров'я та благополуччя населення, повинні виконувати нові функції – виходити за рамки своїх відомств і просувати стратегії, які сприяють досягненню здоров'я для всіх, у партнерстві за межами сектору охорони здоров'я. Таким чином, нові форми стратегічного керівництва в інтересах здоров'я необхідні в усьому суспільстві та в усій системі державного управління. В європейській політиці «Здоров'я-2020» наведено таке визначення стратегічного управління: «намагання органів державного управління (уряду) та інших діючих суб'єктів керувати суспільствами, цілими країнами і навіть групами країн в їх діях із досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя, використовуючи для цього як загальнодержавний підхід, так і підхід за участю всього суспільства» [3]. У цьому визначенні здоров'я та благополуччя окреслено ключові атрибути успішного і нормально функціонуючого суспільства в XXI ст. Для того щоб відповідальність усього суспільства і загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я стали реальністю, необхідне сильне керівництво. Стратегії, дії і соціальна прихильність охороні здоров'я не можуть виникнути самі по собі. У сучасному суспільстві вплив на здоров'я настільки різнобічний і розгалужений по всіх секторах суспільства, що для зміцнення здоров'я необхідні дії на основі нового мислення і нової парадигми – традиційні лінійні раціональні моделі планування уже недостатні.

Сьогодні спостерігається процес переходу від моделі стратегічного керівництва, в центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, за якої стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламенти, міністерства, відомства, організації, комісії, бізнесові структури, громадські об'єднання, засоби масової інформації, громадяни. Таке стратегічне керівництво в інтересах здоров'я розосереджено по горизонталі. Це сприяє здійсненню сумісних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів.

Одне з найважливіших завдань полягає у формуванні свідомості та можливості включити цілі охорони здоров'я у загальний процес соціально-економічного розвитку суспільства і розвитку його людського потенціалу. Досягнення такого ступеня взаємодії всередині системи державного управління, коли здійснюватимуться дії на міжвідомчому рівні, – безсумнівно, непросте завдання. Це пояснюється складністю питань, які підлягають вирішенню, «каверзним» характером проблем і відсутністю гнучкості бюрократичних організаційних систем. Ситуація також ускладнюється розподілом впливу і ресурсів у суспільстві, конфліктами інтересів усередині системи державного управління, браком стимулів і недостатньою прихильністю на найвищому рівні.

Нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, об'єднує і розширює існуючі раніше концепції міжсекторальних дій та здорової державної політики в рамках більш широких

міжсекторальних дій та взаємопов'язаної відповідальності всього суспільства і загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я. Тут важливим елементом є принцип урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, який потребує винесення питання про охорону здоров'я на більш високий рівень у політичному порядку денному, активізації діалогу на рівні політики з питань здоров'я населення і його детермінант, а також підвищенню відповідальності за кінцеві результати для здоров'я.

У цьому плані важливим нормативним документом є проект Всесвітнього Банку «Глобальні показники стратегічного керівництва» [8], в якому визначено важливі взаємозв'язки між належним стратегічним керівництвом і здоров'ям. Як стратегічне керівництво в інтересах здоров'я, так і стратегічне керівництво охороною здоров'я базуються на системі цінностей і принципів, яка називається належним стратегічним керівництвом. Розумне стратегічне керівництво – це набір механізмів для досягнення результатів на основі принципів належного стратегічного керівництва. Дослідники вказують на необхідність комбінованого підходу до стратегічного керівництва в інтересах здоров'я: ієрархічний, розосереджений і колективний. Виділяють п'ять типів розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я:

Керівництво шляхом співробітництва. Тут включаються процеси співробітництва, які поєднують комунікацію, довіру, прихильність та розуміння вибору інструментів і механізмів, а також необхідності прозорості й підзвітності.

Керівництво шляхом залучення громадян. У міру того, як керівництво поширюється на все суспільство, робота з населенням може підвищити рівень прозорості та підзвітності. Партнерські відносини з населенням та розширення його прав і можливостей також важливі для збереження системи цінностей. Однією з провідних сил є технології. Наприклад, об'єднання соціальних засобів масової інформації в мережі дають змогу громадянам змінювати те, як державні органи і органи охорони здоров'я ведуть справи. У рамках таких складних відносин широка участь заінтересованих сторін, прозорість і підзвітність стають провідником інновацій.

Керівництво шляхом поєднання регламентування та переконання. Стратегічне керівництво стає більш рухливим, багаторівневим, із залученням значного числа заінтересованих сторін, більш адаптованим. Традиційні ієрархічні засоби керівництва доповнюються іншими механізмами, такими як «делікатна влада» і «делікатне право». До числа таких механізмів відноситься саморегулювання, керівництво через переконання, альянси, мережі і відкриті методи координації. Сьогодні при інтересі до «стратегії підштовхування» [6] критично аналізуються підходи до поліпшення здоров'я населення. При цьому все більше поширюються ієрархічні багаторівневі нормативні документи, які охоплюють рівні

від глобального до місцевого. Прикладом такого документу може бути Рамкова конвенція ВООЗ щодо боротьби з тютюном [3], яка стосується багатьох аспектів способу життя, поведінки та побуту людей.

Керівництво шляхом залучення незалежних закладів та експертних органів. Такі заклади та органи відіграють важливу роль у наданні фактичних даних і спостереженні за дотриманням етики, розширенні підзвітності та укріпленні демократичної підзвітності в питаннях охорони здоров'я і в таких сферах, як недоторканість особистого життя, оцінка ризиків, контроль якості, оцінка технологій охорони здоров'я і оцінка впливу на здоров'я людей.

Керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур та прогнозування. Загальнодержавні підходи мають бути адаптованими і відображати труднощі причинно-наслідкових зв'язків, оскільки у складних проблемах не буває простих лінійних рішень. Децентралізація прийняття рішень і утворення самоорганізуючих або соціальних мереж допомагає заінтересованим сторонам оперативної і по-новому реагувати на надзвичайні ситуації. Втручання мають

носити повторний характер, поєднувати в собі безперервне навчання, накопичення знань та обмін ними між заінтересованими сторонами, а також передбачати механізми ініціювання дискусій та коригування політики. Керівництво за принципом випередження подій підвищує стійкість суспільства до несприятливих зовнішніх чинників, оскільки акценти в політиці переміщуються з ризиків на вирішення більш фундаментальних, системних проблем, а також з'являється можливість спільно обговорювати соціальні аспекти державної політики, засновані на цінностях і науці.

ВИСНОВКИ

Впровадження компонентів стратегії розумного керівництва прогнозовано створить умови, з одного боку, для збереження здоров'я населення, а з іншого – забезпечить справедливий і рівний доступ до якісної медичної допомоги, яка відповідатиме актуальним запитам суспільства, а також сприятиме розвитку системи громадського здоров'я в країні.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні даного питання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций [Электронный документ] / Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. – Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2000. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.
2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный документ]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
3. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128, ст. 861.
4. Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. : отчет [Электронный документ]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2009. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
5. Цели развития тысячелетия [Электронный документ]. – Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2013. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/millenniumgoals>. – Название с экрана.
6. Judging nudging: can nudging improve population health? / T. M. Marteau [et al.] // British Medical Journal. – 2011. – Vol. 342. – P. d228.
7. Kickbusch I. Governance for health in the 21st century [Electronic document] / I. Kickbusch, D. Gleicher. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf. – Title from screen.
8. Worldwide Governance Indicators Project [Electronic document]. – Washington, DC : World Bank, 2013. – Access mode : <http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.07.2016 р.

Основы Европейской политики и стратегия для XXI столетия: стратегическое управление в интересах здоровья

V.V. Shafranskiy¹, G.A. Slabkiy², L.A. Kachala³

¹Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

³ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель – проанализировать основы Европейской политики «Здоровье-2020» с точки зрения стратегического руководства в интересах здоровья.

Метод: контент-анализ.

Результаты. Освещены основы разумного стратегического руководства в интересах здоровья с выделением пяти типов: руководство через сотрудничество; руководство путем привлечения граждан; руководство путем регламентирования и убеждения; руководство через независимые заведения и экспертные органы; руководство с помощью адаптированных стратегий, стойких структур и прогнозирования.

Выводы. Основы Европейской политики «Здоровье-2020» относительного стратегического руководства в интересах здоровья должны быть внедрены в государственную политику по обеспечению высокого уровня здоровья населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: основы Европейской политики «Здоровье-2020», стратегическое управление, типы разумного стратегического руководства, определения, межсекторный подход.

The foundations of European policy and strategy for the 21st century: strategic guide for the benefit of health

V.V. Shafranskiy¹, G.O. Slabkiy², L.O. Kachala³

¹Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³SHEE «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to analyze the foundations of European policy Health-2020 from the position of strategic guidance for the benefit of health.

Methods: content analysis of the foundations of European policy Health-2020.

Results. The foundations of smart strategic guidance for the benefit of health with five types highlighted are presented: guidance through cooperation; guidance through engaging citizens; guidance through regulation and persuasion; guidance through independent institutions and expert agencies; guidance with the use of adapted strategies, sustainable structures and forecasting.

Conclusions. The foundations of European policy Health-2020 as for strategic leadership for the benefit of health should be implemented in the State policy of Ukraine on ensuring high level of the health of population in the country.

KEY WORDS: the Foundations of European policy Health-2020, strategic guidance, types of smart strategic guidance, determination, intersectional approach.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н., в.о. Міністра охорони здоров'я України; вул. Михайла Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Качала Лариса Олександрівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Н.П. Ярош

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СТАНДАРТИЗАЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна**

Мета – вивчити нормативно-правову базу стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України за п'ятирічний період та обґрунтувати пріоритетні напрями її розвитку.

Методи: системного підходу, логічного узагальнення.

Результати. Встановлено, що для забезпечення розвитку нормативно-правової бази стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України слід розробити / оновити методичку з розробки медико-технологічних документів стандартизації та переглянути чинні медико-технологічні документи стандартизації на засадах даних доказової медицини. Необхідно розробити державні соціальні стандарти надання медичної допомоги населенню України в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах; затвердити локальні протоколи надання медичної допомоги в повному обсязі; розробити порядок проведення моніторингу за реалізацією уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів; переглянути чинний порядок проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я України.

Висновки. Доцільно створити Раду з питань стандартизації при МОЗ України, Державний центр доказової медицини, а також щорічно затверджувати плани розвитку стандартизації.

Ключові слова: стандартизація, нормативно-правова база, охорона здоров'я, державне управління.

ВСТУП

Стандартизація в сучасних умовах посідає одне з провідних місць у системі управлінських інструментів із регулювання якості у сфері охорони здоров'я населення України. Протягом останніх 20 років вона широко застосовується в медичній галузі України одночасно з такими механізмами управління якістю, як ліцензування, акредитація та атестація медичних працівників. Держава визначила розвиток стандартизації одним із пріоритетних напрямів реформування галузі охорони здоров'я населення України і щорічно забезпечує доповнення та оновлення відповідної нормативно-правової бази щодо управління стандартизацією.

Розбудова системи галузевих стандартів засновується на існуючій потребі гарантування безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання [7], створення ефективної системи надання медичної допомоги, надання медичних послуг належної якості, підвищення доступності послуг у системі охорони здоров'я [8].

У працях науковців розглядаються різні аспекти теорії і практики розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення. Дослідження, проведене Ігнатєвою Г.Ф., показало, що впровадження уніфікованих медичних стандартів з їх економічною складовою є основою процесу соціалізації державних управлінських послуг та має прискорити впровадження системи медичного страхування в Україні [3].

Шиловський Л. вважає, що стандарт медичної допомоги окреслює правове поле діяльності лікаря і дає

зможу провести розрахунок витрат на закупівлю лікарських засобів, виробів медичного призначення та вартості обслуговування медичної техніки з розрахунку на одного пацієнта [9].

На думку Пітюлича М.І., незважаючи на наявність потужного нормативно-правового підґрунтя для формування, уточнення й удосконалення соціальних нормативів і стандартів, в Україні має місце значна невідповідність між останніми та реальними можливостями щодо забезпечення їх реалізації в практиці життєдіяльності, і вона поглиблюватиметься у зв'язку із ускладненням суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації в Україні [5].

Сенюта І.Я. [6] та Зогий І.М. вивчали міжнародні стандарти, які стосуються медичної допомоги. Останній із них також прогнозував можливості впровадження їх положень в Україні [2].

Мета роботи – вивчити нормативно-правове забезпечення розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України та визначити шляхи його удосконалення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основні завдання полягали в дослідженні нормативно-правової бази стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України (за 2011–2015 рр.) та в обґрунтуванні пріоритетних напрямів її розвитку.

Для досягнення поставленої мети застосовано такі методи наукового дослідження: системний підхід, метод логічного узагальнення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України відбувається на виконання низки нормативно-правових документів:

- Закону України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи Законодавства України про охорону здоров'я»;
- Закону України від 05.10.2000 № 2017-III «Про Державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»;
- доручення Президента України від 06.03.2003 №1-1/252;
- указу Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»;
- постанови Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 № 960 «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України»;
- доручення Прем'єр-міністра України від 12.03.2003 р. № 14494;
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 04.03.2015 р. № 213-р «Про затвердження плану заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» у 2015 році»;
- наказу МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»;
- наказу МОЗ України від 19.09.2011 № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року».

Основні вектори розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України на довгострокову перспективу окреслені в Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [4] та Галузевій програмі стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року [1].

Вищевказана Концепція визначає стандартизацію пріоритетним напрямом сучасного розвитку охорони здоров'я, підкреслює її першочергове значення для управління якістю та досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

Пріоритетними напрямками стандартизації повинні стати розробка та затвердження медико-технологічних документів надання медичної допомоги на принципах доказової медицини та відміна чинності документів, які не відповідають зазначеним принципам. Розвиток формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я має створити передумови для використання найбільш ефективних, безпечних та економічно-доцільних лікарських засобів [4].

Згідно з Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, об'єктами стандартизації в охороні здоров'я повинні бути всі складові медичного обслуговування: організаційні технології; медичні та фармацевтичні

послуги; технології виконання медичних та фармацевтичних послуг; технічне забезпечення виконання медичних та фармацевтичних послуг; кваліфікація медичного, фармацевтичного та іншого персоналу; економічні аспекти охорони здоров'я; створення, випробування, виробництво, реалізація та застосування лікарських засобів та виробів медичного призначення відповідно до світових стандартів якості та практик; формуляри лікарських засобів трьох рівнів (державного, регіонального та локального); обліково-звітна документація, що використовується в системі охорони здоров'я, інформаційні технології тощо.

Відповідно до Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, стандартизація має ґрунтуватися на принципах використання системи доказів у медичній практиці з метою вибору ефективних технологій і ліків та зменшення ризиків для безпеки пацієнтів. До стандартів надання медичної допомоги повинні включатись медичні технології та лікарські засоби з урахуванням наукових доказів їх клінічної ефективності з урахуванням економічної доступності.

Передбачається здійснення організаційно-методичних заходів із залученням позаштатних спеціалістів МОЗ України та регіональних управлінь охорони здоров'я, провідних спеціалістів відповідного профілю закладів охорони здоров'я різних рівнів для створення системи розробки, адаптації, затвердження, впровадження та моніторингу стандартів медичної допомоги; впровадження затверджених МОЗ України методичних принципів розробки адаптованих клінічних настанов та медико-технологічних документів галузевого та локального рівня; запровадження та подальший розвиток формулярної системи [1].

План Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затверджений наказом МОЗ України від 19.09.2011 № 597, містить зокрема заходи щодо:

- розробки/адаптації та перегляду/оновлення клінічних рекомендацій медичних стандартів – клінічних протоколів;
- формування груп для оновлення та адаптації протоколів провізора (фармацевта);
- розробки локальних протоколів надання медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів);
- подальшого впровадження формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я;
- розробки методики та створення регіональних і локальних формулярів лікарських засобів.

МОЗ України наказом від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» затвердило методику розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини.

У подальшому розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я був забезпечений, насамперед, завдяки затвердженню МОЗ України низки заснованих на засадах доказової медицини уніфікованих клінічних протоколів

надання медичної допомоги населенню при захворюваннях, протоколів діяльності медичної сестри та провізора, нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, примірного табеля матеріально-технічного оснащення центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів, примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення фізіотерапевтичного відділення (кабінету) госпіталю інвалідів (ветеранів) війни. Щорічно МОЗ України забезпечує оновлення Державного формуляра лікарських засобів.

Ці стандарти у сфері охорони здоров'я, затверджені відповідними нормативно-правовими актами, суттєво доповнили існуючий інструментарій управління якістю у вітчизняній медичній галузі.

У 2015 р. продовжено розвиток нормативно-правової бази державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України. Зокрема, постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 № 1024 затверджено новий норматив забезпечення населення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. осіб.

Водночас слід зазначити, що в системі державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України відсутні державні соціальні стандарти надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладах охорони здоров'я, унаслідок їх скасування наказом МОЗ України від 08.05.2014 № 310.

Крім того, потребує перегляду порядок проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я, затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2004 № 411.

З урахуванням євроінтеграційного вектора розвитку України потрібно привести у відповідність до Європейських і міжнародних (зокрема ВООЗ) вимог затверджену наказом МОЗ України методику розробки клінічних настанов та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги. Слід розробити та затвердити наказом МОЗ України методику створення локальних протоколів надання медичної допомоги.

Необхідно переглянути чинні державні стандарти надання медичної допомоги та уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги щодо їх відповідності критеріям якості, з метою осучаснення їх змісту та доповнення даними доказової медицини. Особлива увага має бути приділена тим стандартам, термін дії яких перевищує п'ятирічний період.

Існує потреба нормативно-правового регулювання права власності на галузеві стандарти, порядку фінансування розробки стандартів, інформаційного забезпечення галузевої стандартизації.

Також завдання у сфері розвитку стандартизації полягають у створенні галузевого органу стандартизації та розробці положення про нього і його керівну раду.

Тривалий час порушується питання про створення в Україні державного центру доказової медицини, але дотепер воно ще не вирішене.

ВИСНОВКИ

Ідеологія основоположних щодо розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України на довгострокову перспективу документів (Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, заходів МОЗ України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року) передбачає два головні напрями розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України. Вони полягають у розробці/оновленні і моніторингу за впровадженням медико-технологічних документів із надання медичної допомоги на принципах доказової медицини, протоколів провізора (фармацевта) та функціонуванні формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я.

На підставі проведеного дослідження можна зробити висновок, що в Україні сформовано достатньо розвинену нормативно-правову базу стандартизації у сфері охорони здоров'я населення, яка потребує періодичного оновлення. З метою забезпечення ефективного реформування вітчизняної медичної галузі, поліпшення якості і доступності медичних послуг та виробів медичного призначення для населення, у подальшому нормативно-правова база стандартизації має створити передумови для забезпечення виконання таких завдань:

- оновити чинну методику з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, державних соціальних стандартів надання медичної допомоги;
- розробити методику щодо створення локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини;
- переглянути чинні медико-технологічні документи (стандарты і уніфіковані клінічні протоколи надання медичної допомоги) на засадах даних доказової медицини;
- розробити державні соціальні стандарти надання медичної допомоги населенню України в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах, на засадах доказової медицини та економічної доцільності;
- затвердити локальні протоколи надання медичної допомоги в повному обсязі;
- розробити порядок проведення моніторингу за реалізацією уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів;
- переглянути чинний порядок проведення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів і нормативів у сфері охорони здоров'я населення України;
- розробити порядок фінансування розвитку стандартизації, у т.ч. з передбаченням у бюджеті витрат на оплату праці розробників медико-технологічних документів у сфері стандартизації;
- спланувати бюджет на охорону здоров'я з урахуванням вимог чинних медико-технологічних документів у сфері стандартизації;

– відрегулювати право власності на галузеві медико-технологічні документи у сфері стандартизації та інформаційне забезпечення галузевої стандартизації;

– створити Раду з питань стандартизації при МОЗ України;

– створити Державний центр доказової медицини.

З метою удосконалення державного регулювання розвитку стандартизації сфері охорони здоров'я населення України доцільно щорічно затверджувати

наказами МОЗ України відповідні плани розвитку стандартизації на наступний календарний рік.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні доповнень до Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року та Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року з урахуванням євроінтеграційного вектора розвитку системи охорони здоров'я населення України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затверджена наказом МОЗ України від 19.09.2011 № 597 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110919_597.html. – Назва з екрана.

2. Зогий І. М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України [Електронний ресурс] / І. М. Зогий. – Режим доступу : http://file:///C:/Documents%20and%20Settings/Ig.MICROSOFT-D8AF9C/Мои%20документы/apdr_2011_57_38.pdf. – Назва з екрана.

3. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг [Електронний ресурс] / Г. Ф. Ігнат'єва. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej6/txts/07igfsas.htm>. – Назва з екрана.

4. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html. – Назва з екрана.

5. Пітюлич М. І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я / М. І. Пітюлич // Ефективна економіка. – 2015. – № 3 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3858>. – Назва з екрана.

6. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / І. Я. Сенюта // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17—18.04.2008, м. Львів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_277_01.pdf. – Назва з екрана.

7. Угода про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/kmu/docs/EA/TITLE_V.pdf. – Назва з екрана.

8. Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» : Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua/go/5/2015>. – Назва з екрана.

9. Шилівський Л. Юридичні аспекти реформи медичного обслуговування в Україні / Л. Шилівський [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://legalalliance.com.ua/rus/press/281/print/>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.06.2016 р.

Нормативно-правовое регулирование развития стандартизации в сфере охраны здоровья населения Украины

Н.П. Ярош

ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель – изучить нормативно-правовую базу стандартизации в сфере здравоохранения населения Украины за пятилетний период и обосновать приоритетные направления ее развития.

Методы: системного подхода, логического обобщения.

Результаты. Установлено, что для обеспечения развития нормативно-правовой базы стандартизации в сфере здравоохранения населения Украины следует разработать/обновить методику разработки медико-технологических документов стандартизации и пересмотреть действующие медико-технологические документы стандартизации на основе данных доказательной медицины. Необходимо разработать государственные социальные стандарты оказания медицинской помощи населению Украины в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях; утвердить локальные протоколы оказания медицинской помощи в полном объеме; разработать порядок проведения мониторинга за реализацией унифицированных клинических протоколов и локальных протоколов, пересмотреть действующий порядок проведения мониторинга за выполнением и финансовым обеспечением государственных социальных стандартов и нормативов в сфере охраны здоровья Украины.

Выводы. Целесообразно создать Совет по стандартизации при МЗ Украины; Государственный центр доказательной медицины, а также ежегодно утверждать планы развития стандартизации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стандартизация, нормативно-правовая база, здравоохранение, государственное управление.

Legal regulation of standardization in the field of health in Ukraine

N.P. Yarosh

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the legal framework for standardization in the field of health of Ukraine's population for five years and justification of the priority directions of its development.

To achieve this goal has been applied a systematic approach, logic synthesis **method**.

Results. Established that for the development of the legal framework for standardization in the field of public health Ukraine should develop/update method to develop medical and tehnolohichnh document standardization and review existing medical and technological standardization documents on the basis of these evidence-based medicine. Need to develop a state social standards of medical care in Ukraine outpatient and inpatient; approve local protocols of medical care in full; develop a procedure for monitoring the implementation of standardized clinical protocols and local protocols; review the current procedure for monitoring the implementation and financing of state social standards and norms in health Ukraine.

Conclusions. It is advisable to set up a Council on standardization in the Ministry of Health of Ukraine; State Center for Evidence Based Medicine, annually approve plans of standardization.

KEY WORDS: standardization, regulatory framework, healthcare, public administration.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Ярош Наталія Петрівна – д.держ.упр., доц., завідувач відділу наукових розробок стандартизації в охороні здоров'я ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

І.Я. Пінчук

ЯКІСНО НОВА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА СИСТЕМА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МЕЖАХ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати вплив реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах України на стан надання психіатричної допомоги та представити концептуальні моделі якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги.

Методи: системний, аналітичний.

Результати. Запропоновано модель інтеграції системи психіатричної допомоги (як одного зі спеціалізованих видів допомоги) у загальну систему реформування охорони здоров'я, зокрема госпітальних округів.

Висновки. При реформуванні системи охорони здоров'я в Україні необхідна зміна акцентів у наданні психіатричної допомоги, яка передбачає інтеграцію психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну ланку, перехід на надання спеціалізованої психіатричної та медико-соціальної допомоги за місцем постійного проживання пацієнтів мультидисциплінарними бригадами, що дасть змогу підвищити якість ранньої діагностики та лікування, не залишати пацієнта поза межами його соціального оточення, активніше залучати громадськість до надання допомоги та підвищити якість життя пацієнтів із вадами психічного здоров'я.

Ключові слова: психіатрична допомога, реформа охорони здоров'я, госпітальний округ.

ВСТУП

Згідно з Європейським планом дій з питань охорони психічного здоров'я [1], Україна дала зобов'язання створити спеціалізовані служби, діяльність яких спрямована на охорону психічного здоров'я уразливих верств населення; розвивати партнерське співробітництво між міністерствами й відомствами та боротися з перепонами, що заважають спільній праці; прийняти стратегії розвитку кадрових ресурсів щодо забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу в службах охорони психічного здоров'я; припинити використання негуманних і принизливих методів лікування та нагляду; підвищити рівень соціальної інтеграції осіб із вадами психічного здоров'я; забезпечити можливість пацієнтам та особам, що доглядають за ними, брати участь у плануванні, наданні послуг та перевірки діяльності служб охорони психічного здоров'я.

Сутність системи психіатричної допомоги полягає у новій ідеології, спрямованій на дестигматизацію та інтеграцію цієї допомоги в первинну медико-санітарну ланку; нової методології, яка передбачає використання біопсихосоціальної моделі з акцентом на психосоціальної терапії та реабілітації, а також розширенні низки профілактичних заходів та забезпеченні відповідно підготовленого кадрового потенціалу, а саме мультидисциплінарної команди (сімейний лікар, психіатр (дитячий психіатр, нарколог), психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник/робітник).

Сьогодні МОЗ України визначає основні організаційні засади надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам у разі потреби в інтенсивному лікуванні в умовах стаціонару, а також координації діяльності закладів охорони здоров'я, що розташовані у межах госпітальних округів. Метою

формування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є підвищення рівня безпечності та якості медичної допомоги населенню на основі доказової медицини та менеджменту, доступність необхідної медичної допомоги для пацієнтів, ефективність використання ресурсів охорони здоров'я. Порядок формування госпітальних округів та координації діяльності закладів охорони здоров'я, що знаходяться у межах госпітального округу, визначаються на виконання статті 35-2 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII [2].

Згідно з проектом постанови КМУ, госпітальний округ – це територія, у межах якої забезпечується гарантія своєчасної доставки пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у разі потреби в інтенсивному лікуванні в умовах стаціонару.

Госпітальний округ окреслює територію, на якій розташована одна лікарня інтенсивного лікування II типу та можуть бути розташовані одна або декілька лікарень інтенсивного лікування I типу, а також інші заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги різних профілів і спеціалізації. Госпітальні округи та їх межі формуються в межах області.

З урахуванням проекту КМУ про Порядок формування госпітальних округів, вважаємо за доцільне запропонувати модель інтеграції системи психіатричної допомоги (як однієї зі спеціалізованих видів допомоги) у загальну систему реформування охорони здоров'я, зокрема госпітальних округів.

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення (у тому числі шляхом проведення профілактичних оглядів), діагностику психічних розладів, лікування,

нагляд, догляд, медичну, психологічну та соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

Мета роботи – проаналізувати вплив реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах України на стан надання психіатричної допомоги та представити концептуальні моделі якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги.

У дослідженні застосовано системний та аналітичний **методи**.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Пацієнти з вадами психічного здоров'я мають отримувати допомогу на трьох рівнях надання медичної допомоги, однак ця допомога буде відрізнятися обсягом наданих послуг, терміном надання та професійним рівнем фахівців, що її надають.

На первинному рівні (рис. 1) компетенція сімейного лікаря в питаннях надання психіатричної допомоги – це проведення комплексу профілактичних заходів; раннє виявлення вад психічного здоров'я; своєчасна організація

консультації лікаря-психіатра; курація визначених груп пацієнтів під керівництвом лікарів-психіатрів. Компетенція сімейного лікаря в питаннях надання психіатричної допомоги визначена клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України.

Другий рівень надання психіатричної допомоги – основний та має надавати спеціалізовану психіатричну допомогу всьому населенню госпітального округу в усіх її видах. Організаційна структура амбулаторної психіатричної допомоги в госпітальному округу може бути представлена психіатричними кабінетами, диспансерними відділеннями в структурі психіатричних і соматичних лікарень та самостійними диспансерами, а також денними стаціонарами та виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я. Пропонуємо три організаційні моделі надання спеціалізованої психіатричної допомоги в госпітальному округу.

Перша організаційна модель (рис. 2) представлена спеціалізованим медичним центром психічного здоров'я, що обслуговує все населення госпітального округу, до складу якого входять: психіатрична лікарня з диспансерним відділенням, денним стаціонаром, виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я.

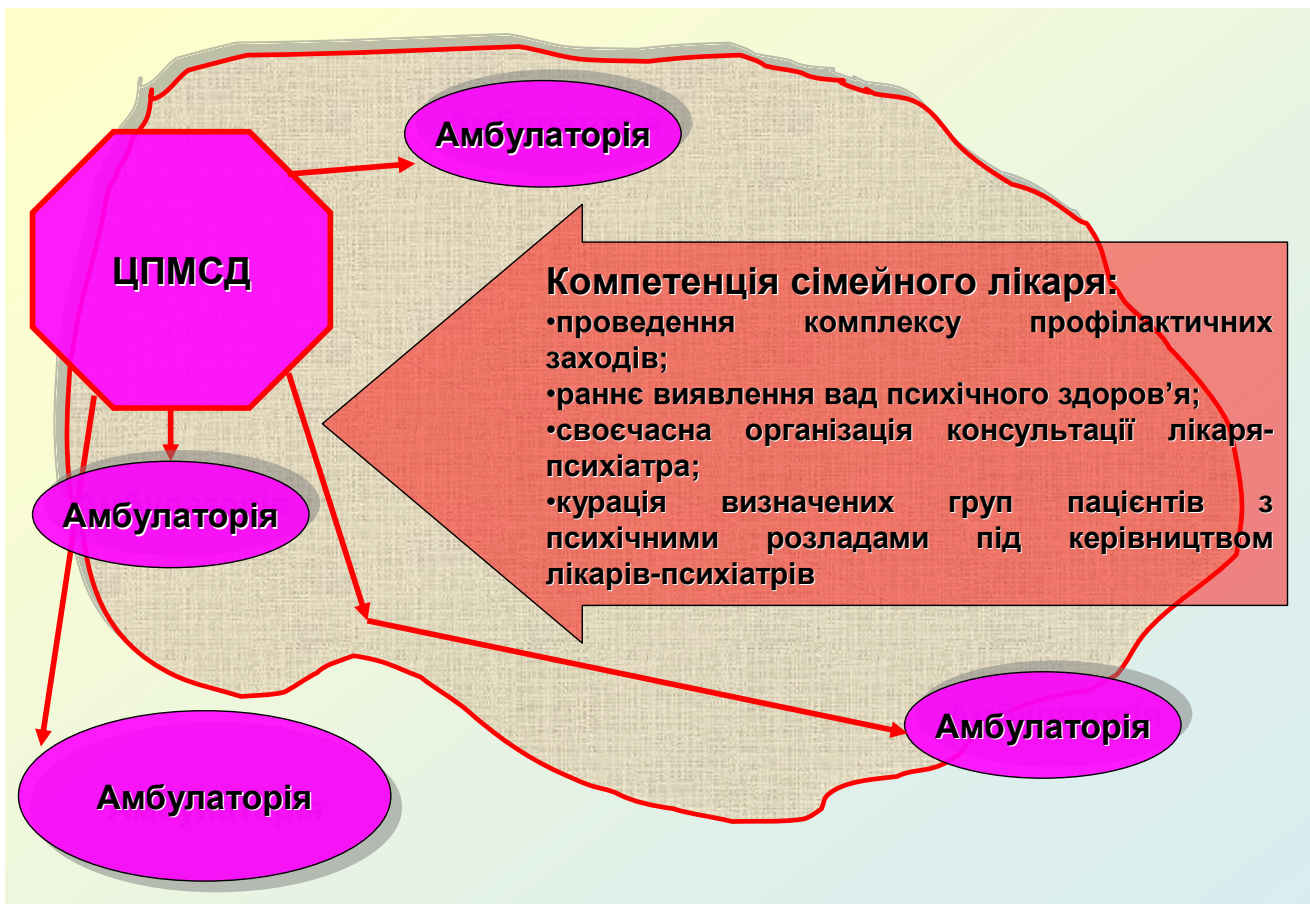


Рис. 1. Первинний рівень надання психіатричної допомоги



Рис. 2. Вторинний рівень надання психіатричної допомоги (модель 1)

Психіатрична лікарня (120–180 ліжок на 300 тис. населення) надає спеціалізовану психіатричну стаціонарну допомогу населенню госпітального округу з вадами психічного здоров'я, зокрема внаслідок вживання ПАР.

До складу диспансерного відділення, що є структурним підрозділом психіатричного закладу, входять дільничні лікарі-психіатри, які надають амбулаторну допомогу прикріпленому населенню, відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000 №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»: додаток № 17 до наказу – 1,0 ставка дільничного лікаря-психіатра на 30 тис. дорослого населення (10 ставок на 300 тис. населення) та додаток № 22 до наказу – посади дільничних лікарів-наркологів встановлюються в залежності від кількості хворих під наглядом [6].

Чисельність населення спільноти для надання допомоги виїзною спільнотною бригадою охорони психічного здоров'я становить 100–150 тис. населення на одну бригаду (2–3 бригади на 300 тис. населення).

Крім того, психіатрична лікарня забезпечує надання консультативної допомоги всім лікувальним установам госпітального округу.

Друга організаційна модель (рис. 3) представлена диспансерним відділенням, денним стаціонаром, виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я, що є структурним підрозділом лікарні планового лікування. Дільничні лікарі-психіатри надають

амбулаторну допомогу прикріпленому населенню, згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»: додаток № 17 до наказу – 1,0 ставка дільничного лікаря-психіатра на 30 тис. дорослого населення (10 ставок на 300 тис. населення) та додаток № 22 до наказу – посади дільничних лікарів-наркологів встановлюються в залежності від кількості хворих під наглядом [6].

Чисельність населення спільноти для надання допомоги виїзною спільнотною бригадою охорони психічного здоров'я становить 100–150 тис. населення на одну бригаду (2–3 бригади на 300 тис. населення).

Крім того, фахівці диспансерного відділення забезпечують надання консультативної допомоги всім лікувальним установам госпітального округу.

Стаціонарну психіатричну допомогу населенню госпітального округу можуть надавати або психіатричне відділення, розташоване в структурі багатопрофільної лікарні, або міжгоспітальна психіатрична лікарня.

Третя організаційна модель (рис. 4) представлена міжгоспітальним спеціалізованим центром психічного здоров'я, що обслуговує населення двох або трьох госпітальних округів, до складу якого входять: психіатрична лікарня з диспансерним відділенням, денним стаціонаром, виїзними спільнотними бригадами охорони психічного здоров'я.



Рис. 3. Вторинний рівень надання психіатричної допомоги (модель 2)

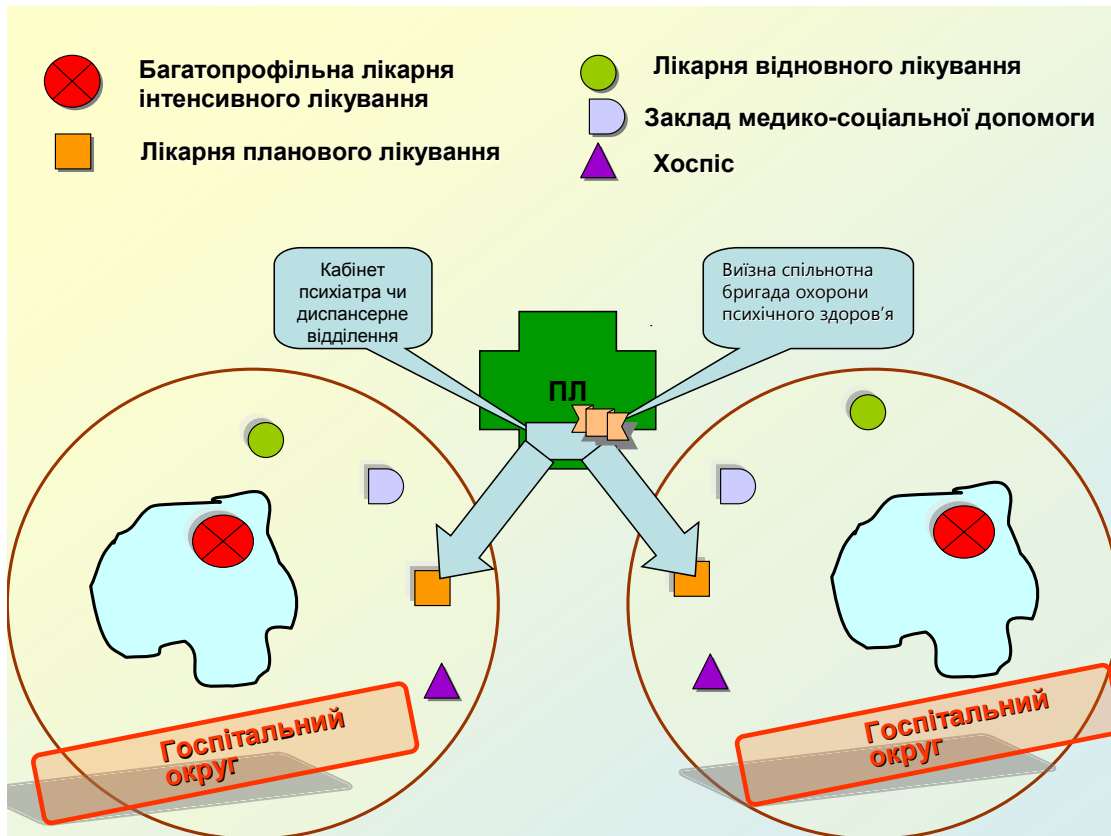


Рис. 4. Вторинний рівень надання психіатричної допомоги (модель 3)

Психіатрична лікарня (кількість ліжок залежить від кількості обслуговуваного населення) надає спеціалізовану психіатричну стаціонарну допомогу населенню двох або трьох госпітальних округів.

До складу диспансерного відділення, що є структурним підрозділом міжгоспітального психіатричного закладу, входять дільничні лікарі-психіатри, які надають амбулаторну допомогу прикріпленому населенню, відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»: додаток № 17 до наказу – 1,0 ставка дільничного лікаря-психіатра на 30 тис. дорослого населення та додаток № 22 до наказу – посади дільничних лікарів-наркологів встановлюються в залежності від кількості хворих під наглядом [6].

Чисельність населення спільноти для надання допомоги виїзною спільнотною бригадою охорони психічного здоров'я становить 100–150 тис. населення на одну бригаду.

Крім того, міжгоспітальна психіатрична лікарня забезпечує надання консультативної допомоги всім лікувальним установам даних госпітальних округів.

Слід звернути увагу, що, з огляду на сукупність правового, фінансово-економічного та лікувального аспектів, при реформуванні системи надання психіатричної допомоги ні первинний, ні третинний рівень не може займатися питаннями надання амбулаторної допомоги та виконувати функції дільничних лікарів-психіатрів.

У дільничній службі, згідно з чинним наказом МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», крім дільничних лікарів-терапевтів і дільничних лікарів-педіатрів, передбачені [6]:

- у фтизіатричній допомозі (додаток № 18 до наказу) – 0,5 ставки на 10 тис. дорослого і 0,5 ставки на 10 тис. дитячого населення;

- у психіатричній допомозі (додаток № 17 до наказу) – 1,0 ставка дільничного лікаря-психіатра на 30 тис. дорослого населення та 1,0 ставки дільничного лікаря-психіатра на 15 тис. дитячого населення;

- у наркологічній допомозі (додаток № 22 до наказу) посади встановлюються в залежності від кількості хворих під наглядом.

Надання психіатричної допомоги має свої особливості, що відрізняють її від надання інших видів допомоги. Будучи спеціалізованою допомогою (що теоретично відносить її до вторинного і третинного рівнів), вона має у своєму складі дільничних лікарів-психіатрів (дільничних лікарів-наркологів), що покладає на неї функції первинного рівня надання допомоги для пацієнтів із психічними розладами, зокрема внаслідок вживання ПАР. Крім того, Законом України «Про психіатричну допомогу» [4], ст. 6 «Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги», обмежується надання інформації про стан психічного здоров'я хворих і надання їм психіатричної допомоги, що не може не враховуватися при реформуванні системи охорони здоров'я у цілому і системи надання психіатричної допомоги зокрема. Функції

дільничних лікарів-психіатрів виходять за рамки надання медичної допомоги в звичайному її розумінні.

Функції другого рівня надання психіатричної допомоги це:

- диспансеризація пацієнтів із вадами психічного здоров'я;

- забезпечення ліками пільгової категорії пацієнтів із вадами психічного здоров'я;

- проведення профілактичних та реабілітаційних заходів, консультацій; діагностика та лікування психічних розладів;

- профілактика суспільно-небезпечних дій пацієнтів із вадами психічного здоров'я;

- забезпечення усіх видів примусових заходів медичного характеру (АПДПП, звичайний, посилений, суворий нагляди);

- робота з правоохоронними структурами та судами з питань надання психіатричної допомоги пацієнтам з тяжкими психічними розладами;

- захист прав та інтересів пацієнтів (захист права на житло, опіка, працевлаштування, рішення конфліктних ситуацій у сім'ї тощо);

- проведення медикаментозного лікування разом із комплексом реабілітаційних заходів із метою ресоціалізації пацієнтів;

- взаємодія зі структурами соціального захисту для вирішення питань соціальної допомоги;

- активний нагляд, контроль за лікуванням в амбулаторних умовах з метою профілактики загострення захворювання, за умови принципу добровільності при наданні допомоги;

- своєчасні огляди, систематична оцінка психічного стану пацієнтів та корекція лікування; спільно з родичами контроль за поведінкою пацієнтів та виконанням рекомендацій лікаря, в умовах, коли більшість пацієнтів з тяжкими психічними розладами ухиляються від самостійного звернення за допомогою та виконання рекомендацій лікаря при загостренні психічного стану та зниження критичного ставлення до свого психічного стану;

- проведення попередніх та періодичних психіатричних оглядів;

- проведення медичного огляду призовників та допризовників;

- видача довідок різного значення, як фізичним так і юридичним особам; оформлення медичної документації щодо первинного та чергового проходження МСЕК та направлення пацієнтів до будинків-інтернатів психоневрологічного профілю (як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах).

- При формуванні системи надання психіатричної допомоги в госпітальному окрузі необхідно враховувати наступні показники:

- кількість населення, що обслуговується;

- забезпечення в госпітальному окрузі лікарями-психіатрами/наркологами/дитячими психіатрами, ліжками; навантаження на фахівців;

- конкретні для кожного округу організаційні форми надання допомоги: кабінети, диспансерні відділення, стаціонарні ліжка (психіатричні/наркологічні/дитячі та інші), денні стаціонари, виїзні бригади тощо з урахуванням потреб округу;

- конкретна кількість фахівців, які будуть забезпечувати необхідну допомогу в кожному окрузі;

- проблемні питання, що можуть виникнути при формуванні психіатричної допомоги в кожному конкретному госпітальному окрузі; шляхи їх вирішення для зняття напруження в даній спільноті та серед фахівців;

- кількість і які фахівці будуть змушені змінити умови праці (конкретні випадки по кожному окрузі);

- маршрут пацієнта з вадами психічного здоров'я в госпітальному окрузі.

Сьогодні ще остаточно не вирішене питання про заклади третинного рівня надання допомоги. Це питання буде більш зрозуміле після визначення джерела фінансування. При фінансуванні закладів вторинного та третинного рівня з одного джерела (обласний бюджет) необхідне чітке розмежування функцій вторинного та третинного рівнів та виключення дублювання цих функцій з метою раціонального використання ресурсів.

Надання високоспеціалізованої психіатричної допомоги на третинному рівні буде забезпечуватися високоспеціалізованими психіатричними відділеннями, консультативно-діагностичними центрами науково-дослідних інститутів НАМН України, МОЗ України, університетських клінік, а також багатoproфільних закладів системи охорони здоров'я з метою надання консультативної та стаціонарної допомоги в складних діагностичних випадках.

Функції третинного рівня надання психіатричної допомоги:

- консультативна та стаціонарна допомога в складних діагностичних випадках з використанням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності;

- вивчення, апробація, оцінка ефективності нових методів лікування;

- надання психіатричної допомоги некурабельним пацієнтам;

- впровадження нових технологій та клінічні випробування нових методів лікування, медичного обладнання;

- впровадження нових психотерапевтичних методів при наданні високоспеціалізованої допомоги;

- розробка наукових методів та підходів до лікування і реабілітації пацієнтів із вадами психічного здоров'я.

- Вимоги до закладів третинного рівня надання психіатричної допомоги:

- заклади повинні надавати високоспеціалізовану психіатричну допомогу населенню по всій території регіону без закріплення населення (мати визначений показник забезпеченості ліжками на 100 тис. населення);

- чітке розмежування функцій вторинного та третинного рівнів та виключення дублювання цих функцій з метою раціонального використання ресурсів;

- до структури мають входити тільки центри, відділення реанімації, оснащені сучасним діагностичним обладнанням;

- проводити наукову роботу (клінічна кафедра, університетська клініка);

- мати високий професійний рівень фахівців (категорія лікаря – не нижче першої).

Сьогодні створюється враження, що спеціалізованих служб реформа ще не торкнулася, особливо психіатричної, але ми вже відчули перші практичні кроки реформи. Під час проведення реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах України (Донецька, Дніпропетровська, Вінницька області та м. Київ) виник ряд проблемних питань при аналізі надання психіатричної допомоги.

Відповідно до наказу МОЗ України від 20.05.2011 №304 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах», п.3, II розділу «Визначення обсягів видатків на первинну медичну допомогу здійснюється за КЕКВ 1132 шляхом прямого розрахунку, виходячи із кількості відвідувань. До видатків за цим КЕКВ також включаються витрати на безоплатний або пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування, які розраховуються як середні витрати на кількість громадян, що мають право на безоплатне або пільгове придбання ліків...», фінансування пільгової категорії пацієнтів із психічними розладами було включено у фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) [3]. У подальшому, після визначення обсягів фінансування, даний наказ МОЗ України був скасований наказом від 25.10.2011 № 689 «Про скасування деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» [5].

Вивчення 2-місячного досвіду роботи психіатричної служби Донецької області (січень-лютий 2012 року), показало, що передача фонду на безкоштовне забезпечення медикаментами пільгових категорій пацієнтів із психічними розладами в ЦПМСД мала негативні наслідки:

1. Повна відсутність медикаментів або значне зменшення асигнувань у деяких регіонах області для пільгової категорії пацієнтів із психічними розладами внаслідок переважання пріоритетів для інших пільгових категорій пацієнтів.

2. Ускладнення маршруту пацієнта з важким психічним розладом: в абсолютній більшості випадків необхідність звернення пацієнта за рекомендаціями щодо медикаментозного лікування спочатку до дільничного лікаря-психіатра, а потім для виписки рецепта – до сімейного лікаря і в кінцевому підсумку – пошук аптеки, де можна отримати дані препарати. Це призвело до необґрунтованого збільшення кратності звернень пацієнта для отримання медикаментів, підвищення навантаження сімейних лікарів, відмови частини пацієнтів із важкими психічними розладами пройти довгий шлях отримання медикаментів, пов'язаний ще й з розширенням числа осіб, яким стане відомо про стан їхнього психічного здоров'я, і переривання лікування.

3. Порушення ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» про обмеження надання інформації про психічний стан пацієнтів і надання їм психіатричної допомоги.

4. В умовах вкрай недостатнього фінансування на безкоштовне забезпечення медикаментами пільгової

категорії пацієнтів із психічними розладами дроблення фонду між ЦПМСД обмежило можливості маневру асигнуваннями в залежності від динаміки зміни потреби в них на території діяльності психіатричних диспансерних відділень і призвело до погіршення забезпечення хворих медикаментами.

5. Руйнування функції дільничного лікаря-психіатра.

ВИСНОВКИ

При проведенні реформування системи охорони здоров'я в Україні необхідна зміна акцентів у наданні психіатричної допомоги, яка передбачає інтеграцію психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну ланку, перехід на надання спеціалізованої психіатричної

та медико-соціальної допомоги за місцем постійного проживання пацієнтів мультидисциплінарними бригадами, що дасть змогу підвищити якість ранньої діагностики та лікування, не залишати пацієнта поза межами його соціального оточення, активніше залучати громадськість до надання допомоги та підвищити якість життя пацієнтів із вадами психічного здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Подальші дослідження доцільно проводити у напрямку уточнення запропонованих моделей та створення нових моделей інтеграції системи психіатричної допомоги в загальну систему реформування охорони здоров'я, зокрема госпітальних округів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья «Проблемы и пути их решения», Хельсинки, Финляндия, 12–15 января 2005 г. [Электронный ресурс] / Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>. – Название с экрана.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – ст. 19.

3. Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах : наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 304 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.document.ua>. – Назва з екрана.

4. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>. – Назва з екрана.

5. Про скасування деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 25.10.2011 № 689 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.document.ua>. – Назва з екрана.

6. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.07.2016 р.

Качественно новая функционально-организационная система психиатрической помощи в рамках проведения реформы системы здравоохранения Украины: организационно-правовой аспект

И.Я. Пинчук

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – проанализировать влияние реформирования системы здравоохранения в пилотных регионах Украины на состояние оказания психиатрической помощи и представить концептуальные модели качественно новой функционально-организационной системы психиатрической помощи.

Методы: системный, аналитический.

Результаты. Предложена модель интеграции системы психиатрической помощи (как одного из специализированных видов помощи) в общую систему реформирования здравоохранения, в частности госпитальных округов.

Выводы. При проведении реформирования системы здравоохранения в Украине необходимо изменение акцентов в оказании психиатрической помощи, которое предусматривает интеграцию психиатрической помощи в первичное медико-санитарное звено, переход на предоставление специализированной психиатрической и медико-социальной помощи по месту жительства пациентов мультидисциплинарными бригадами, что позволит повысить качество ранней диагностики и лечения, не оставлять пациента вне его социального окружения, активнее привлекать общественность к оказанию помощи и повысить качество жизни пациентов с проблемами психического здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психиатрическая помощь, реформа здравоохранения, госпитальный округ.

The new functional-organizational system of psychiatric care under the reform of healthcare of Ukraine: organization and legal aspect

I.Ya. Pinchuk

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyze the impact of reform of healthcare in the pilot regions of Ukraine on the state of mental health care and to provide a conceptual model of a qualitatively new functional and organizational mental health system.

Methods: systematic, analytical.

Results. Proposed of a model for the integration of mental healthcare system (as one of the specialized types of assistance) in the overall health reform system, in particular, the hospital districts.

Conclusions. During of the healthcare reform in Ukraine, the health system must be a shift in emphasis in the provision of mental healthcare, which provides for the integration of mental healthcare in primary healthcare unit, the transition to the provision of specialized psychiatric and medical and social care in the community patients by multidisciplinary teams that will improve the quality of early diagnosis and treatment, the patient is not to leave his social environment, actively involve the public to assist and improve the quality of life of patients with mental health problems.

KEY WORDS: mental healthcare, reform of healthcare, hospital districts.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Пинчук Ірина Яківна – д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

ПОРІВНЯННЯ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОКРЕМИХ КРАЇН ЄВРОПИ ТА УКРАЇНИ

¹Всеукраїнський благодійний фонд «Ф'ючерс Груп Україна», м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

³Українська Асоціація Нейрохірургів, м. Київ, Україна

Мета – порівняти структурні елементи управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі доступних аналітичних матеріалів стосовно систем охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

Результати. Схематично наведено та описано системи охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України.

Висновки. Україна має усі передумови і ресурси для трансформування системи охорони здоров'я у більш ефективну модель. Українські медичні професійні асоціації та об'єднання повинні підвищити свій вплив на роботу системи охорони здоров'я, перейняти на себе більшість функцій з управління системою охорони здоров'я, підготовки та перепідготовки лікарів на місцевому рівні, взаємодії зі страховими фондами, урядом та Верховною Радою.

Ключові слова: системи охорони здоров'я, порівняльна характеристика, медичні професійні асоціації.

ВСТУП

Фахівці управління охороною здоров'я (ОЗ) виділяють такі відомі способи організації систем ОЗ: Беверіджа, Бісмарка, поєднання цих систем (для цієї статті – Австрія), яке називають «національна модель страхування здоров'я» (National Health Insurance Model), модель повністю приватного страхування та модель Семашка, яка застосовувалася в СРСР [8].

Українські та іноземні дослідники приділяють увагу дослідженню особливостей розвитку та роботи систем ОЗ різних країн світу. В Україні особливості організаційної структури та правові підстави функціонування системи ОЗ, управлінські зв'язки висвітлені в роботі Гладуна З., Жаліло Л., Радиша Я. та інших [1–3].

Мета роботи – порівняти структурні елементи управління систем ОЗ окремих країн Європи та України.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріали дослідження: доступні аналітичні матеріали щодо систем ОЗ Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З погляду соціально-політичної структури суспільства, Field M.G. [15] умовно виділяє п'ять типів систем ОЗ: 1) класичну (неупорядковану), 2) плюралістичну, 3) страхову, 4) національну, 5) соціалістичну.

Фотакі М. [13] класифікує системи ОЗ відповідно до ступеня розвитку країни: 1) універсальна (модель Беверіджа), 2) соціального страхування (модель

Бісмарка), 3) «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія), 4) інституціональна чи соціал-демократична «скандинавська модель», 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення), 6) консервативна корпоративна (Японія), 7) латиноамериканська, 8) системи ОЗ індустриальних держав Східної Азії, 9) системи ОЗ країн із перехідною економікою.

Щепин О.П., Філатов В.Б., Погорєлов Я.Д. та ін. пропонують три основні типи систем ОЗ: а) утилітарну, б) комунітарну, в) ліберальну [14].

Модель Бісмарка відзначається фундаментальними принципами:

- забезпечення засноване виключно на праці і тому обмежене лише тими особами, які зуміли завоювати це право своєю працею;

- обов'язкове забезпечення існує лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких є нижчою за визначену мінімальну суму, тобто для тих, хто не може користуватися індивідуальним страхуванням;

- забезпечення побудоване на методології страхування, що встановлює паритетне співвідношення між внесками найманих працівників і працедавців, а також між виплатами і внесками;

- забезпеченням управляють самі працедавці та наймані працівники;

- обов'язкового характеру системи соціального страхування;

- паритетність у сплаті внесків.

Проте важко поєднати принципи актуарного аналізу страхування з бажанням ефективного і всебічного соціального захисту. Модель Бісмарка значно змінилась і тепер, незалежно від наявності роботи, всі особи застраховані чи то державою, чи то працедавцями.

Модель Беверіджа побудована на трьох принципах: універсальність, єдність та інтеграція. Принцип універсальності – це забезпечення на всі випадки

соціального ризику для всього населення. Принцип єдності полягає в адекватному характері внесків і виплат, однаковому характері організації системи, допомога має бути достатньою за обсягом і якістю. Принцип єдності означає єдиний характер організації системи, заснованої на єдиному внеску до уніфікованої системи національного страхування, за винятком соціального страхування від нещасних випадків на виробництві, а також сімейної допомоги, що фінансувалась із суспільних фондів (Державного бюджету). Державні органи управляють цією системою. Принцип інтеграції означає інтеграцію різних форм забезпечення (страхування, соціальної допомоги та ощадних кас) і передбачає координацію трьох напрямів (соціальної політики, заснованої на гарантованому доході, ОЗ й політики повної зайнятості).

Основний фокус даної статті спрямований на опис структурних елементів систем ОЗ та їхніх функцій управління деяких країн Європейського співтовариства, згрупованих за принципом Світового Банку щодо розвитку людського потенціалу (високого, середнього та низького). У таблиці наведено індекс людського розвитку та його складових у розрізі країн дослідження.

До країн із дуже високим розвитком відносяться Сполучене Королівство – Англія (14), Німеччина (6), Австрія (21) (у дужках зазначене місце в індексі людського розвитку) [6], які є членами Організації із економічної кооперації та розвитку (OECD) [11], та країни із дуже високим розвитком людського потенціалу, проте не є членами OECD – Польща (35) та Литва (35), Україна (83).

Далі наводимо характеристику систем ОЗ у розрізі країн дослідження.

Австрія

Система ОЗ вибудована часом, керується принципами солідарності, доступності та універсальності та спирається на три важливі характеристики: конституційне закріплення розділення відповідальності з ОЗ поміж федеральним і регіональним рівнем (землі); найвищий ступінь делегування відповідальності саморегульованим організаціям; змішана модель фінансування, коли держава та соціальні страхові фонди майже порівну розподіляють видатки.

Система характеризується співробітництвом великої кількості дійових осіб, відповідальність яких регулюється законами. Основною особою на федеральному рівні є Австрійський парламент, Федеральне МОЗ, Федеральне міністерство праці, соціальних справ та захисту споживачів; організації соціального захисту та групи адвокації, такі як соціальні партнери – представники працівників і роботодавців, професійні асоціації.

Стосовно виконання законодавства центральну роль відіграє Федеральний уряд, хоча чимало відповідальності делеговано на місця чи установам соціального забезпечення. Федеральний уряд відповідає за законодавство з амбулаторної допомоги (для лікарів індивідуальної практики). Усі регуляції щодо фармацевтики, аптек та медичних виробів разом із професійною діяльністю (наприклад, освіта лікарів) і структурна політика є відповідальністю Федерального уряду.

Відповідальність за структурну політику та планування госпітальної допомоги спільно несуть Федеральний уряд, земельний і, так звані, організації соціального забезпечення, проте госпітальний сектор має центральну регуляцію лише щодо основних вимог, а землі відповідальні за специфіку законодавства та виконання.

Федеральне МОЗ готує закони та відповідає за захист громадського здоров'я разом із політикою ОЗ через взаємодію із різними гравцями, прийняття рішень і контроль.

Охорона здоров'я передбачає обов'язкове солідарне страхування. Через соціальні страхові фонди та податки фінансується 75% витрат ОЗ, майже 25% надходить із приватних джерел (внески споживачів та прямих платежів, приватне страхування здоров'я, неприбуткові організації). Заклади ОЗ можуть бути державними, приватними неприбутковими або прибутковими та індивідуальними.

Федеральні установи, установи земель та інститутів соціального забезпечення передають кошти регіональним фондам ОЗ, які відповідають за втілення федеральних керівництв та за фінансування стаціонарної допомоги. Водночас, кожна земля має свою власну регіональну платформу ОЗ, яка керується регіональним фондом ОЗ, в якому земля та соціальне забезпечення представлені рівно, разом із відповідними федеральними агенціями та стейкхолдерами (муніципальними органами, палатою лікарів, компанії, що керують госпіталами).

Сектор амбулаторної допомоги та реабілітації, фармакологічного забезпечення ОЗ організований шляхом перемовин між 22 організаціями соціального страхування чи Федерацією австрійських організацій соціального забезпечення, палатою лікарів, радою фармацевтів, організацією середнього медичного персоналу та іншими професійними медичними об'єднаннями. Співробітництво здійснюється у межах визначених законом щодо безпеки допомоги та фінансування.

На рис. 1 наведено схематичну структуру системи ОЗ Австрії.

Таблиця
Індекс людського розвитку та його складові

Рівень розвитку, місце	Країна	ВВП (2011 ЛКС \$)		Індекс розвитку людства		Смертність серед дорослих (на 1000)		Стандартизована за віком смертність (на 100 тис.)		Очікувана тривалість життя, роки (середні показники)		Тривалість життя при народженні, роки		Лікарі (на 10 тис.)		Витрати на охорону здоров'я		Якість медичної допомоги (% задоволеніх)
		2013	2012	2012	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	
6	Німеччина	43,049	0,911	0,911	51	96	4,3	0,9	70,9	67,1	80,7	36,9	11,1	12,4	86			
14	Англія	35,002	0,890	0,890	57	91	1,4	1,8	70,1	67,1	80,5	27,7	9,3	9,2	86			
21	Австрія	42,930	0,880	0,880	49	94	3,2	2,6	71,2	67,0	81,1	48,6	10,6	16,3	93			
35	Литва	23,740	0,831	0,831	92	267	0,7	0,4	68,4	60,0	72,1	36,4	6,6	27,9	51			
35	Польща	21,487	0,833	0,833	72	191	3,7	0,1	69,3	62,8	76,4	20,7	6,7	22,9	42			
83	Україна	8,215	0,733	0,733	120	310	3,6	2,3	64,9	56,6	68,5	35,2	7,2	45,2	18			



Рис. 1. Схематична структура системи охорони здоров'я Австрії

Страхова частина ОЗ самоскерується та первинно фінансується через страхові внески, які покривають підрозділи ОЗ, невідкладної допомоги та

пенсійне страхування. Організація Австрійської системи соціального страхування [4] (рис. 2).



Рис. 2. Організаційна модель Австрійської системи соціального страхування

Страховання є обов'язковим і застрахована особа не має можливості обрати організацію соціального забезпечення. Конкуренції між інститутами нема для забезпечення ефективного розподілу ризиків. Страхування зазвичай пов'язане з працевлаштуванням і починається автоматично, деякі групи (самозайняті особи та добровільно застраховані люди) можуть приєднуватись до страхування. Сума страхового внеску не залежить від персонального ризику застрахованої особи.

Німеччина

Уряд Німеччини та МОЗ традиційно делегує повноваження саморегульованим організаціям платників і надавачів послуг, залучених до фінансування й надання послуг ОЗ, що покриваються схемами обов'язкового страхування, які є найбільшим фінансовим ресурсом ОЗ. Станом на 2011 р. у соціальному довготерміновому страхуванні налічується майже 70 млн осіб, у приватному – 9,5 млн осіб [7].

На національному рівні Федеральні збори, Федеральна рада (верхня палата, представляють державу) і Федеральне МОЗ і соціального забезпечення є ключовими учасниками. Далі на місцях міністерства кожної землі несуть відповідальність за розроблення та впровадження законів, контролюючи підлеглих та фінансування інвестицій у госпітальному секторі. Федеральні землі поділені на адміністративні округи та місцеві органи влади (міст, муніципалітетів, округів), які всі мають численні компетенції в системі ОЗ, з пропаганди здоров'я до планування госпітальної допомоги. Центральний уряд передав місцевому управлінню госпіталами, через регіональну госпітальну раду, послуги громадського здоров'я, а первинна медична допомога спрямовується та контролюється місцевою радою.

МОЗ встановлює загальні правила для всієї системи ОЗ та здійснює супервізію роботи. Усі лікарі обов'язково є членами регіональних лікарських асоціацій, відповідальних за поточну освіту, тренінги та

встановлення професійних, етичних і суспільних стандартів. Останнім часом посилюються вимоги щодо ролі таких асоціацій із забезпечення якості лікування.

Лікарняні каси поділяються на шість основних груп. Загальні регіональні фонди, Allgemeine Ortskrankenkassen (АОК), які діють під зонтичною організацією Федеральне об'єднання АОК. Ці кошти покривають приблизно третину населення Німеччини. Фонди, засновані компаніями, відомі як Betriebskrankenkassen (БКК). Вони покривають п'яту частину населення у 2004 р., Фонди Торгової Гільдії, Innungskrankenkassen (ВКК), Сільськогосподарські фонди, Landwirtschaftliche Krankenkassen (ЛКК), Видобувничо-Залізнично-Морський Фонд, Knappschaft-Bahn-See. Замінні фонди, відомі як Ersatzkassen. Їх попередниками були товариства взаємної допомоги і, як і АОК, Ersatzkassen покриває близько третини населення (2004).

Крім корпоративних організацій, наділених правом

приймати рішення, організації медичних сестер та парамедичних професіоналів, пацієнтів, приватні страхові фонди мають формальне право додавати до прийняття рішень консультації та пропозиції. Соціальні суди формують окремі групи учасників системи та мають справу окремо з кожним на федеральному, державному і корпоративному рівні.

Ще однією особливістю є чіткий розподіл між амбулаторним сектором, що переважно належить одноосібним лікарям, і регіональними асоціаціями лікарів як обов'язковою системою страхування, які все ще концентруються на госпітальній допомозі. Послуги, що надаються в цих секторах, не тільки відрізняються за способом надання, але й за способом оплати.

Сектор громадського здоров'я розглядається як третій основний елемент системи ОЗ.

На рис. 3 наведено схематичну структуру системи ОЗ Німеччини.

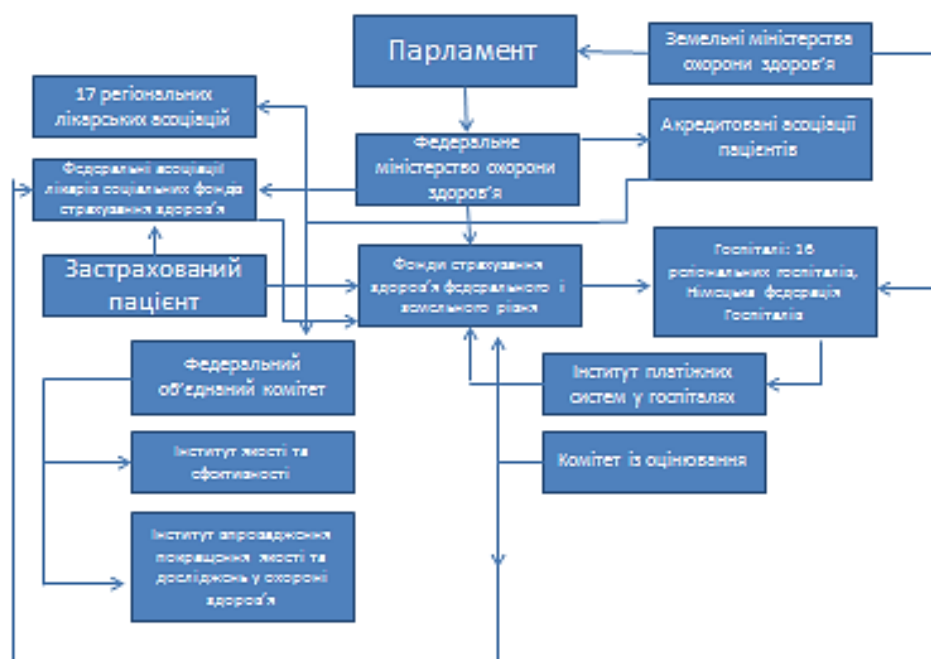


Рис. 3. Схематична структура системи охорони здоров'я Німеччини

Литва

У 1990-х роках Литва прийняла основне законодавство щодо ОЗ. Це – Закон про систему охорони здоров'я (1994) [12], Закон про організації із надання послуг охорони здоров'я (1996), уряд, міністерства, муніципалітети разом з іншими керуючими та контрольними органами, надавачі послуг. Структура складається з виконавчих органів, адміністративних органів, ресурсів та дій і набору послуг, що надаються національною системою ОЗ.

Виконавчі органи займаються ліцензуванням медичної допомоги та фармацевтичної діяльності. До них відносяться державні та муніципальні індивідуальні й громадські бюджетні та небюджетні організації медичної допомоги, державні чи муніципальні підприємства, інші підприємства, які уклали контракти із державними чи територіальними пацієнтськими фондами, чи інші

утримувачі угод із Національною системою охорони здоров'я (НСОЗ), на термін дії таких угод.

Адміністративними органами є органи державної адміністрації заходів щодо здоров'я (уряд, міністерство, урядові організації, місцеві управителі), організації координації заходів в ОЗ, спеціальні органи контролю та управління діяльністю в ОЗ, виконавчі установи муніципалітетів. Ці органи уповноважені контролювати дії інших організацій, що не входять до складу НСОЗ у сфері здоров'я.

Ресурси НСОЗ складаються з матеріальних засобів для забезпечення управління, власності виконавчих та адміністративних органів, державних і муніципальних бюджетних фондів, виділених для гарантування заходів НСОЗ, фондів обов'язкового медичного страхування, іншої власності, призначеної для роботи НСОЗ, спеціалістів та інших робітників державних і муніципальних інституцій,

підприємств, тримачів ліцензій для громадської та індивідуальної медичної допомоги чи фармацевтичної діяльності. Дії та послуги, які надаються НСОЗ, індивідуальна чи громадська медична допомога, фармацевтична діяльність, інші оплачувані види діяльності, що надаються виконавчими органами НСОЗ, які не належать до медичної допомоги або фармацевтичної діяльності, але є необхідними для забезпечення надання останніх сплачуються страховкою. Сплата за послуги може встановлюватись самими органами.

Допомога розподілена на первинну (місцева влада), вторинну (розподілено між місцевою та регіональною владою) і третинну. Міністерства оборони та внутрішніх справ мають власні медичні служби. Законом про медичні заклади (інституції) визнані лише ліцензовані заклади і встановлені такі види лікувальних закладів: державні та муніципальні заклади ОЗ (публічні інститути), бюджетні інститути, урядові та муніципальні бюджетні та публічні установи, урядові чи/та муніципальні підприємства або інші види підприємств, в яких держава/муніципалітет має 50% акцій, інші типи медичних установ, які уклали угоди із Державним фондом пацієнтів, територіальними фондами пацієнтів чи іншими споживачами послуг національної системи ОЗ. Виділяють заклади, відповідальні за приватне і громадське здоров'я та змішані; амбулаторні, стаціонарні, змішані; заклади медичної допомоги, медсестринського нагляду та підтримуючого лікування, медичної реабілітації та санаторного лікування, соціомедичного нагляду, медичної експертизи для певних цілей та змішані. Заклади, відповідальні за громадське здоров'я, поділені на нагляд за безпекою середовищ, моніторинг неконтагіозних

хвороб та змішані. Закон дуже докладно визначає рівень та умови оплати праці для кожного закладу і категорії медичних працівників, а також джерела фінансування.

Литва змінила систему фінансування з переважно центрального чи місцевого бюджету на змішану. У цій системі переважає національний фонд страхування здоров'я, який передбачає обов'язкову участь у ньому.

МОЗ визначає ціну медичних послуг лише для членів національної системи ОЗ та відіграє значну роль у встановленні стандартів медичної допомоги і вимог до неї, ліцензуванні та погодженні капітальних інвестицій. Поза МОЗ численні регулятивні агенції скасовані у 2008 та 2012 рр. у рамках урядової політики щодо зменшення бюрократії та пов'язаних витрат. Більшість адміністративних функцій передані від МОЗ до місцевих адміністрацій, а особливу відповідальність адміністрації несуть за первинну допомогу та соціальну допомогу, дії щодо підтримання громадського здоров'я на місцевому рівні.

Реформа системи ОЗ включала приватизацію переважно госпітальної допомоги. Значну роль відігравав приватний сектор у сферах стоматології, косметичної хірургії, психотерапії, деяких амбулаторних спеціальностей та первинній допомозі. Із 2008 р. національний страховий фонд значно підвищив контрахтування приватних лікарів для спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Планування діяльності ОЗ здійснюється трирічними планами та річними планами зі щорічним звітуванням про виконання. Плани обов'язково узгоджуються із забезпеченням фінансами.

На рис. 4 наведено схематичну структуру системи ОЗ Литви.

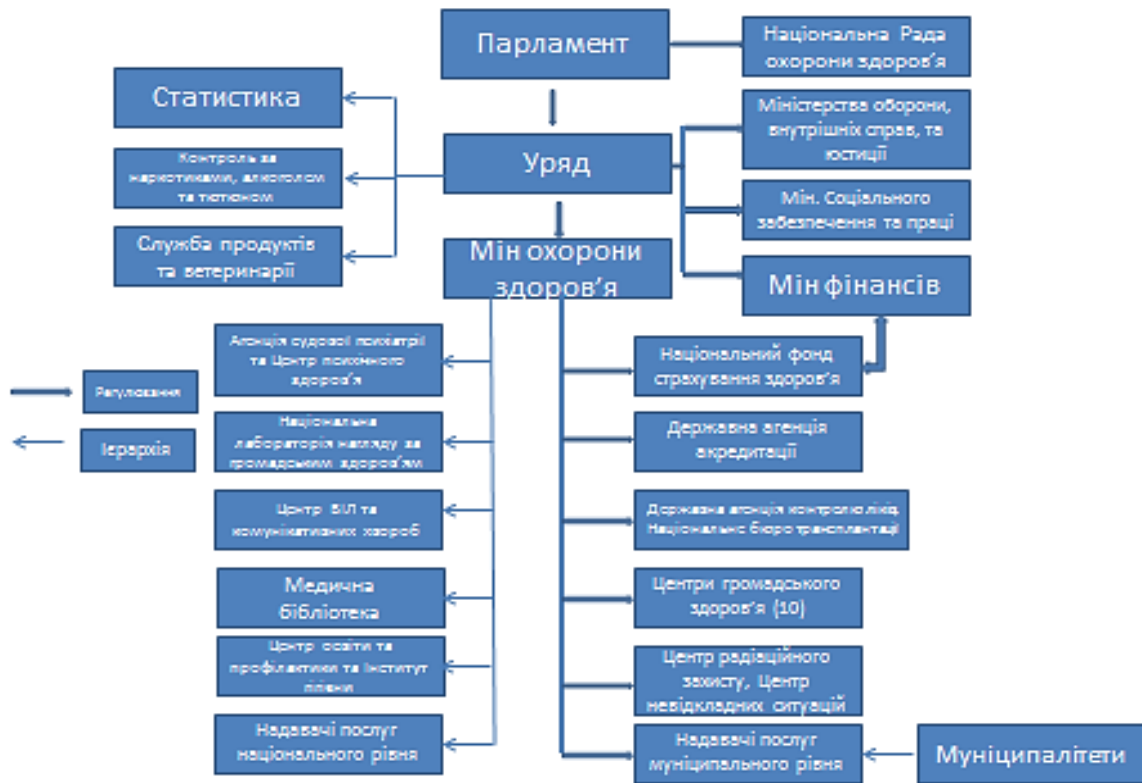


Рис. 4. Схематична структура системи охорони здоров'я Литви

Польща

МОЗ Польщі є найвищим органом у системі ОЗ країни. Міністерство, створене відповідно до положень про Кабінет Міністрів у 1999 р., скеровує політичний кабінет МОЗ, департаменти та їх підрозділи, наглядає за роботою Національного фонду здоров'я, відшкодовує витрати на ліки, медичні продукти та спеціальні види їжі, проводить нагляд та аудит надавачів послуг ОЗ, опікується якістю виконання медичних дій, розробляє та впроваджує програми ОЗ, забезпечує організацію та нагляд за Національною системою невідкладної медичної допомоги та рятування, виконує завдання щодо санаторного лікування. Докладніше структура та функції МОЗ доступні за посиланням [10].

Фінансування видатків медицині здійснюється із національного бюджету. МОЗ Польщі є відповідальним за: правила надання медичної допомоги та її організацію; нагляд за медичними товарами, устаткуванням для діагностики, вмонтованим медичним устаткуванням, засобами косметики та іншими засобами, з точки зору їх безпеки для здоров'я людини та тварин; організацію та нагляд за національною системою невідкладної медичної допомоги; медичними професіями, санітарними умовами та наглядом за безпекою продуктів, особливо під час

виробництва; видачу дозволів на продаж їжі з генетично модифікованими складовими; санаторне лікування; координацію систем соціального забезпечення з точки зору медичного компоненту.

Власне система ОЗ складається з організації ОЗ, невідкладної медичної допомоги та великої кількості професіоналів, які надають медичні сервіси: самокеровані фахівці, стоматологи, медичні сестри, фахівці лабораторій, фармакологи.

Лікувальна діяльність здійснюється цілодобовими лікарнями, хоспісними центрами та відділеннями сестринського догляду. Також допомога надається амбулаторними закладами первинної чи спеціалізованої допомоги.

Лікувальні заклади складаються з підприємств, зареєстрованих у встановленому порядку, незалежних відділень допомоги громадського здоров'я, бюджетних організацій, дослідницьких інститутів, фондів та асоціацій, чия статутна ціль полягає у наданні медичної допомоги, а також церков чи релігійних союзів. Також допомога може надаватись як індивідуальними лікарями чи медичними сестрами, так і їх об'єднаннями.

На рис. 5 наведено схематичну структуру системи ОЗ Польщі.

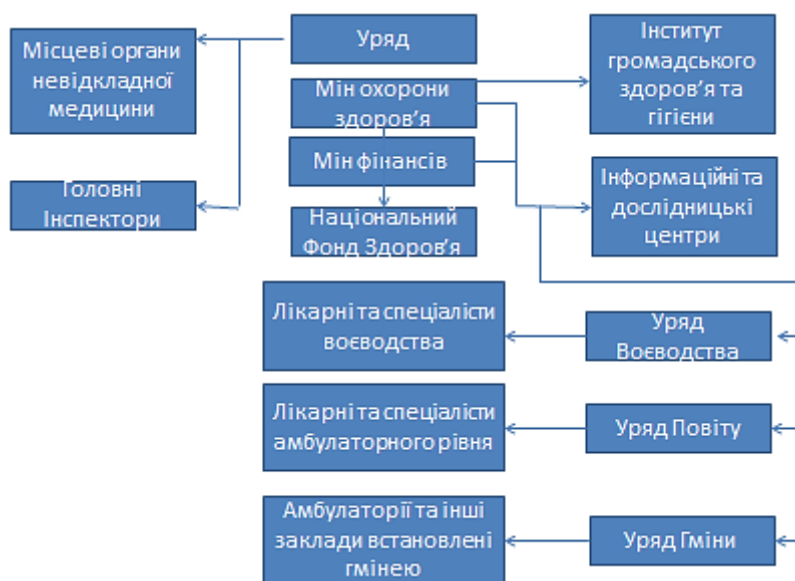


Рис. 5. Схематична структура системи охорони здоров'я Польщі

Сполучене Королівство – Англія

Відповідальність за ОЗ, що фінансується із загальних коштів бюджету несе Державний секретар з охорони здоров'я, який відповідальний перед парламентом. Постійний секретар, який відповідає перед Державним секретарем та парламентом, керує Департаментом охорони здоров'я, що є центральним урядовим органом для встановлення правил національної служби охорони здоров'я, громадського здоров'я, аудиту соціальної допомоги та в інших пов'язаних областях. Національна служба охорони здоров'я скеровується Головним керівником [9].

На національному рівні Департаменту здоров'я допомагають у встановленні та моніторингу стандартів і

регулювання системи ОЗ різні урядові та незалежні організації. Найбільш впливовими серед них є Комісія з якості допомоги, Агенція із захисту здоров'я, яка опікується громадським здоров'ям, Національний інститут здоров'я та клінічної експертизи.

На регіональному рівні Департамент працює через 10 місцевих адміністрацій з ОЗ, які, своєю чергою, співпрацюють із місцевими урядами. Місцеві адміністрації відповідають за гарантування якості та надання місцевих послуг з ОЗ на відповідних територіях.

Зобов'язання контролювати надання медичних послуг на місцевому рівні покладене на 151 організацію первинної допомоги, переважно трастові фонди первинної допомоги (їх 31), кожний з яких обслуговує

географічно визначені території із населенням у середньому 340 тис. Ці фонди куруються державними адміністраціями з охорони здоров'я (SHAs) та відповідальні перед Державним секретарем. Із 2005 р. лікарі загальної практики отримали можливість надавати послуги на базі своїх практик.

Як правило, першою точкою контакту є лікарі первинної ланки для загальномедичних питань. Ці лікарі виконують функції на підставі персонального чи із приватною практикою контракту із місцевими адміністраціями з ОЗ. Крім цього, такі лікарі можуть мати контракти на обслуговування з альтернативними організаторами надання послуг: добровільне страхування, комерційні надавачі послуг, трасові фонди національної системи ОЗ, інші організації надання первинної допомоги.

Трасти – госпіталі, що належать державі, надають

медичну допомогу вторинного рівня. Ці госпіталі фінансуються національною системою ОЗ, у них працюють спеціалісти вузького профілю, медичні сестри, психотерапевти, радіологи та інші. Невеликий приватний сектор існує поруч із національною системою ОЗ та фінансується з різних джерел – приватних, державних чи напряду пацієнтами. У такому секторі переважно надається невідкладна допомога окремих видів.

Також у системі ОЗ значну роль відіграють Медична асоціація Британії, професійні групи, як Королівський коледж, Британська асоціація дантистів, профспілки медичних працівників, об'єднані профспілки, британські об'єднані профспілки, Асоціація клінічних консультантів та фахівців, Конфедерація національної системи ОЗ.

На рис. 6 наведено схематичну структуру системи ОЗ Сполученого Королівства – Англії.

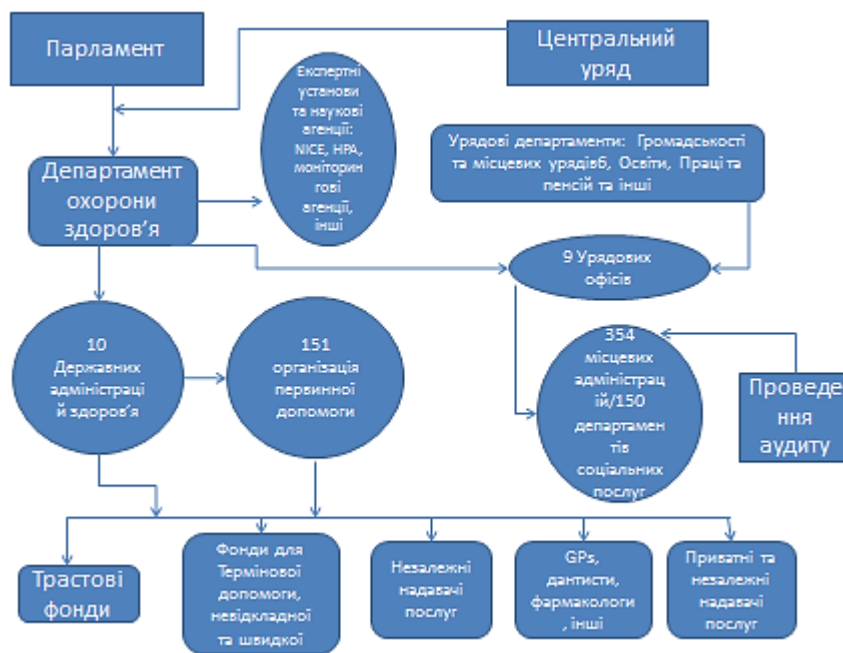


Рис. 6. Схематична структура системи охорони здоров'я Сполученого Королівства – Англії

Україна

Українська система ОЗ створена за принципом вертикального підпорядкування. Найвищий орган державної влади – Верховна Рада – приймає законодавство із питань ОЗ та фінансування, за яким функціонує система [5].

Уряд України делегував повноваження щодо стратегічного планування чи вироблення політики та поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я на чолі з Міністром, який призначається Верховною Радою за поданням Голови Уряду, відповідає перед Урядом та Верховною Радою, звільняється з посади Верховною Радою.

Медична допомога розподілена на три рівні – первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану).

На місцевому рівні існують 27 обласних департаментів організації надання медичної допомоги.

Вони здійснюють планування роботи та поточне керівництво всіма підпорядкованими, тобто державними чи муніципальними закладами ОЗ на певній території. Також на місцях функціонують приватні медичні заклади, які надають допомогу первинного та вторинного рівня.

Обласні департаменти скеровують діяльність 490 районних адміністрацій ОЗ, які відповідно здійснюють управління районними госпіталями та первинною ланкою допомоги. Безпосередньо послуги з ОЗ надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санаторно-курортними, науковими в галузі медицини та іншими закладами ОЗ.

МОЗ, обласні та районні адміністрації ОЗ проводять моніторинг діяльності підпорядкованих медичних установ і відповідають за дотримання якості допомоги. Це реалізується за допомогою протоколів лікування, ліцензування діяльності госпіталів та сертифікації лікарів, які в них працюють, акредитації лікувальних установ. При цьому слід зазначити, що вимоги однакові для приватних і

державних лікувальних установ.

У складі МОЗ діють багато консультативних і дорадчих органів, кваліфікаційних, наукових та науково-кваліфікаційних комісій. Окремо функціонують підпорядковані безпосередньо МОЗ численні наукові установи з різних питань охорони громадського здоров'я, високоспеціалізованої медичної допомоги.

Особливістю країни є наявність 12 медичних вищих навчальних закладів переддипломної підготовки та 3 медичних академій післядипломної освіти. Іще особливістю є наявність потужної «відомчої» медицини, що також фінансується фактично за кошти Державного бюджету, обслуговує дуже вузьку групу за професійною ознакою чи за ознакою приналежності до певної організації (медичне відділення Державного управління справами).

Фінансування системи здійснюється з Державного бюджету шляхом субвенцій, які перераховуються до обласних і далі до районних бюджетів. Поряд із цим існують приватні страхові фонди, які виконують функцію добровільного страхування, і частина витрат сплачується пацієнтами напряму під виглядом «добровільних» внесків до позабюджетних фондів лікарень, що є дуже

поширеною практикою.

Крім того, функціонують потужні державні організації, які за суттю є страховими та здійснюють різні види соціальних виплат: Пенсійний фонд України, Державна служба зайнятості (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття), Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб і членів їхніх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів (фінансує витрати на медичну і соціальну допомогу потерпілим на виробництві).

Фактично останні два вже виконують елементи медичного страхування та можуть бути використані для розвитку структури обов'язкового страхування.

На рис. 7 наведено схематичну структуру системи ОЗ України.

Також існують медичні профспілки та лікарські асоціації з потенційно значною роллю в управлінні чи встановленні медичних стандартів, захисті прав медичних робітників.



Рис. 7. Схематична структура системи охорони здоров'я України

ВИСНОВКИ

Таким чином, можна констатувати, що в європейських країнах, описаних у статті, діють подібні системи організації та управління ОЗ. Усі системи певною мірою наближені до моделі Беверіджа з обов'язковим страхуванням пацієнтів. Залежно від країни різняться джерела наповнення страхового/страхових фондів, ступінь самостійності місцевої влади при встановленні цін на медичні послуги і порядок взаємодії із приватними клініками чи практиками.

Схожою є роль парламенту та уряду у встановленні загальних принципів і норм роботи медичної сфери, визначенні обсягів і джерел фінансування, міри делегування права прийняття рішень місцевій владі. Відрізняються способи контролю за діяльністю госпіталів та лікарів чи суспільства над МОЗ навзаєм. У країнах, що

проходять період трансформації, дуже слабкий зв'язок між професійними асоціаціями, міністерством, страховими фондами щодо визначення правил роботи медичних закладів і спеціалістів та рівнів оплати послуг. Країни, що не є в періоді трансформації та відповідно мають більш високий рівень індексу людського розвитку, вирізняються потужними численними страховими медичними фондами центрального чи місцевого рівня та асоціаціями медичних працівників. Вони прямо впливають на роботу міністерств та уряду щодо встановлення справедливих правил і прийнятних цін на медичні послуги, визначення методів дотримання якості послуг, контролю за професійною і медичною діяльністю. Ні уряд, ні міністерство не мають монопольного права на остаточне рішення і зобов'язані враховувати та узгоджувати позиції з іншими учасниками ринку. Це наочно на прикладі Австрії та Німеччини, де професійні організації мають право ліцензування лікарської

діяльності, перевірки діяльності госпіталів, впливають на правила роботи страхових компаній.

Поряд із цим у системі ОЗ України наявні так само структурні елементи управління центрального та місцевого рівня, виконавчі органи на місцях з обмеженим набором функцій, дуже заплутаною системою бюджетування, яка, певною мірою, не враховує наявних потреб, які ніколи не оцінювались належним чином. Структура повністю відповідає централізованій структурі управлінських зв'язків, що ґрунтується не лише на встановленні принципів роботи, але і на жорсткому адміністративному контролі діяльності. До цього ж встановлені на центральному рівні показники ефективності не дають змоги адекватно оцінити потреби ОЗ, визначити фінансові потреби тощо. Водночас, країна вже має сформовану структуру медичної допомоги, яка керується принципом центрального управління, незважаючи на наміри децентралізації, має усталену систему контролю і навіть сформовані організації страхування соціальних потреб. Такі організації можна розглядати як потужний ресурс для впровадження обов'язкового страхування за рахунок використання вже існуючої матеріальної бази, персоналу, систем обліку, програмного забезпечення, територіальних відділень. Хоча для цього знадобиться внесення законодавчих змін, розробка нових правил роботи, перенавчання персоналу. Все це сприятиме наближенню фінансових запитів та ресурсів, що виділяються, встановленню чітких нормативів та правил роботи лікарів і правил оплати за

послуги. Ще однією особливістю цих фондів є те, що всі мешканці України вже обліковані в них, особливо в пенсійному фонді, і це потужне підґрунтя для введення персоналізованих медичних страхових рахунків для обов'язкового медичного страхування.

Україна як держава у цілях ОЗ зовсім не використовує потужності приватної медицини на рівні госпіталів і приватних лікарів. Таким чином, потужний резерв знань, умінь, устаткування, інших можливостей фактично виключений із загальнокорисного використання. Переважно це пояснюється відсутністю нормативної бази або практики використання бази для такого співробітництва та побоюваннями через високі ціни. З іншого боку, приватні госпіталі не охоче співпрацюють із державними інституціями через постійні проблеми з платежами й перевітками. Більшість воліють діяти самостійно та розвивати горизонтальні зв'язки з медичними закладами на певній території для пошуку пацієнтів.

Україна має усі передумови й ресурси для трансформування системи ОЗ у більш ефективну модель. Українські національні медичні професійні асоціації та об'єднання повинні підвищити вплив на роботу ОЗ, перейняти на себе більшість функцій з управління ОЗ, підготовки та перепідготовки лікарів на місцевому рівні, взаємодії зі страховими фондами, урядом та Верховною Радою.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності систем ОЗ різних країн.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні. Адміністративно правові проблеми формування і реалізації : монографія [Електронний ресурс] / З. С. Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с. – Режим доступу : http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf. – Назва з екрана.
2. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
3. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
4. Джерело Музей Австрії щодо Соціальних та Економічних справ із соціального забезпечення, 2013 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf. – Назва з екрана.
5. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України Верховної Ради України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/anot/en/2801-12>. – Назва з екрана.
6. Режим доступу : <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>. – Назва з екрана.
7. Режим доступу : http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/110923_Factsheet_Long-Term_Care_Insurance.pdf. – Назва з екрана.
8. Режим доступу : <http://www.gapmedics.com/blog/2014/02/22/health-care-systems-differences-around-the-globe>. – Назва з екрана.
9. Режим доступу : <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>. – Назва з екрана.
10. Режим доступу : <http://www.mz.gov.pl/en/ministry-of-health/office/the-offices-organisational-units>. – Назва з екрана.
11. Режим доступу : <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm>. – Назва з екрана.
12. Режим доступу : http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_e?p_id=82095. – Назва з екрана.
13. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта / М. Фотаки // Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы) : сборник. – Москва, 1999. – С. 8–11.
14. Щепин О. П. Фундаментальные основы политики здравоохранения / О. П. Щепин, В. Б. Филатова, Я. Д. Погорелова. – Москва : Изд-во НПЦ «Эскиз», 1999. – 70 с.

15. The concept of the «health system» at the macrosociological level // Soc. Sci Med. – 1973. – Oct. ; Vol. 7 (10). – P. 763–785.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.06.2016 р.

Сравнение структурных элементов управления систем здравоохранения отдельных стран Европы и Украины

С.А. Рудый¹, А.П. Гук^{2,3}

¹Всеукраинский благотворительный фонд «Фьючерс Групп Украина», г. Киев, Украина

²ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

³Украинская Ассоциация Нейрохирургов, г. Киев, Украина

Цель – сравнить структурные элементы управления систем здравоохранения отдельных стран Европы и Украины.

Материалы и методы. Исследования проведены на основании доступных аналитических материалов относительно систем здравоохранения Австрии, Германии, Литвы, Польши, Англии, Украины. Методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, системного подхода.

Результаты. Схематически представлены и описаны системы здравоохранения Австрии, Германии, Литвы, Польши, Англии, Украины.

Выводы. В Украине существуют все предпосылки и ресурсы для трансформации системы здравоохранения в более эффективную модель. Украинские медицинские профессиональные ассоциации и объединения должны повысить свое влияние на работу системы здравоохранения, взять на себе большинство функций по управлению системой здравоохранения, подготовки и переподготовки врачей на местном уровне, взаимодействия со страховыми фондами, правительством и Верховным Советом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: системы здравоохранения, сравнительная характеристика, медицинские ассоциации.

Compare of health care system management elements of certain European countries and Ukraine

S.A. Rudyi¹, A.P. Huk^{2,3}

¹All-Ukrainian Charitable Fund «Futures Group Ukraine», Kyiv, Ukraine

²SI «Institute of Neurosurgery Named after Academician A.P. Romodanov of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³Ukrainian Association of Neurosurgeons, Kyiv, Ukraine

Purpose – compare the elements of health care system management structure of certain European countries and Ukraine.

Material and methods. For this review free data regarding health care systems in Austria, Germany, Lithuania, Poland, United Kingdom, and Ukraine were used. Methods: literature review, logical and structure analysis.

Results. Austria, Germany, Lithuania, Poland, United Kingdom, and Ukraine health care systems diagrammatically described and presented.

Conclusions. In Ukraine, there are all preconditions and resources for the health system transformation into a more efficient model. Ukrainian medical professional associations and unions should increase their influence on the health care system work, to take on themselves the majority of the functions of the health system management, training and retraining of doctors at the local level, cooperation with insurance funds, the government and the Supreme Council.

KEY WORDS: health care systems, comparative description, medical associations.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рудий Сергій Анатолійович – експерт Всеукраїнського благодійного фонду «Фьючерс Груп Україна», член Ради Громадської організації «Асоціація Медиків Революції Гідності»; вул. Саксаганського, 39Б, офіс 3, м. Київ, 01033, Україна.

Гук Андрій Петрович – заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», член Правління Українського Лікарського Товариства, відповідальний секретар Української Асоціації Нейрохірургів; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.

К.С. Красовський

АНАЛІЗ ПОЛІТИКИ ЩОДО ТЮТЮНОВИХ АКЦИЗІВ В УКРАЇНІ У 2013–2016 РОКАХ З ТОЧКИ ЗОРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна*

Протягом 2013–2016 рр. в Україні неодноразово підвищувалися ставки акцизного податку на тютюнові вироби. Така політика була досить успішною як із фіскальної точки зору (у I половині 2016 р. Державний бюджет отримує від тютюнових акцизів 15,9 млрд грн, майже стільки ж, як і за весь 2012 р.), так і з точки зору охорони здоров'я.

Мета – проаналізувати акцизну політику щодо тютюнових виробів в Україні за 2013–2016 рр. з точки зору охорони здоров'я.

Метод: статистичний.

Результати. Опитування Державної служби статистики свідчать, що кількість курців в Україні суттєво зменшилася: з 8,1 млн осіб у 2013 р. до 6,2 млн осіб у 2015 р., що пояснюється як скороченням поширеності куріння (на 14% за два роки), так і тимчасовою окупацією частини території України. Проте річні обсяги реалізації оподаткованих сигарет в Україні за ці роки не зменшилися. Цей парадокс зумовлений різким падінням обмінного курсу національної валюти, через що ціна сигарет, незважаючи на зростання ставок акцизу, в Україні стала набагато меншою, ніж у сусідніх країнах, тому обсяг незаконного вивозу сигарет із України суттєво зріс.

Висновки. Для забезпечення подальшого зменшення споживання тютюну в Україні та скорочення обсягів нелегального вивозу потрібно законодавчо забезпечити, щоб зростання ставок акцизу відбувалося щорічно та суттєво випереджало рівень інфляції, відповідно до вимог Рамкової Конвенції із боротьби проти тютюну та Угоди про асоціацію між Україною та Євросоюзом.

Ключові слова: акцизний податок на тютюнові вироби, охорона здоров'я.

ВСТУП

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [21], тютюн вбиває до половини своїх споживачів: щорічно у світі понад 5 млн людей помирає від наслідків безпосереднього споживання тютюну і ще більше 600 тис. гине через перебування під впливом вторинного тютюнового диму.

За даними Світового Банку [14], вживання тютюну є значною перешкодою для розвитку по всьому світу. Пов'язані з курінням хвороби створюють тяжкий економічний тягар для країн і коштують мільярди доларів щороку через втрату продуктивності праці, передчасні смерті досвідчених працівників і більш високі витрати на охорону здоров'я. На лікування пов'язаних із курінням захворювань у глобальному масштабі витрачається 2,1 трильйона доларів США шляхом прямих і непрямих витрат системи охорони здоров'я [20].

Для протистояння тютюновій епідемії у 2003 р. ухвалено Рамкову конвенцію із боротьби проти тютюну (РКБТ) [9] – перший у світі міжнародний правовий договір у сфері громадського здоров'я, що накладає юридичні зобов'язання. Мета цієї конвенції та її протоколів полягає в захисті нинішнього та майбутніх поколінь від руйнівних наслідків для здоров'я людей, а також від соціальних, екологічних і економічних наслідків споживання тютюну й впливу тютюнового диму. Це має бути зроблено за допомогою заходів боротьби проти тютюну на національному, регіональному й міжнародному рівнях, які здатні постійно та істотно скорочувати поширеність вживання тютюну й впливу тютюнового диму.

Україна ратифікувала Рамкову Конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну у 2006 р. Стаття 6 Рамкової конвенції визнає, що цінові й податкові заходи є ефективним і важливим засобом скорочення споживання тютюну різними групами населення, особливо молоддю, і визначає, що країни мають здійснювати податкову політику і, у разі доцільності, цінову політику стосовно тютюнових виробів, для того щоб сприяти досягненню цілей у галузі охорони здоров'я, спрямованих на скорочення споживання тютюну. Таким чином, основною метою податкової політики стосовно тютюнових виробів є скорочення їх споживання. На додаток до цієї основної мети податкова політика має сприяти зростанню надходжень до Державного бюджету та скороченню нелегального обігу сигарет між країнами.

У 2014 р. Конференцією Сторін РКБТ ухвалено керівні принципи для виконання Статті 6 РКБТ [15]. У розділі 3.2 Керівних принципів зазначено: «Податкові ставки мають зростати на регулярній основі, потенційно щорічно, з урахуванням інфляції і зростання доходів населення з метою зниження споживання тютюнових виробів».

У 2000–2007 рр. акцизи на тютюнові вироби в Україні підвищувалися дуже повільно, в результаті чого реальні (з врахуванням інфляції) ціни на сигарети зменшилися за цей період майже удвічі. Підвищення цінової доступності сигарет привело до зростання їх споживання [19].

Підвищення середнього акцизного навантаження на пачку сигарет із 0,5 грн до 3 грн у період із серпня 2008 р. по липень 2010 р. (у 6 разів за 2 роки) призвели як до суттєвого зменшення поширеності куріння, так і до

швидкого зростання надходжень до Державного бюджету від тютюнових акцизів: з 2,5 млрд грн 2007 р. до 13,1 млрд грн у 2010 р., або на 424% за три роки при зменшенні обсягу оподаткованих сигарет з 125 млрд до 95 млрд.

У 2011–2012 рр. темпи підвищення акцизів значно уповільнилися: у 2012 р. середній акциз на пачку сигарет становив 4,04 грн (зростання на 30% за 2 роки), а надходження до бюджету від тютюнових акцизів зросли до 16,6 млрд грн, або на 27%.

Досвід підвищення акцизів в Україні у 2008–2012 рр. та його вплив на зменшення споживання тютюну детально проаналізовано в роботах [1, 14, 19].

Мета роботи – проаналізувати акцизну політику щодо тютюнових виробів в Україні за 2013–2016 рр. з точки зору її сприяння досягненню цілей у галузі охорони здоров'я, спрямованих на скорочення споживання тютюну.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для аналізу використано статистичні дані матеріалів Державної служби статистики України, звіти Державного казначейства про доходи Державного бюджету, законодавчі акти України з бази даних Верховної Ради України.

З 2000 р. Державна служба статистики України проводить щорічні вибіркові опитування домашніх господарств із питаннями про паління і оприлюднює дані про поширеність тютюнопаління серед населення старше 12 років. У роботі використано дані звітів про результати опитувань 2013–2015 рр. [10–12].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оподаткування тютюнових виробів у 2013–2014 рр.

У грудні 2012 р. Верховною Радою України ухвалено Закон № 5503 [7], яким запроваджено нові ставки акцизу, що набули чинності 1 січня 2013 р. Мінімальну специфічну ставку акцизу на сигарети з фільтром збільшено з 3,69 грн до 4,35 грн за пачку. Мінімальну ставку на пачку сигарет без фільтру збільшено з 1,41 грн до 1,91 грн. Проте зменшено адвалерну ставку акцизу з 25% (для сигарет із фільтром) та 20% (для сигарет без фільтру) до 12%.

Законом № 5503 запроваджено авансові платежі зі сплати тютюнових акцизів: якщо раніше акциз сплачувався виробниками або імпортерами при поданні податкової чи митної декларації з фактично реалізованих сигарет, то з січня 2013 р. акциз сплачується при придбанні марок акцизного збору, тобто на кілька місяців раніше. Авансові платежі створили ілюзію зростання надходжень до бюджету, бо в перші місяці 2013 р. суми надходжень значно зросли, що добре видно на рис. 1. У січні–квітні 2013 р. надходження різко збільшилися – загалом на 2,6 млрд грн *більше*, ніж за ті ж чотири місяці 2012 р., тоді як за наступні 8 місяців загалом надходження зменшилися – на 1,3 млрд грн *менше*.

Про штучний характер зростання надходжень у січні–квітні 2013 р. свідчить і те, що у ці місяці кількість реалізованих сигарет майже не змінилася (рис. 2).

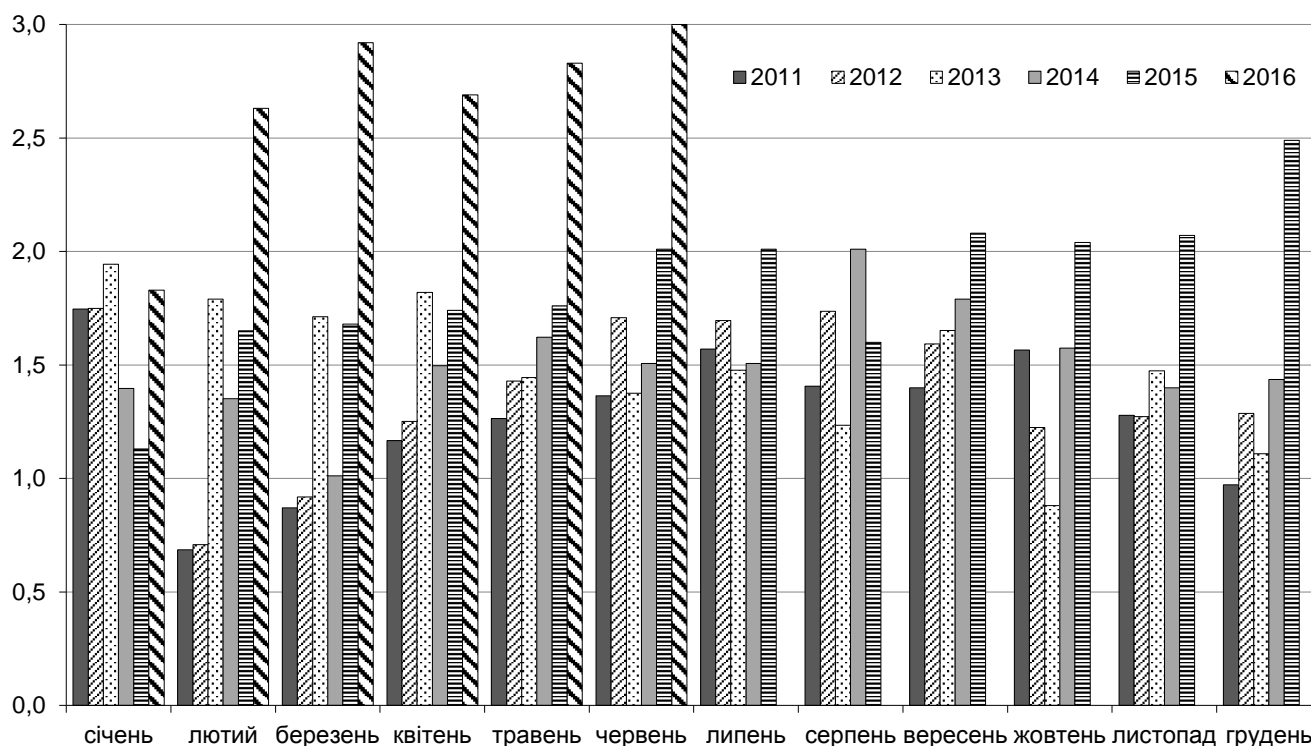


Рис. 1. Надходження до Державного бюджету від тютюнових акцизів по місяцях за 2011–2016 рр. (млрд грн)

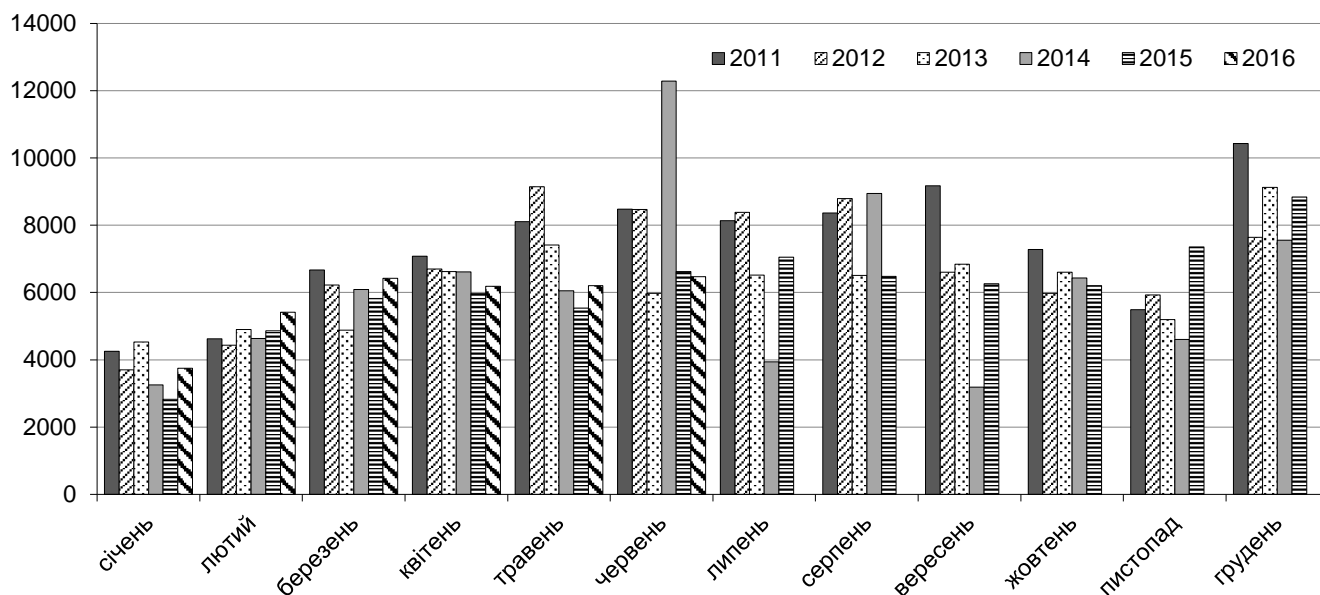


Рис. 2. Реалізація сигарет (вітчизняних та імпортих) в Україні по місяцях за 2011–2016 рр. (млн штук)

У 2013 р. середній акциз дорівнював 2,15 грн на 1000 сигарет, реалізовано 75 млрд сигарет, тобто доходи 2013 р. від тютюнових акцизів мали бути: $75 \cdot 2,15 = 16,1$ млрд грн, що менше, ніж у 2012 р. Зменшення надходжень відбулося тому, що середній акциз зріс на 6,4%, тоді як реалізація сигарет зменшилася на 8,5% (переважно через запровадження у грудні 2012 р. заборони куріння в багатьох громадських місцях). Фактична ж сума надходжень від акцизів у 2013 р. дорівнювала 17,9 млрд грн, тобто розмір «акцизного авансу» становив приблизно 1,8 млрд гривень.

19 грудня 2013 р. Верховною Радою України за скороченою процедурою ухвалено законопроект № 3757 щодо ставок окремих податків, яким не передбачено жодних змін до ставок тютюнових акцизів у 2014 р., хоча ще 16 грудня з'явилася інформація про готовність уряду до значного підвищення акцизів, зокрема на тютюн – до 40%. Акцизи на сигарети з 1 січня 2014 р. збільшено лише на 6,5%, відповідно до перехідних положень Податкового кодексу, ухвалених ще у 2012 р. [3]. Таке підвищення не було здатне ані суттєво наповнити бюджет 2014 р., ані сприяти зниженню рівня споживання шкідливої для громадського здоров'я продукції.

Тому в березні 2014 р. Верховною Радою України ухвалено Закон «Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні» [8], яким, серед іншого, підвищено ставку специфічного акцизного податку на 25% (з 1 липня 2014 р.). 31 липня 2014 р. Верховною Радою ухвалено Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України» [6], яким збільшено ще на 5% ставки акцизу на сигарети (з 1 вересня 2014 р.). Загалом протягом 2014 р. мінімальну ставку акцизного податку на пачку сигарет із фільтром збільшено з 4,35 грн до 6,08 грн, або на 40%.

За I півріччя 2014 р. бюджет отримав від тютюнових акцизів на 1,7 млрд грн менше, ніж у I півріччі 2013 р. Основною причиною скорочення надходжень до

бюджету у I півріччі 2014 р. є те, що надходження 2014 р. порівнюються зі штучно завищеними (завдяки авансовим платежам) надходженнями перших місяців 2013 р. Якщо ж взяти до уваги розмір «акцизного авансу» (1,8 млрд грн), то фактично надходження в I половині 2014 р. були приблизно такими ж, як і рік тому.

У результаті підвищень ставок акцизу з 1 липня та 1 вересня 2014 р., у II півріччі 2014 р. доходи від тютюнових акцизів були на 1,9 млрд грн більшими, ніж у відповідний період 2013 р. У серпні 2014 р., вперше за всю історію України, місячні надходження від тютюнових акцизів перевищили рівень 2 млрд гривень.

Протягом 2014 р. реалізовано 67,1 млрд сигарет (внутрішнє виробництво) + 6,2 млрд сигарет імпорт, разом 73,3 млрд сигарет, тоді як у 2013 р. реалізовано $69,9 + 5,2 = 75,1$ млрд сигарет (включаючи Крим і Донбас). Таким чином, навіть незважаючи на скорочення числа курців через тимчасову окупацію частини території України, зростання ставок акцизу у 2014 р. призвело до дуже помірного скорочення реалізації сигарет. Експорт зріс у 2014 р. із 17,5 млрд сигарет до 18,0 млрд сигарет, імпорт – з 5,2 до 6,2 млрд сигарет. Виробництво сигарет залишилось стабільним – 86,1 млрд у 2013 р., 86,0 млрд – у 2014 р. При цьому виробництво сигарет у I півріччі зросло на 3 млрд штук порівняно з відповідним періодом 2013 р., а в II півріччі – зменшилося на 3 млрд штук.

Проте у 2014 р. реалізація сигарет із фільтром становила 12,6 млрд штук, на 5,1 млрд більше, ніж за відповідний період 2013 р. У січні-червні акциз на 1000 сигарет без фільтру був на 130 грн меншим, ніж на 1000 сигарет із фільтром, а у вересні 2014 р. ця різниця зросла до 170 грн. Зростання реалізації сигарет без фільтру на 5,1 млрд штук із відповідним зменшенням реалізації сигарет із фільтром призвела до скорочення надходжень приблизно на 700 млн гривень. Це ще раз показало хибність політики низьких акцизів на сигарети без фільтру.

Надходження від тютюнових акцизів у 2014 р. могли бути більшими, якби тютюнова індустрія не використала «форестелінг» – штучне збільшення реалізації сигарет напередодні підвищення ставки акцизу. У березні 2014 р. тютюновій індустрії вдалося відтермінувати зростання ставки акцизу на 1 липня і у них було три місяці для реалізації сигарет за старими ставками акцизу (рис. 2). Наприклад, у червні 2014 р. реалізовано 11 млрд сигарет із фільтром, а в липні – лише 2,5 млрд, тоді як у червні та липні 2013 р. – відповідно 5,6 та 5,7 млрд сигарет. Таким чином, лише в червні 2014 р. надлишкова реалізація сигарет із фільтром склала приблизно 5 млрд штук. З 1 липня акциз на 1000 сигарет із фільтром зріс на 58 грн і, таким чином, завдяки «форестелінгу» бюджет втратив приблизно 290 млн грн. Аналогічним чином приблизно на 2,5 млрд сигарет підскочила реалізація сигарет у серпні 2014 р. (рис. 2), через що бюджет втратив ще приблизно 40 млн гривень.

У 2014 р. надходження до Державного бюджету від тютюнових акцизів склали 18,1 млрд грн, на 0,2 млрд більше, ніж у 2013 р., коли було отримано 17,9 млрд гривень. Проте якщо врахувати ефекти: 1) акцизного авансу (1,8 млрд); 2) форестелінгу (0,3 млрд); 3) заміщення сигарет із фільтром сигаретами без фільтру (0,7 млрд), то надходження 2014 р. мали б становити 19,1 (18,1+0,3+0,7) млрд грн, що на 3 млрд грн (або на 19%) *більше*, ніж безавансові надходження 2013 р.: 16,1 (17,9–1,8) млрд гривень.

Проведений аналіз показав, що завдяки ініціюванню Кабінетом Міністрів України підвищенням ставки тютюнових акцизів у липні та вересні 2014 р., вдалося переломити негативні тенденції акцизної політики, яка проводилася попереднім урядом у 2013 р., і компенсувати втрати надходжень, які мали місце у перші місяці 2014 р. Усе це вказує на доцільність подальшого суттєвого підвищення ставок тютюнових акцизів у 2015 р.

28 грудня 2014 р. Верховною Радою України ухвалено Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи» [4], яким, зокрема, передбачено, що з 1 січня 2015 р.:

1. Ставки акцизу на сигарети без фільтру

підвищуються до рівнів сигарет з фільтром.

2. Реалізація суб'єктами господарювання роздрібною торгівлю підакцизних товарів (зокрема, тютюнових виробів) обкладається додатковим акцизним податком у розмірі 5% від вартості (з податком на додану вартість).

Оподаткування тютюнових виробів у 2015–2016 рр.

За січень-грудень 2015 р. Державний бюджет України отримав від тютюнових акцизів 22,2 млрд грн, що на понад 4 млрд більше, ніж рік тому.

Збільшення надходжень відбулося без зростання реалізації сигарет, яка залишилася на рівні 2014 р. – 73 млрд сигарет. Доходи зросли, бо в I півріччі 2015 р. ставки акцизу були суттєво вищими, ніж у попередньому році, бо у 2014 р. ставки підвищено в липні та вересні. Крім того, у січні 2015 р. ставки на сигарети без фільтру підвищено до рівнів ставок сигарет із фільтром. У результаті середня ціна пачки сигарет без фільтру зросла з 6 до 11 грн, а їх реалізація зменшилася з 12,7 млрд штук у 2014 р. до 5,8 млрд штук у 2015 р. Також у 2015 р. зменшився імпорту: з 6,5 млрд сигарет до 4 млрд сигарет. Виробництво у 2015 р. зросло на 8%: з 86 млрд сигарет до 93 млрд сигарет, що зумовлено зростанням експорту з 18 млрд сигарет у 2014 р. до 23 млрд сигарет у 2015 р., і скороченням імпорту.

Слід зауважити, що у IV кварталі реалізація сигарет зросла до 22 млрд сигарет, тоді як у попередні три квартали вона становила в середньому 17 млрд (рис. 2). Зростання реалізації було штучним, спровокованим «ціновими війнами», які влаштували тютюнові корпорації, починаючи з жовтня, з метою не допустити високого зростання ставок акцизу у 2016 р. У попередні роки тютюнові корпорації зазвичай підвищували свою (неподаткову) частку ціни вище за рівень інфляції [1], що забезпечувало їм зростання прибутків навіть при зменшенні реалізації сигарет. Але наприкінці 2015 р. вони вирішили змінити тактику: якщо у січні-вересні ціни на сигарети щомісячно зростали (хоча у 2015 р. підвищено ставки акцизу лише на сигарети з фільтром), то, починаючи з жовтня, ціни на деякі марки сигарет стали поступово зменшуватися (рис. 3).

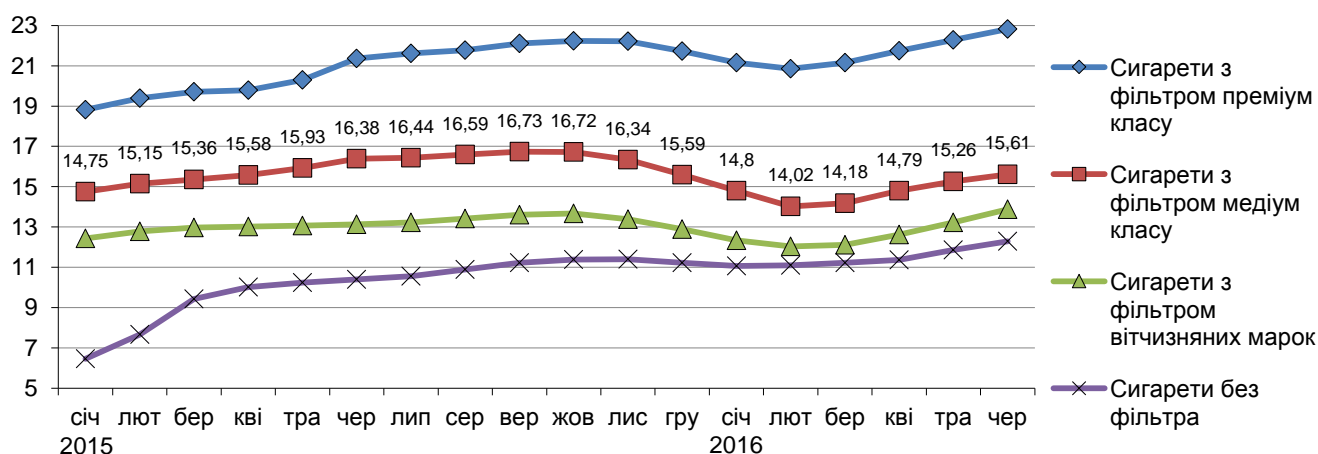


Рис. 3. Середньомісячні ціни на сигарети в Україні за 2015–2016 рр. (дані Державної служби статистики)

Штучне збільшення реалізації сигарет у IV кварталі 2015 р. зроблено в очікуванні різкого збільшення акцизу з січня 2016 р., щоб сплатити акциз за ставками 2015 р., проте залишити сигарети на складах та відправити в роздрібний продаж вже в 2016 р. Незважаючи на «цінові війни», надходження до бюджету за IV квартал зросли до 6,6 млрд грн, тоді як у попередні квартали вони в середньому становили 5,2 млрд гривень.

Загалом протягом 2015 р., незважаючи на збільшення акцизів, реальні ціни на тютюнові вироби не зросли (з врахуванням інфляції): у 2015 р. індекс споживчих цін склав 143,3%, при цьому ціни на тютюнові вироби зросли лише на 18,4%.

24 грудня 2015 р. Верховною Радою України ухвалено Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році» [5], яким, зокрема, передбачено, що з 1 січня 2016 р.: 1) специфічні ставки акцизу на всі тютюнові вироби підвищуються на 40% (стаття 215.3.2 Податкового кодексу), зокрема, мінімальний акциз на сигарети (стаття 215.3.3 ПК) зростає з 304,11 грн на 1000 сигарет до 425,75 грн на 1000 сигарет (або 8,52 грн на пачку з 20 сигарет); 2) змінюється порядок розрахунку адвалерного акцизу на сигарети: з січня 2016 р. він розраховується як визначений Податковим кодексом відсоток від встановленої виробником або імпортером максимальної роздрібною ціни з урахуванням податку на додану вартість (стаття 214.1 ПК). Реально це означає збільшення ставки адвалерного акцизу з 10% до 12% від максимальної роздрібною ціни.

На початку 2016 р. тютюнові корпорації продовжували «цінові війни» і ціни на сигарети в січнілютому продовжували зменшуватися (рис. 3). Максимальні роздрібні ціни на деякі марки сигарет у січні 2016 р. встановлено на рівні 8,5–10 грн за пачку, хоча мінімальний акциз на пачку з 1 січня становив 8,52 грн, а з урахуванням ПДВ ціни на пачку сигарет менше 10,5 грн були свідомо збитковими для виробників. «Цінові війни» було продовжено з метою тиску на уряд, який мав, відповідно до Прикінцевих положень Закону № 909 [5], встановити мінімальні роздрібні ціни на сигарети (15–17 грн на пачку сигарет), що мало компенсувати виробникам втрати, яких вони зазнали під час задіяних ними самими «цінових війн». Проте встановлення зазначених мінімальних цін не збільшуватиме акцизних надходжень до Державного бюджету, бо у 2016 р. на всі сигарети, які коштують менше 18 грн за пачку, діє однакова мінімальна ставка акцизу (8,52 грн на пачку). До того ж Верховна Рада не передбачила покарань для тих продавців, які будуть продавати сигарети дешевше мінімальної ціни, тому ця норма реально не буде діяти. Враховуючи вищевикладене, мінімальні ціни на сигарети не встановлені, а тютюнові корпорації змушені були самостійно підвищити ціни на свої марки сигарет, наприклад, деякі марки сигарет, які в січні мали ціни 9 грн за пачку, у квітні вже коштували 14–15 грн за пачку. Протягом січня–квітня 2016 р. максимальні роздрібні ціни на сигарети зросли в середньому на 3 грн за пачку, що відповідає зростанню податкового навантаження (2,43 грн акциз + 0,4 грн ПДВ). За даними Державної служби

статистики, у квітні–липні середні ціни на тютюнові вироби зросли на 14,3%, тоді як рівень інфляції за ці місяці становив 3,3%.

Ініційоване тютюновими корпораціями штучне зменшення цін на сигарети у I кварталі 2016 р. (рис. 3) призвело до зростання їх реалізації. Виробництво сигарет в Україні у січні–квітні 2016 р. становило 29,6 млрд сигарет, на 3,8 млрд сигарет більше, ніж у відповідний період 2015 р., хоча це частково було зумовлене зростанням експорту на 1,7 млрд сигарет. Зростання реалізації сигарет у поєднанні із суттєвим зростанням ставок акцизів призвело до рекордного зростання надходжень: у січні–червні 2016 р. Державний бюджет отримав від акцизів на вироблені в Україні та імпортовані тютюнові вироби 15,9 млрд грн, що на 60%, або майже на 6 млрд грн більше, ніж у січні–червні 2015 року.

Збільшення цін на сигарети, яке врешті змушені були запровадити тютюнові корпорації, призведе до зменшення їх реалізації в наступні місяці 2016 р., проте збільшення ставки акцизу на 40% забезпечуватиме зростання надходжень до бюджету. Навіть якщо в 2016 р. реалізація сигарет зменшиться до 70 млрд сигарет (на 3 млрд менше, ніж у 2015 р.), то загальні акцизні надходження до Державного бюджету у 2016 р. становитимуть не менше 31 млрд грн, на 9 млрд більше, ніж у 2015 році.

Вплив акцизної політики на споживання тютюну в Україні

У 2016 р. Державна служба статистики України опублікувала щорічний звіт «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року)» [10]. За даними звіту, кількість курців серед населення України (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції) становила у 2015 р. 6,2 млн осіб. Поширеність куріння серед населення України віком 12 років і старше у 2015 р. становила 18,4%, на 2,9 відсоткових пункти, ніж у 2013 р., тобто скоротилася на 14% за два роки. Аналіз поширеності куріння в групах, які відрізняються за рівнем доходів, показав, що у 2014 р. поширеність куріння зменшилася переважно в найменш заможних групах, а у 2015 р. поширеність куріння різко скоротилася у всіх економічних групах.

Поступове зростання ставок акцизів у 2014–2015 рр. відбулося на фоні суттєвого зменшення рівнів доходів серед багатьох верств населення України. Усе це зменшило цінову доступність сигарет, що призвело до зменшення поширеності куріння спочатку серед найменш заможних груп населення у 2014 р., а згодом і серед усіх груп населення у 2015 р.

Політика оподаткування тютюнових виробів, яка проводилася в Україні у 2013–2016 рр., була досить успішною з фіскальної точки зору: в I половині 2016 р. Державний бюджет отримав від тютюнових акцизів 15,9 млрд грн, майже стільки ж, як і за весь 2012 р. (16,6 млрд). Проте реалізація сигарет в Україні за ці роки не зменшилася. У I половині 2016 р. обсяг оподаткованих

сигарет (включаючи імпорт) в Україні становив 34 млрд, стільки ж, як і в I половині 2013 року.

Дані опитувань Державної служби статистики свідчать, що кількість курців в Україні суттєво зменшилася: з 8,1 млрд осіб у 2013 р. до 6,2 млн осіб у 2015 р. [10–12], що пояснюється як скороченням поширеності куріння (на 14% за два роки), так і тимчасовою окупацією частини території України.

Цей парадокс можна пояснити різким падінням обмінного курсу національної валюти, через що ціна сигарет в Україні, незважаючи на зростання ставок акцизу, стала набагато меншою, ніж у сусідніх країнах.

Ціни на сигарети в Україні наразі набагато менші, ніж у сусідніх країнах. Наприклад, ціна на пачку сигарет марки Winston Blue в липні 2016 р. становила: Україна – 21 грн; Росія – 105 рублів (=41 грн); Білорусь – 2,3 нових біл. руб (=29 грн); Молдова – 22 лей (=28 грн). У сусідніх країнах Євросоюзу середні ціни на сигарети: Румунія – 3,15 євро; Словаччина – 3,12 євро, Польща – 3,13 євро, Угорщина – 3,38 євро (у середньому 90 грн). Така ситуація створює передумови для масової контрабанди сигарет з України, тоді як контрабанда сигарет до України не має сенсу.

Всесвітня митна організація (ВМО) опублікувала в грудні 2015 р. черговий звіт про нелегальну торгівлю «2014 Illicit Trade Report» [14]. Серед іншого, звіт ВМО містить дані кількості та обсяги конфіскації контрабандних сигарет та інших тютюнових виробів. Україна у 2014 р. посіла перше місце у світі як країна походження контрабандних сигарет – 354 випадки конфіскацій. Дані звіту свідчать про значне зростання обсягів контрабанди сигарет з України у 2014 році.

У червні 2016 р. маркетингова компанія KPMG видала черговий звіт [14] про обсяги нелегальної торгівлі в країнах Європи. За даними цього звіту, обсяги контрабанди сигарет із України до країн Євросоюзу у 2015 р. значно зросли порівняно з 2014 р., наприклад, з України до Польщі – у 10 разів.

Переважає більшість контрабандних сигарет вироблена легальними виробниками, але через значну різницю акцизів і цін ці сигарети намагалися нелегально перевезти до тих країн, де акцизи та ціни вищі. Для того щоб Україна перестала бути країною походження контрабандних сигарет, існує лише один надійний шлях – суттєве підвищення ставок акцизів на сигарети, щоб зробити їх контрабанду економічно не вигідною. Ініційоване Міністерством фінансів підвищення акцизів на 40% із січня 2016 р. – це лише перший крок на цьому шляху.

16 вересня 2014 р. ратифіковано Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Євросоюзом і їхніми державами-членами, з іншої сторони [13]. Стаття 427 Угоди передбачає, що співробітництво між Україною та Євросоюзом, зокрема, охоплює такі сфери, як попередження та контроль за неінфекційними хворобами через обмін інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем у

галузі охорони здоров'я, ... зокрема, через імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном. Стаття 428 Угоди встановлює, що Україна поступово наближує своє законодавство та практику до принципів *acquis* Євросоюзу, зокрема у сфері тютюну.

Стаття 352 Угоди про асоціацію передбачає «поступове наближення акцизних ставок на тютюнові вироби, наскільки це можливо, беручи до уваги обмеження регіонального контексту, у тому числі шляхом діалогу на регіональному рівні та відповідно до Рамкової конвенції ВООЗ про контроль над тютюном 2003 року».

Акцизна політика Євросоюзу передбачає систематичне підвищення ставок акцизу для скорочення споживання тютюнових виробів. З 1 липня 2006 р. мінімальний рівень акцизу на 1000 сигарет встановлено на рівні 64 євро, а з 1 січня 2014 р. цей рівень підвищено до 90 євро [2].

В Україні мінімальна ставка акцизу на 1000 сигарет із фільтром становить: 2013 р. – 217,6 грн (20 євро), 2014 р. (липень-серпень) – 289,63 грн (18 євро), з вересня 2014 р. – 304,11 грн (13 євро), з 1 січня 2016 р. – 425,75 грн (15 євро). Таким чином, ставки акцизу реально не гармонізуються, бо ставка в євро у 2016 р. є меншою, ніж у 2013 р. Для досягнення чинного мінімального рівня оподаткування сигарет в Євросоюзі (1,8 євро на пачку сигарет) рекомендується щорічно підвищувати специфічну та мінімальну специфічні ставки акцизів на 30% у 2017–2022 рр., а адвалерну ставку – на 2 відсоткові пункти щороку.

ВИСНОВКИ

У 2013–2016 рр. надходження до Державного бюджету України суттєво зросли, а поширеність тютюнокуріння в Україні скоротилася.

Головним фактором скорочення поширеності тютюнокуріння, особливо серед незаможних верств населення, стало зменшення цінової доступності сигарет, як завдяки різкому зростанню акцизів на тютюнові вироби, так і через скорочення реальних доходів населення в певні роки.

Проте обсяги реалізації сигарет в Україні за 2013–2016 рр. залишаються досить стабільними, що зумовлено зростанням обсягів незаконного вивозу сигарет з України.

Запроваджене з січня 2016 р. підвищення ставок акцизів на всі тютюнові вироби дозволить і надалі скорочувати їх цінову доступність, проте податкові заходи слід підсилити іншими заходами контролю над тютюном.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для забезпечення подальшого зменшення споживання тютюну в Україні, відповідно до вимог Рамкової Конвенції із боротьби проти тютюну, потрібно законодавчо забезпечити, щоб зростання ставок акцизу відбувалося щорічно та суттєво випереджало рівень інфляції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко [та ін.]. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 128 с.
2. Красовський К. С. На що спрямувати політику контролю над тютюном в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. П. Скіпальський // Європейський інформаційно-дослідницький центр. – Київ, 2015. – 40 с.
3. Податковий кодекс України від 02.12.2010 р. № 2755-VI // Офіційний вісник України. – 2010. – 10 грудня, № 92, т. 1. – С. 9, ст. 3248, код акту 53775/52010.
4. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи : Закон України від 28.12.2014 р. № 71-VIII // Офіційний вісник України. – 2015. – № 3. – С. 18, ст. 46, код акту 75327/2015.
5. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2016 році : Закон України від 24.12.2015 р. № 909-VIII // Офіційний вісник України. – 2016. – 15 січня, № 3. – С. 99, ст. 152, код акту 80242/2016.
6. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України : Закон України від 31.07.2014 р. № 1166-VII // Офіційний вісник України. – 2014. – 15 серпня, № 63. – С. 102, ст. 1732, код акту 73421/2014.
7. Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо перегляду ставок деяких податків і зборів : Закон України від 20.12.2012 р. № 5503-VI // Офіційний вісник України. – 2013. – № 1. – С. 36, ст. 5, код акту 65227/2013.
8. Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні : Закон України від 27.03.2014 р. № 1621-VII // Офіційний вісник України. 2014 р. – 11 квітня, № 28. – С. 9, стаття 783, код акту 72060/2014.
9. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128, ст. 861.
10. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 р.). – Київ : Державна служба статистики України, 2016. – 149 с.
11. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2012 р.). – Київ : Державна служба статистики України, 2014. – 149 с.
12. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2014 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2014 р.). – Київ : Державна служба статистики України, 2015. – 149 с.
13. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони // Офіційний вісник України. – 2014. – 26 вересня, № 75, т. 1. – С. 83, ст. 2125.
14. Global Tobacco Control: A Development Priority for the World Bank Group / World Bank. – 20 July 2016 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/tobacco>. – Title from screen.
15. Guidelines for implementation of Article 6 of the WHO FCTC / World Health Organization [Electronic resource]. – Access mode : http://who.int/entity/fctc/treaty_instruments/Guidelines_Article_6_English.pdf?ua=1. – Title from screen.
16. Illicit Trade Report World Customs Organization. 2014 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.wcoomd.org/en/media/newsroom/2015/december/~media/6FDF08E365E49D49C0B6DC375C492B5.ashx>. – Title from screen.
17. KPMG. Project Sun Report. 2016 [Electronic resource]. – Access mode : <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/06/project-sun-report.pdf>. – Title from screen.
18. Krasovsky K. Sharp changes in tobacco products affordability and the dynamics of smoking prevalence in various social and income groups in Ukraine in 2008–2012 / K. Krasovsky. – Tobacco Induced Diseases. – 2013, doi:10.1186/1617-9625-11-21. 18 October 2013.
19. Krasovsky K. The story of Ukraine / K. Krasovsky // Tobacco Control in Practice. – Article 6: Price and tax measures to reduce demand for tobacco. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – P. 6–15.
20. Savedoff W. The Single Best Health Policy in the World: Tobacco Taxes / W. Savedoff, A. Alwang. – CGD Policy Paper 062. – Washington DC : Center for Global Development, 2015. – P. 62.
21. Tobacco / World Health Organization. – Fact sheet № 339, 6 July 2015 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.07.2016 р.

Анализ политики в отношении табачных акцизов в Украине в 2013–2016 годах с точки зрения здравоохранения

К.С. Красовский

ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

В течение 2013–2016 гг. в Украине неоднократно повышались ставки акцизного налога на табачные изделия. Такая политика была достаточно успешной как с фискальной точки зрения (в первой половине 2016 г. государственный бюджет получил от табачных акцизов 15,9 млрд грн, почти столько же, как и за весь 2012 г.), так и с точки зрения здравоохранения.

Цель – проанализировать политику в отношении табачных акцизов в Украине за 2013–2016 гг. с точки зрения здравоохранения.

Метод: статистический.

Результаты. Опросы Государственной службы статистики свидетельствуют, что количество курильщиков в Украине существенно уменьшилось: с 8,1 млн человек в 2013 г. до 6,2 млн человек в 2015 г., что объясняется как сокращением распространенности курения (на 14% за два года), так и временной оккупацией части территории Украины. Однако годовые объемы реализации облагаемых сигарет в Украине за эти годы не снизились. Этот парадокс обусловлен резким падением обменного курса национальной валюты, из-за чего, несмотря на рост ставок акцизов, цена сигарет в Украине стала меньше, чем в соседних странах, поэтому объем незаконного вывоза сигарет из Украины существенно вырос.

Выводы. Для обеспечения дальнейшего уменьшения потребления табака в Украине и сокращение объемов нелегального вывоза нужно законодательно обеспечить, чтобы рост ставок акциза происходил ежегодно и существенно опережал уровень инфляции, в соответствии с требованиями Рамочной Конвенции по борьбе против табака и Соглашения об ассоциации между Украиной и Евросоюзом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: акцизный налог на табачные изделия, здравоохранение.

Analysis of tobacco excise tax policy in Ukraine in 2013–2016 years from the public health perspective

K.S. Krasovsky

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

During 2013–2016 Ukraine has repeatedly raised the excise tax rates for tobacco products. This policy has been quite successful as fiscally (in the first half of 2016 the national budget has received 15.9 bn. UAH from tobacco excises, almost as many as for the whole 2012) and in terms of public health.

Purpose – to analyse of tobacco excise tax policy on in Ukraine in 2013–2016 years from the public health perspective.

Method: statistical.

Results. Surveys, conducted by the State Statistics Service, demonstrated that the number of smokers in Ukraine has decreased significantly, from 8.1 million people in 2013 to 6.2 million people in 2015, both due to smoking prevalence reduction (14% in two years) and temporary occupation of the territory of Ukraine. However, annual sales of taxed cigarettes in Ukraine over those years have not diminished. This paradox is caused by a sharp fall in the exchange rate of the national currency, so, despite excise rate increases, the cigarettes prices in Ukraine became much lower than in neighboring countries and therefore the amount of illegal cigarette export from Ukraine highly increased.

Conclusions. To ensure a further tobacco consumption reduction in Ukraine and reduction of the illegal export, legislation should ensure that excise rates are increased annually and significantly outpaced the rate of inflation, according to the requirements of the Framework Convention on Tobacco Control and the Association Agreement between Ukraine and the EU.

KEY WORDS: excise tax rates for tobacco products, public health.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Красовський Костянтин Сергійович – завідувач сектору по контролю над тютюном ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ПРИКАЗНА МЕДИЦИНА В КИЇВСЬКІЙ ГУБЕРНІЇ: КРОКИ РОЗВИТКУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – висвітлити розвиток приказної медицини у Київській губернії.

Матеріали: Лікарський статут («Устав Врачебный») та інші правові документи, звіти Медичного департаменту МВС і Лікарського відділення Київського губернського правління, статистичні матеріали.

Методи: системного підходу, контент-аналізу, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, статистичний.

Результати. Соціально-економічний розвиток країни, відповідні зміни в законодавстві призвели до прогресу в приказній медицині, збільшення числа медичних закладів, лікарів та інших медичних працівників, особливо у сільській місцевості.

Висновки. Незважаючи на розвиток приказної медицини, стан медичної допомоги і здоров'я населення залишався гіршим, ніж у земських губерніях, де функціонувала земська медицина.

Ключові слова: приказна медицина, Київська губернія, ХІХ століття.

ВСТУП

Організація медичної допомоги в різних губерніях залежала від соціально-економічного розвитку країни, який знаходив відбиток у законодавстві, у тому числі й того, що стосувалося охорони здоров'я населення [17].

За Лікарським статутом («Устав Врачебный») у кожному губернському місті було створено лікарські управи у складі інспектора, оператора та акушера. У кожному повіті було по одному повітовому лікарю, який мав жити у повітовому місті. Лише у деяких містах за спеціальним дозволом могла запроваджуватися посада міського лікаря за кошти міста [18].

До досить широких обов'язків лікарських управ входив нагляд за лікарнями, які належали до відомства Приказів громадського піклування і безпосередньо підпорядковувалися Міністерству внутрішніх справ. Тому така форма медичної допомоги населенню одержала назву приказної медицини.

Прикази громадського піклування були створені у кожній губернії ще у 1775 р. з метою управління та утримання народних шкіл, лікарень, богоугодних та інших громадських закладів. До складу приказу входив губернатор (голова), губернський маршалок («предводитель дворянства»), три засідателі від кожного стану, а також інспектор Лікарської управи.

Метою роботи стало висвітлення розвитку приказної медицини у Київській губернії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження вивчалися Лікарський статут («Устав Врачебный») та інші правові документи, звіти Медичного департаменту МВС і Лікарського відділення Київського губернського правління, статистичні матеріали.

Було використано методи системного підходу, контент-аналізу, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, статистичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До запровадження міського та земського положення медичні заклади – лікарні знаходилися лише в містах – міські лікарні, які підпорядковувалися приказам громадського піклування [15, 19].

Таким чином, медичному обслуговуванню сільського населення увага майже не приділялася. У повітах наданням медичної допомоги кріпакам мали займатися їхні власники – поміщики, які задовольняли цю потребу по-різному, залежно від своїх поглядів, можливостей і бажань. Прикази громадського піклування мали стосунки до надання медичної допомоги державним селянам. Проте лише у 1841 р. вийшов закон про влаштування медичної частини Міністерства державного майна, за яким при палаті державного майна існувала одна посада лікаря, а при окружних управліннях, які охоплювали кілька повітів, запроваджувалися дві посади лікарів – старшого і молодшого. Вони мешкали у містах і мали такі обов'язки: а) лікувати чиновників відомства державного майна та державних селян, які приходили з сіл, б) брати участь у справах повальних хвороб, віспощення та нагляді за віспощеплювачами, фельдшерами тощо [1].

У 1851 р. положення про медичну частину цього відомства було вдосконалено. За ним у кожній губернії було запроваджено по одній посаді губернського лікаря відомства державного майна, в округах – 145 окружних лікарів, які мали забезпечувати обслуговування одного або кількох округів, у кожній волості по одному фельдшеру та 1–2 віспощеплювача, а також кількох повивальних бабок [2].

Із ліквідацією кріпацтва та введенням земського положення медичні заклади приказів громадського піклування та відомства державного майна у земських губерніях перейшли до підпорядкування земств, але в Київській губернії, як і в інших неземських губерніях, залишилися у відомстві приказів громадського піклування.

Про недоліки такої системи, які стосувалися всіх губерній, у тому числі й Київської, досить докладно

викладено у доповіді «О преобразовании губернских врачебных учреждений» невідомого автора [3].

Зі знанням справи невідомий автор визначає не лише несприятливі для здоров'я населення умови, але й недоліки в організації діяльності як повітової, та губернської медичної адміністрації [1–3]. Серед цих недоліків він наголошує на малочисельності лікарів у повітах і лікарень у повітових містах, їх невлаштованості і браку умов для утримання та лікування хворих, перевантаженості лікарів по всіх галузях практичної діяльності, їх недостатньому матеріальному і моральному забезпеченні та становищі.

Міністерство внутрішніх справ, до відання якого перейшла сільська медична частина в неземських губерніях, намагаючись поліпшити її діяльність, інструкцією від 20 листопада 1868 р. призначило по одному сільському лікарю на повіт. За цією інструкцією у Київській губернії, виключаючи місто Київ, у 1876 р. медичну допомогу населенню, крім 78 вільнопрактикуючих лікарів, надавали 12 повітових, 13 міських і 12 сільських лікарів [7].

Від Державного казначейства, крім членів Лікарського відділення (24 500 крб.), фінансувалися 12 повітових лікарів, 36 лікарських учнів, 13 повивальних бабок (20 501 крб.). Утримання губернського земського збору отримували 13 міських лікарів із фельдшерами (14 434 крб. 20 коп.), 12 сільських лікарів, 214 фельдшерів, 36 повивальних бабок (39 120 крб.)

На кошти міської громади утримувалася лише одна лікарня в м. Києві на 265 ліжок – Олександрівська. У підпорядкуванні наказу громадського опікування знаходилися 12 лікарень – по одній у кожному повіті, а також Кирилівські богоугодні заклади у м. Києві.

Тюремні лікарні існували при трьох в'язницях – у Києві, Сквирі та Умані.

Фабричні та заводські лікарні, розташовані в селах і містечках, звичайно відкривалися під час цукрового виробництва.

У місті Умані функціонувала лікарня при училищі землеробства і садівництва, у містечку Златополі Чигиринського повіту – при гімназії.

Крім Києва, у містечках і селах губернії було влаштовано 12 лікарень приватних осіб і товариств:

- у Білій Церкві Васильківського повіту – лікарня графині Браницької;
- у селі Ольхівці Звенигородського повіту – лікарня графа Потоцького;
- у містечку Шполі Звенигородського повіту – лікарня в маєтку дійсного таємного радника Абази;
- в містечку Корсуні Канівського повіту – лікарня світлішого князя Лопухіна–Демідова;
- у містечку Таганчі Каневського повіту – лікарня графів Бутурліних;
- у містечку Ставище Таращанського повіту – лікарня графа Браницького;
- у містечку Тальному Уманського повіту – лікарня графині Шувалової;
- у містечку Смілі Черкаського повіту – лікарня графа Бобринського;
- у містечках Мошни та Городищі Черкаського повіту – лікарня на капітал світлішої княгині Воронцової;
- у містечку Кам'янці Чигиринського повіту – лікарня Давидових;
- у містечку Грушівці Чигиринського повіту – лікарня графа Бобринського.

Навіть за тогочасними оцінками зазначалося, що лікарні наказу громадського піклування утримувалися задовільно, але мали старі приміщення без зручностей. Фабричні та заводські лікарні, які влаштовувалися на вимогу закону, не відповідали тогочасним умовам. Лише лікарню при цукрорафінадному заводі на Деміївці в Києві можна було вважати хорошою. Серед інших лікарень у повітах губернії добру репутацію мали лікарні Червоного Хреста і графа Бобринського в містечку Смілі, графині Браницької у Білій Церкві, графа Браницького у містечку Ставищах, графині Шувалової у містечку Тальному.

Уже в 1877 р. в Київській губернії, крім приватних, було 18 лікарень на 932 ліжка, у тому числі п'ять з двома відділеннями на 608 ліжок у м. Києві. З них було 12 міських лікарень (по одній у кожному повіті) на 247 ліжок, одна дитяча, дві єврейських, три тюремні, а також одна богадільня з відділенням для невиліковних. У них працювали 104 лікарі, у тому числі 54 лікарі у м. Києві. У 1879 р. у Київській губернії було 45 лікарів без вільнопрактикуючих [8].

Порівняльний аналіз медичного забезпечення міського і сільського населення Київської та інших неземських і земських губерній у 1876–1881 рр. засвідчує фактичну відсутність сільських лікарень у неземських губерніях, зокрема у Київській, а також незначне коливання кількості як міських, так і сільських лікарень та числа ліжок у них [7–10]. За цими даними у Київській губернії число ліжок у міських лікарнях дещо зросло.

За звітом Медичного департаменту за 1879 р. у Київській губернії нараховувалося 15 міських лікарень на 614 ліжок і один будинок божевільних на 60 місць, а за звітом за 1881 р. – 17 міських лікарень на 866 ліжок. У сільській місцевості лікарень не було [9].

Одним із показників якості лікарської допомоги є летальність стаціонарних хворих, хоча вона може залежати і від важкості хворих, які переважно зосереджувалися у великих медичних центрах.

За даними звіту Медичного департаменту за 1881 р. показник лікарняної летальності у Київській губернії становив 6,62% при середньому по всій імперії 7,62% (з коливаннями по окремих губерніях від 3,25% до 14,24%) [10].

Динаміку цього показника по Київській та інших українських неземських і земських губерніях за 1876–1881 рр. наведено в таблиці 1. Значне зростання летальності порівняно з 1876 р. і поступове його збільшення в наступні роки важко пояснити погіршенням лікарняної допомоги. Швидше за все це стало наслідком збільшення госпіталізації важких хворих.

Важливим показником забезпеченням населення кваліфікованою медичною допомогою є збільшення кількості лікарів. Динаміку цього показника у 1876–1881 рр. у Київській та інших українських неземських і земських губерніях наведено у таблиці 2.

Хоча статистика медичних кадрів була недостатньо точною, оскільки часто не враховувала вільнопрактикуючих лікарів, вона засвідчила, що їх кількість в українських губерніях поступово збільшувалася, особливо в земських і Волинській губернії. Проте число їх нерідко коливалося, можливо, через перехід деяких з них із державної служби на вільну практику.

Таблиця 1

Динаміка показників лікарняної летальності в Київській та інших неземських і земських губерніях у 1876–1881 рр. (%)

Губернії, міста	Рік			
	1876	1877	1879	1881
<i>Неземські губернії</i>				
Київська	3,07	6,1	6,6	6,62
Волинська	5,05	5,9	6,4	7,74
Подільська	3,20	5,5	4,8	4,34
<i>Земські губернії</i>				
Чернігівська	2,90	н/д	6,7	7,72
Полтавська	3,32	6,7	7,8	8,14
Харківська	3,37	5,9	6,9	8,11
Катеринославська	3,94	4,3	8,0	8,07
Херсонська	н/д	н/д	4,0	5,80
Таврійська	н/д	н/д	8,7	8,93
Московська	4,37	8,6	9,2	7,96
Санкт-Петербурзька	3,94	н/д	10,3	3,25
Одеса	н/д	4,7	7,4	8,72
Москва	н/д	15,0	10,7	13,92

Таблиця 2

Кількість лікарів у Київській та інших неземських і земських губерніях (1876–1881 рр.)

Губернії, міста	Рік					
	1876	1877	1879	1881		
	Лікарі			Лікарі	Фельдшери	Повивальні бабки
<i>Неземські губернії</i>						
Київська	54	104*	45**	43	79	24
Волинська	38	130	129	141	180	23
Подільська	30	80	40	43	123	49
<i>Земські губернії</i>						
Чернігівська	36	34	31	54	103	28
Полтавська	41	35	35	61	128	33
Харківська	66	63	226	142	256	75
Катеринославська	129	49	92	85	132	30
Херсонська	78	61	80	81	172	20
Таврійська				103	63	20
Московська	47	73		51	78	30
Санкт-Петербурзька	84	31		45	141	28
Одеса	46	75		96	н/д	67
Москва	78	420		588	47	17
Санкт-Петербург	н/д	635		709	35	14

Примітка: * – у т.ч. в м. Києві – 54 лікарі; ** – без вільнопрактикуючих лікарів.

За даними звіту Лікарського відділення Київського губернського правління, у 1887 р. число медичного персоналу збільшилося у зв'язку з тим, що дипломи одержали 111 лікарів, 23 провізори, 5 дантистів, 49 аптекарських помічників, 3 повивальні бабки. Хоча одержані дані не відзначалися точністю, особливо щодо повітів, але у губернії нараховувалося 429 лікарів, 11 жінок-лікарів, 246 фармацевтів, 90 аптекарських учнів, 384 фельдшери, 26 лікарських учнів, 22 дантисти, 27 учнів при них, 249 повивальних бабок, один масажист, 78 циркульніків, 103 віспощеплювачів.

Порівняно з 1886 р. кількість лікарень, які знаходилися у віданні Міністерства внутрішній справ, і число ліжок у них збільшилося до 125 на 2851 ліжко [4, 6].

Число аптек із правом вільного продажу ліків збільшилося з 118 до 122, з них нормальних – 86, аптечних відділень – 9, сільських аптек – 25, а сума річного обороту залишилася майже на тому самому рівні – 467 971 карбованець 84 копійки.

Кількість лікарів та інших медичних працівників у Київській губернії у 1886–1887 рр. показано в таблиці 3.

Таким чином, за п'ять років (1881–1886 рр.) кількість лікарів і фельдшерів у Київській губернії значно збільшилася, а в 1887 р. число лікарів і фармацевтів продовжувала зростати (табл. 2, 3).

Таблиця 3
**Кількість лікарів та інших медичних працівників
 у Київській губернії (1886–1887 рр.)**

Фах	Рік	
	1886	1887
Лікарі	356	429
Жінки-лікарі	10	11
Фармацевти	191	246
Аптекарьські учні	79	90
Фельдшери	до 500	384
Фельдшеріці	25	–
Лікарські учні	до 40	26
Повивальні бабки	229	249
Дантисти	15	22
Учні при них	25	27
Масажисти	–	1
Цирульники	до 70	78
Віспощеплювачі	понад 100	103

Проте медична допомога, особливо сільському населенню в неземських губерніях, залишалася незадовільною. Тому 24 квітня 1887 року було видано закон про реорганізацію сільської медицини у Західних губерніях – Київській, Волинській, Подільській, Вітебській, Мінській, Віленській, Ковенській, Гродненській, тобто в Правобережній Україні, Білорусі та Литві, який згодом було поширено на Архангельську, Астраханську та Оренбурзьку губернії [14].

За цим законом у 12 повітах Київської губернії було створено 26 сільських лікарських дільниць, де працювало 26 сільських дільничних лікарів, 200 сільських фельдшерів і 36 повивальних бабок. На кожній лікарській дільниці функціонувала сільська лікарня на 10 ліжок, а ще в двох місцевостях кожного повіту – по одному приймальному покою (нічниці) на два ліжка [14].

У двох найбільших повітах (Київському і Радомишльському) було створено по три, а в інших десяти – по дві лікарські дільниці. У центрі кожної дільниці було влаштовано лікарню на 10 ліжок. На кожний повіт було розраховано по три повивальні бабки, а на кожну волость – по одному фельдшеру. У двох, найбільш підходящих, волостях повіту було створено лічниці (приймальні покої) на два ліжка, які мали служити амбулаторіями під час періодичних приїздів дільничного лікаря, а також для тимчасового перебування тяжких та прооперованих хворих [14].

На фінансування сільської лікарської частини Київської губернії за кошторисом 24 квітня 1887 року відпускатися 133 490 крб. на рік, які розподілялися так:

а) на утримання сільських лікарів – 23 920 крб. (утримання одного лікаря – 420 крб. платні, 250 крб. столових і 250 крб. роз'їзних – усього 920 крб. на рік);

б) на утримання сільських фельдшерів: вищого окладу – 24 000 крб., нижчого окладу – 18 000 крб. (вищого окладу – 200 крб. платні, 40 крб. роз'їзних; нижчого окладу – 140 крб. платні, 40 крб. роз'їзних);

в) на утримання повивальних бабок – 6 300 крб. (утримання повивальної бабки – 150 крб. платні, 25 крб. роз'їзних);

г) на найм приміщень для сільських лікарень з опаленням та освітленням; харчування хворих; поповнення білизни, взуття, посуду; найм обслуги та інші господарські потреби – 31 200 крб. (тобто на кожну лікарню – 1200 крб. на рік);

г) на найм приміщення для приймальних покоїв (лічниць) з опаленням і освітленням – 3900 крб. (тобто по 75 крб. на рік на кожний приймальний покій; на харчування хворих та найм обслуги нічого не відпускатися);

д) на ліки – 8250 крб. (на лікарню – 100 крб., на приймальний покій – 50 крб., на фельдшерський пункт – 25 крб.).

Крім зазначених витрат, кошти виділялися на придбання та ремонт інструментарію; на влаштування та утримання телятника або придбання матеріалу для віспощеплення; на канцелярські приладдя та книги; на відрядження лікаря; на підготовку фельдшерів; на додаткову плату за сільську лікарську частину губернському лікарському інспектору та його помічнику; на термінові заходи, пов'язані з епідеміями, тощо [14].

Аналіз даних за 1891–1895 рр. свідчить про зміни, які відбулися після імплементації закону 28 квітня 1887 року [11–13]. Протягом цього періоду число лікарів, фельдшерів і повивальних бабок у Київській губернії значно збільшилося, але, на жаль, це стосувалося переважно міст, де зменшувалося лише число фельдшерів. Щодо повітів, то після деякого збільшення числа лікарів до 1891–1892 рр. в подальшому стала спостерігатися тенденція до їх зменшення. Те ж саме стосувалося і повивальних бабок. Можливо, значну частину роботи з медичного обслуговування сільського населення взяли на себе лікарі та повивальні бабки, які мешкали в повітових містах. Число лікарів збільшилося лише у Васильківському та Сквирському повітах, порівняно найближчих до губернського міста Києва. Щодо фельдшерів, то їх число в містах поступово знижувалося, а в повітах значно зросло.

Про підвищення доступності медичної допомоги для населення Київської губернії свідчить збільшення зареєстрованих хворих і, зокрема, частки звернень до лікарів порівняно із зверненнями до фельдшерів.

Як ми зазначали, відносне число стаціонарних хворих як у містах, так і в усій губернії, у 1891–1895 рр. поступово зменшувалося у більшості повітів, крім Черкаського і Чигиринського, що може свідчити про поліпшення амбулаторної допомоги, яка успішно надавалася більшості хворих. Це повною мірою підтверджується підвищенням лікарняної летальності у багатьох повітах, що свідчить про концентрацію тяжких хворих у лікарнях. Звичайно, у зв'язку із зростанням числа звернень по медичну допомогу, збільшилася реєстрація захворювань і, відповідно, зростали показники захворюваності населення Київської губернії, як і інших губерній. Показники захворюваності населення Київської губернії були вищими, ніж показники сусідніх та інших неземських, але нижчими, ніж у земських. Поступово зменшувалося число інфекційних захворювань.

Спостерігалася також загальна закономірність зниження народжуваності і в більшій мірі смертності, крім 1892–1893 рр., коли спостерігалися епідемії віспи, дифтерії, різних форм тифу, що призводило до помітних

коливань показників природного приросту населення в різних повітах губернії.

Губернський лікарський інспектор В.М. Сахновський, головуючи на Першому з'їзді лікарів Київської губернії, зазначив, що згідно із законом від 24 квітня 1887 р. сільська лікарська частина в губернії зробила помітний прогрес, проте значно поступалася земській медицині, навіть у найбільш відсталих земських губерніях [14, 15]. Він звернув увагу на конкретні недоліки, які дуже перешкоджали справі і ставали гальмом для подальшого розвитку. Серед них були такі:

1. Брак утримання і роз'їзних коштів для медичного персоналу. Так, сільський лікар одержував 420 крб. платні і 250 крб. столових, тобто 670 крб. на рік, а земський лікар – від 1200 до 1500 крб. У земських губерніях було розраховано від 4 до 6 лікарів на повіт, у Київській губернії – 2 лікарі на повіт, лише у двох повітах – по 3 лікарі. Таким чином, у Київській губернії сільський лікар, маючи вдвічі більший район обслуговування і вдвічі більший обсяг роботи, одержував удвічі менше утримання.

2. Недостатня кількість сільських лікарів та фельдшерів. Брак лікарів змушував їх нести непосильне навантаження, збільшення якого змушувало їх відмовляти у допомозі багатьох хворих. Фельдшерів теж бракувало, бо існувала потреба хоча б в одному фельдшері на волость. А в Київській губернії на 203 волості було лише 200 фельдшерів. Крім того, при кожній сільській лікарні мав бути окремий фельдшер, щоб він не відволікався на роботу на дільниці.

3. Коштів, які виділялися на медикаменти і перев'язувальний матеріал, було вкрай недостатньо. На населення Київської губернії, яке перевищувало три мільйони, відпускалося 8250 крб. на рік із розрахунку 100 крб. на лікарню, 50 крб. на приймальний покій (амбулаторію) і 25 крб. на фельдшерський пункт. Тому цих коштів часто вистачало лише на півроку, а виписка рецептів на аптеку викликала незадоволення селян.

4. Кошти, які відпускалися на утримання лікарень та амбулаторій, були дуже малими і зовсім недостатніми. За затвердженими Міністерством внутрішніх справ проектами потрібно було побудувати понад 20 будівель для лікарень і понад 40 – для приймальних покоев. На це треба було близько 226 тис. крб.

5. На витрати для екстрених заходів, пов'язаних з епідеміями, для Київської губернії із трьохмільйонним населенням відпускалася така сама сума, як і для інших губерній Західного краю, які мали удвічі і навіть утричі менше населення (Віленська, Вітебська, Мінська, Могилівська, Гродненська, Ковенська), а саме 3000 крб., що було недостатньо і тому доводилося обмежуватися паліативними, малоефективними заходами.

На цьому з'їзді у ході обговорення перебігу епідемії холери і заходів боротьби з нею пропонувалося поліпшити виявлення хворих, залучати до цього священників, готувати санітарних служників і попечителів, зберегти не лише повітові санітарно-виконавчі комісії, але й приватні при великих господарствах, залучати до них сільських та вільнопрактикуючих лікарів, станових приставів та інших членів поліції, священників тощо.

Передбачалося збільшити кількість лікарів і фельдшерів на селі під час епідемії. На кожну лікарську

дільницю планувалося прикріпити додатково від 2 до 5 лікарів – всього 71 особу. Оскільки бюджетних коштів для боротьби з епідемією не вистачало, вважалося доцільним залучати добродійні внески землевласників, підприємців, представників інтелігенції.

Було поставлене питання про створення 14 санітарних загонів у складі одного лікаря, 2 студентів четвертого або п'ятого курсу, 2 фельдшерів і 4 служників, передбачити у кожному повіті посаду санітарного лікаря.

Було обговорено і прийнято обов'язкові санітарні положення для повітових міст, де не було запроваджено міське положення, і містечок, а також для сільських поселень, обов'язкові санітарні постанови для заводів і фабрик, а також розглянуто «Інструкцію про порядок виконання обов'язків сільськими лікарями та іншими службовцями сільської лікарської частини в Київській губернії», затверджену 12 лютого 1894 р., у якій було зазначено, що на основі «Височайше» ухваленої 24 квітня 1887 р. думки Державної Ради у Київській губернії мало влаштуватися 26 сільських лікарських дільниць, у кожній по одній лікарні; 52 приймальні покої (амбулаторії) і 122 фельдшерські пункти. В інструкції було зазначено, що сільському лікарю казенної квартири «не положено», але він мав жити в місцевості, де знаходився його заклад. Фельдшер і повивальна бабка мали жити при закладі, тобто мали право на казенне житло.

До інструкції було додано «Правила про порядок утримання сільських лікарень і приймальних покоев, витрати сум на їх утримання, ведення звітності тощо», затверджені за протоколом Лікарського відділення Київського губернського правління від 19 листопада 1893 року і за журналом Київського губернського розпорядчого комітету від 19 березня 1894 р. за № 312.

Таким чином, закон 24 квітня 1887 р., який започаткував новий період у розвитку медичної справи в неземських губерніях після реформ 1860-х років, не тільки поліпшив медичну допомогу сільському населенню, але й створив умови для становлення санітарно-протиепідемічної справи. Проте він не дозволив досягти можливостей земської медицини, впровадженої у земських губерніях у 1865–1866 роках.

ВИСНОВКИ

1. Соціально-економічний розвиток країни, особливо пов'язаний з відміною кріпацтва і наступними реформами, відповідні зміни в законодавстві, у тому числі у сфері охорони здоров'я, сприяли прогресу медичної частини, збільшенню медичних закладів, лікарів та інших медичних працівників, особливо в сільській місцевості.

2. Розвиток медичної частини в різних губерніях відбувався по-різному. Якщо у більшості губерній тогочасної Росії у 1864–1865 рр. було запроваджено земство з елементами громадського самоуправління, то в Київській губернії, як і в інших західних губерніях, через політичні причини медична частина залишилася під управлінням різних державних відомств, переважно Міністерства внутрішніх справ, а це негативно впливало на медичне обслуговування населення, особливо сільського.

3. У розвитку приказної медицини неземських губерній, у т. ч. Київської, спостерігалися етапи, зумовлені виданням певних державних актів:

– закону про влаштування медичної частини Міністерства державного майна, на яке було покладено організацію медичної допомоги державним селянам (1841 р.);

– інструкції Міністерства внутрішніх справ про

організацію сільської медичної частини в неземських губерніях (1868 р.);

– закону про реорганізацію сільської медичної частини в Західних губерніях (1887 р.)

4. Незважаючи на розвиток приказної медицини, стан медичної допомоги і здоров'я населення у неземських губерніях залишався гіршим, ніж у земських, де функціонувала земська медицина.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад о преобразовании губернских врачебных учреждений. – [Б.м.], [б.г.].
2. Там само. – С. 91–94.
3. Там само. – С. 95–113.
4. Из годового медицинского отчета по Врачебному отделению Киевского губернского правления за 1886 год. – Киев : Губернская типография, 1887. – 67 с.: табл.
5. Инструкция по управлению лечебными заведениями ведомства МВД. – [Б.м.], [б.г.].
6. Медицинский отчет по Киевской губернии за 1887 год, составленный во Врачебном отделении Киевского губернского правления. – Киев : Губернская типография, 1888. – 71 с.: табл.
7. Отчет Медицинского департамента за 1876 г., представленный министру внутренних дел. – Санкт-Петербург: Тип. М.М. Стасюлевича. – 1877. – 104 с.
8. Отчет Медицинского департамента за 1877 г., представленный управляющему Министерством внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. М. М. Стасюлевича, 1878. – 214, III с.
9. Отчет Медицинского департамента за 1879 г., представленный министру внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1881. – IV, 294 с.: XX.
10. Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1881 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1884. – IV, 347, 79, 177 с.: табл.
11. Отчет Медицинского департамента МВД за 1891 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1894. – 304с.: табл.
12. Отчет Медицинского департамента МВД за 1892 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1896. – 303с.: табл.
13. Отчет Медицинского департамента МВД за 1893 – 1895 годы. – Часть I. Движение населения. Заболеваемость. Осмотры призывных. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1898. – 359 с.: табл.
14. Сборник узаконений, циркуляров, инструкций, правил и других правительственных распоряжений, касающихся сельской врачебной части в Киевской губернии с 1887 по июнь 1894 года. – Киев : Издание Врачебного отделения Киевского губернского правления, 1894. – XIV, 284 с.
15. Ступак Ф. Я. Приказна медицина в Україні / Ф. Я. Ступак // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 67–70.
16. Труды Первого съезда врачей Киевской губернии, происходившего с разрешения г. Министра внутренних дел в г. Киеве в 1893 году. – Киев : Губернская типография, 1894. – 163 с.
17. Устав Врачебный (С. , 1857, Т. XIII, тетр. 3). – [Б.м], [б. г.]. – С. 4–6.
18. Там само. – С. 14–17.
19. Там само. – С. 122.
20. Ціборовський О. М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський. – Київ : Факт, 2010. – С. 126–127.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.06.2016 р.

Приказная медицина в Киевской губернии: шаги развития

О.М. Циборовский, В.М. Сорока
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Цель – осветить развитие приказной медицины в Киевской губернии.

Материалы: «Устав Врачебный» и другие правовые документы, отчеты Медицинского департамента МВД и Врачебного отделения Киевского губернского правления, статистические материалы.

Методы: системного подхода, контент-анализа, проблемно-хронологического, сравнительно-исторического, статистического.

Результаты. Социально-экономическое развитие страны, соответствующие изменения в законодательстве привели к прогрессу в приказной медицине, увеличению числа медицинских учреждений, врачей и других медицинских работников, особенно в сельской местности.

Выводы. Несмотря на развитие приказной медицины, состояние медицинской помощи и здоровье населения оставалось худшим, чем в земских губерниях, где функционировала земская медицина.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: приказная медицина, Киевская губерния, XIX век.

The departmental medicine in Kyiv province: steps of the development

O.M. Tsiborovskiy, V.M. Soroka
PE «Ukrainian Institute of Strategic Research
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to elucidate the development of the departmental medicine in the Kyiv province.

Materials: the Medical charter and other legal documents, reports of the Medical department of the Ministry of Internal Affairs and the Medical separation of the Kyiv province rule, statistical materials.

Methods: systematic approach, historico-critical method, content-analysis, problematical and chronologic, historiographical analysis and statistical method.

Results. The social-economic development of the State and changes in the legislation resulted in progress of the departmental medicine, in the increasing of the number of medical establishments, physicians and other medical specialists, especially in the country.

Conclusion. However without regard to development of the departmental medicine the state of the medicare and people health remained worse, than in the zemsk's provinces, where zemsk's medicine functioned.

KEY WORDS: the departmental medicine, Kyiv province, the XIX century.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с. н. с., керівник сектору історії медицини ДУ Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сорока Володимир Михайлович – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

В.о. директора

ДУ «Український інститут

стратегічних досліджень

Міністерства охорони здоров'я України»

Г.О. Слабкий

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

Тематична спрямованість журналу: міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: *м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

Правила подання матеріалу для опублікування:

• **Структура матеріалу:** *вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.*

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка:** *прізвище, ім'я та по батькові (повністю)*, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

– тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

– списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),

– таблиць;

– рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

– резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою –

e-mail: s.nauka@ukr.net). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берігів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- **Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років**, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються абревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада