

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

КАФЕДРА ЕКОНОМІКИ, ПІДПРИЄМНИЦТВА
ТА БІЗНЕС-АДМІНІСТРУВАННЯ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

Тема: Оцінка особливостей і проблем розвитку підприємництва в реформованій медичній галузі (на прикладі Сумської області)

Спеціальність 076 «Підприємництво, торгівля та біржова діяльність»
Освітня програма 6.076 «Підприємництво, торгівля та біржова діяльність»

Завідувач кафедри: _____/Мельник Л.Г./

Керівник роботи: _____/Щербина О.В./

Виконавець: _____/Радченко А.В./
П.І.Б.

Група: _____
шифр

Суми 2020

РЕФЕРАТ

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 42 сторінки, 7 таблиць, 8 рисунків, список використаних джерел із 31 публікацій, та 5 додатків.

Мета роботи: аналіз впливу медичної реформи на розвиток регіонального підприємництва в галузі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – підприємницька активність медичних закладів первинної допомоги в умовах реформування.

Об'єкт дослідження – організаційно-економічні показники діяльності медичних закладів первинної допомоги Сумщини.

Методи дослідження: У дипломній роботі використано сукупність спеціальних, конкретно-наукових, загальнонаукових і загальних методів, що сприяло забезпеченню концептуальної єдності дослідження (статистичний, графічний, узагальнення, індукції і дедукції, порівняльного аналізу і синтезу, експертної оцінки).

Інформаційною базою дослідження є праці вітчизняних та іноземних вчених-економістів і публіцистів; звітні дані й аналітичні матеріали Національної служби здоров'я України, Міністерства фінансів, окремих медичних закладів Сумської області.

Ключові слова: підприємництво, оцінка, медична реформа, медичний заклад первинної допомоги, Сумська область.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1. ЕКОНОМІЧНИЙ ПОГЛЯД НА РЕФОРМУ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	5
1.1 Цільові орієнтири та сценарії розвитку вітчизняної медицини.....	5
1.2 Економічні аспекти реформування медичної галузі.....	8
2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ АКТИВНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ ДОПОМОГИ СУМЩИНИ.....	12
2.1 Оцінка організаційних змін в медичних закладах регіону.....	12
2.2 Аналіз сучасної системи фінансування медичних закладів первинної допомоги.....	19
2.3 Аналіз змін в системі оплати праці медичних працівників первинної ланки	23
3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ПІДПРИЄМНИЦТВА В РЕГІОНІ.....	25
3.1 Конкуренція у сфері охорони здоров'я як основа розвитку медичного підприємництва	25
3.2 Перспективи впровадження інноваційних медичних технологій в регіональних медичних закладах.....	28
3.2 Кадровий потенціал як фактор підвищення конкурентоспроможності медичних закладів	30
ВИСНОВКИ.....	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	34
ДОДАТКИ.....	38

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Медицина України на сьогодні є тією галуззю, в якій ринкові перетворення якщо і відбуваються, то, як реакція на зміну системи управління в державі. Цим пояснюється особлива значимість досліджень проблем реформування медичної системи України, особливо на регіональному рівні.

Економічний погляд на реформування медичної галузі полягає в оцінці діяльності медичних закладів як суб'єктів господарювання, а в окремих випадках – і суб'єктів підприємницької діяльності.

Проблеми функціонування медичної галузі постійно привертають увагу вчених: Вахітова Г., Вороненко Н., Васкес Абанто Х., Борисов К., Грішнова О., Тітова Л. тощо. Зокрема науковцями досліджено правові, соціальні та організаційні аспекти першого етапу реформування медичної системи країни, питання державного управління медичною системою і особливості фінансування медичних закладів до та після реформування.

Проте ми можемо стверджувати, що майже відсутні аналітичні дослідження економічних наслідків реформування медичних закладів первинної допомоги у регіональному контексті.

Мета роботи: аналіз впливу медичної реформи на розвиток регіонального підприємництва в галузі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – підприємницька активність медичних закладів первинної допомоги в умовах реформування.

Об'єкт дослідження – організаційно-економічні показники діяльності медичних закладів первинної допомоги Сумщини.

Для досягнення поставленої мети в роботі вирішуються такі завдання:

- окреслити основні цільові орієнтири медичної реформи, обґрунтувати обраний державою сценарій реформ та узагальнити економічні аспекти реформування медичної галузі;
- проаналізувати організаційні зміни, що відбулися в регіональних медичних закладах як суб'єктах господарської діяльності;
- оцінити реформовану систему фінансування медичних закладів первинної допомоги різних організаційно-правових форм;
- запропонувати напрямки розвитку медичного підприємництва в регіоні через підвищення конкурентоспроможності, впровадження інноваційних технологій та подолання кадрового дефіциту в регіональних медичних закладах первинної допомоги.

Методи дослідження. Під час написання роботи використовувалися як загальнонаукові методи дослідження (аналіз, синтез, дедукція, групування), так і спеціальні економічні методи (порівняння, табличне узагальнення, графічний аналіз).

Наукова новизна полягає у тому, що вперше з початку медичної реформи було здійснено економічний аналіз підприємницької активності медичних закладів Сумщини та запропоновані заходи щодо осучаснення медичних послуг в регіоні.

1 ЕКОНОМІЧНИЙ ПОГЛЯД НА РЕФОРМУ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

1.1 Цільові орієнтири та сценарії розвитку вітчизняної медицини

Медична реформа – найбільш помітна та найбільш обговорювана тема останніх двох років в Україні. Якщо пенсійна реформа наразі не надто актуальна для дітей та людей працездатного віку, то медична реформа торкнулася кожної родини. Про неї сперечаються, її аналізують, хвалять або – частіше – критикують не лише медичні працівники, чиновники, фахівці різних суміжних галузей знань, а й пересічні громадяни нашої країни.

Вплив здоров'я нації на економіку важко кількісно виміряти. Науковці можуть розрахувати, скільки збитків приносить роботодавцям перебування працівників на лікарняному. Але інші вагомі фактори, пов'язані зі здоров'ям людини (наприклад, стрес від неможливості сплатити за операцію власної дитини, хронічна втома від догляду за важкохворим родичем, харчові та емоційні розлади від приймання ліків низької якості) теж впливають на працездатність людини, хоча й не вимірюються. Недарма Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) давно зазначає, що здоров'я населення безпосередньо впливає на демографію та працездатність тому тісно пов'язане зі зростанням економіки. Адже внаслідок витрат на медичне обслуговування, що є непосильними для людини, за межею бідності опиняються понад 100 млн людей [1]. Отже, високій рівень здоров'я нації – це важливий соціально-економічний чинник.

Серед особливостей здоров'я населення нашої країни можна виділити такі:

1) *старіння населення* виступає як довгостроковий фактор ускладнення патологій, розвитку множинних хронічних захворювань і відповідного зростання попиту на послуги охорони здоров'я з одночасним небажанням лікарів витратити час на літніх пацієнтів;

2) *недостатність ресурсного забезпечення в поєднанні з нереалізованістю численних резервів підвищення ефективності використання*

наявних матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Медичні заклади планують свої доходи і видатки формально, дещо змінюючи минулорічні показники. Стратегічне планування відсутнє. До 2017 року щоб отримати міжбюджетний трансфер, потрібно отримати погодження міської ради, а невитрачені за рік кошти поверталися до Казначейства. Проблем чимало: низький рівень оплати праці медичного персоналу; брак коштів на заміну застарілого обладнання і капітальний ремонт лікарняних приміщень; незадовільний рівень та несвоєчасність забезпечення пацієнтів лікарськими засобами тощо. Капітальні витрати переважно ситуативні у випадку спонсорської допомоги чи додаткового бюджетного фінансування [16].

3) *формальні правила надання та фінансування медичної допомоги в значній мірі доповнюються неформальними відносинами і тіньовими потоками коштів.* У сфері охорони здоров'я все ще широко представлені недостатньо чіткі правила розподілу ресурсів і забезпечення доступу до них пацієнтів. Брак обладнання та вимушене сумісництво лікарів, які одночасно працюють у комунальних та приватних клініках, сприяє перенаправленню пацієнтів для обстежень у приватні медичні заклади;

4) *відсутні надійні стимули,* які спонукали б більшість медиків до зацікавленості в реальній оцінці якості їх роботи, викоріненню неформальних практик і забезпечення повної прозорості фінансово-економічних відносин в галузі. Медичні організації і чиновники слабо мотивовані до підвищення ефективності використання ресурсів [16].

Оскільки виклики перед системою охорони здоров'я стоять різні, то розглядалися різні сценарії реформування галузі: інерційний, жорсткі реформи, ресурси без реформ, реформи плюс ресурси. (рис. 1.1)

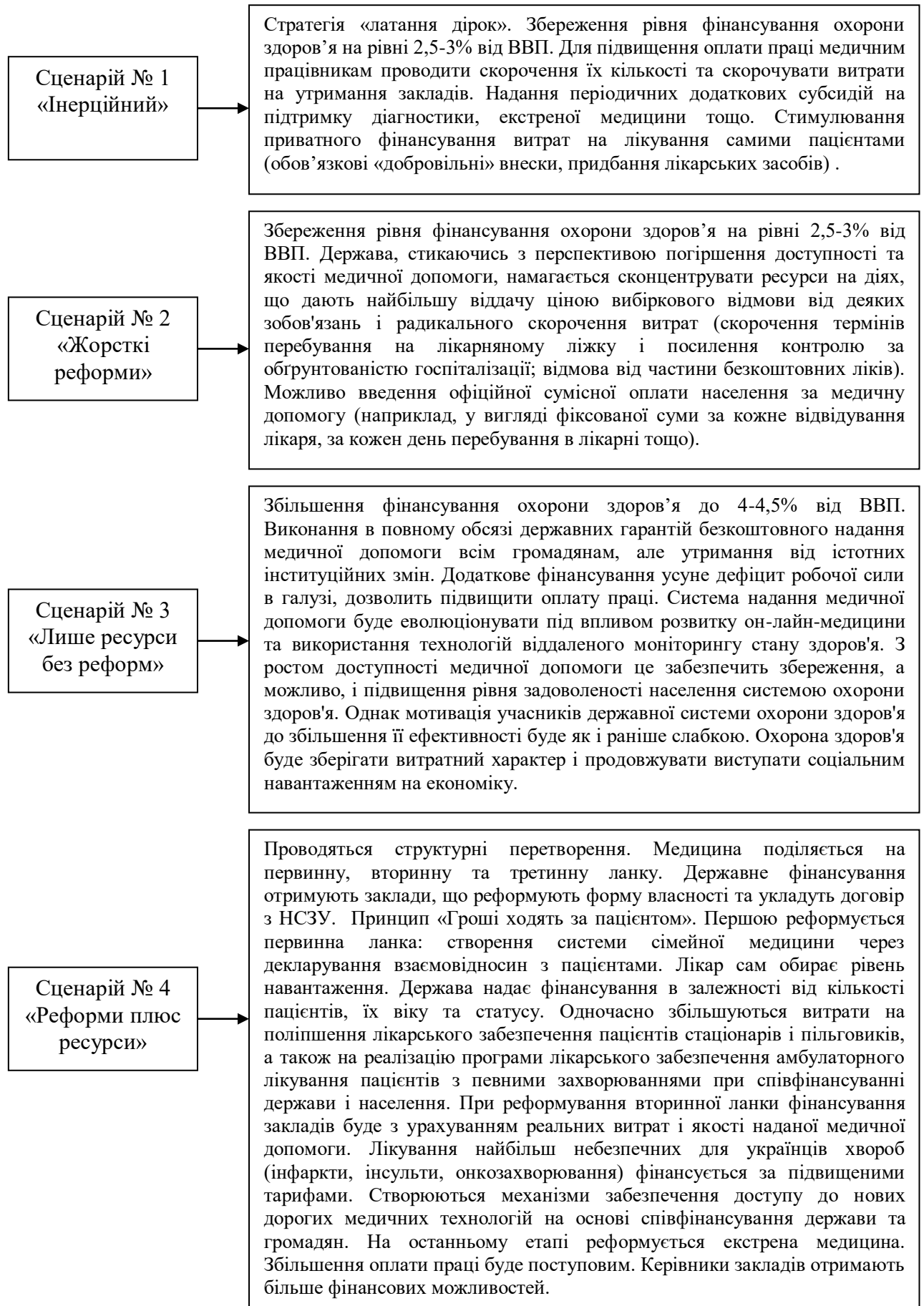


Рис.1.1 Ймовірні сценарії розвитку медичної системи України
Джерело: розроблено автором з врахуванням [20]

Перші два сценарії є неприйнятними ані політично, ані економічно, то вони відхилені однозначно. Третій сценарій є економічно непосильним для бідного населення нашої країни, тому ми теж вважаємо його нереалістичним. А впровадження четвертого сценарію розпочато в Україні з 2017 року.

Щодо очікувань від медичної реформи, то у наукових джерелах ми знайшли різні авторські підходи (Додаток 1).

Безумовно цікавим є дослідження науковця із Казахстану Дуднік В.Ю. [18], який зробив спробу узагальнити світовий досвід щодо моделей організації медицини в різних країнах (Додаток 2).

Отже, цільова орієнтація реформ виходить з її місії. Ми пропонуємо наступне: з галузі, цільова орієнтація якої переважно обмежена профілактикою і лікуванням захворювань, охорона здоров'я винна стати інтегрованою міжгалузевою системою, яка здатна не лише більш ефективно вирішувати медичні та соціальні завдання, а й перетворитися в один з головних драйверів зростання української економіки через розвиток конкурентного підприємництва.

1.2 Економічні аспекти реформування медичної галузі

Розглядаючи економічні аспекти реформи в даній роботі ми переважно зупиняємося на трансформуванні системи фінансування медичної галузі. Дані порівняльного аналізу доступності медичної допомоги та рівня фінансування закладів охорони здоров'я показують, що не тільки обсяг фінансування впливає на рівень здоров'я населення, а й те, як саме розподіляються фінанси в системі охорони здоров'я, наскільки ефективно вони використовуються [14].

Основний вплив на процес розстановки пріоритетів при фінансуванні охорони здоров'я справляють:

- урядові органи (політична воля, боротьба з корупцією, вдосконалення законодавства);

- виробники медичних послуг (лікувально-профілактичні установи та медичні працівники);
- громадськість (населення, пацієнти);
- дані статистичних досліджень про медико-санітарних потреби, вартість та ефективність наданих медичних послуг (консультацій, втручань і процедур);
- коефіцієнт «витрати – вигода» [25].

До реформи система фінансування виглядала так, як це представлено у Додатку 3.

Фінансове забезпечення державних гарантій надання медичної допомоги здійснюється за рахунок державних коштів. Логічно, що зміст гарантій має оновлюватися, але, в силу прогнозованої виключно швидкої модернізації медичних технологій, держава навряд чи зможе відразу слідом за появою всіх найбільш значущих дорогих інновацій забезпечувати їх загальнодоступність на безкоштовній основі.

Практично неминучим в таких обставинах стає вибір між:

- а) тривалою консервацією застарілих методів профілактики і лікування;
- б) не цілком прозорими, потенційно корупційними схемами доступу до нових технологій;
- в) частковим використанням ринкових механізмів їх освоєння в поєднанні з пільгами для найбільш нужденних громадян [20].

Розглянемо видатки державного бюджету України за останні роки.

У 2017 році порівняно з 2016 роком загальні видатки на охорону здоров'я збільшились на 26889,0 млн. грн. або на 35,6 %. Найбільший приріст демонструють видатки ОТГ: збільшення на 525,0 млн. грн., або на 160,7%.

У 2018 році порівняно з 2017 роком загальні видатки на охорону здоров'я збільшились на 13 459,6 млн. грн. або на 11,6 % [30].

Видатки на фінансування охорони здоров'я бюджетами різних рівнів у
2016-2018 роках (млн грн.)

Вид бюджету	2016	2017	2018	Відхилення (+,-)			
				2017 від 2016		2018 від 2017	
				млн грн.	%	млн грн.	%
Загальні видатки на охорону здоров'я	75 503,4	102 392,4	115 852,0	+26 889,0	+35,6	+13 459,6	+11,6
у тому числі:							
-державний	12 464,6	16 729,4	22 618,0	+4 264,8	+34,2	+5 888,6	+26,0
-АРК, обласні, м.Київ, м.Севастополь	29 875,9	39 405,1	43 019,2	+9 529,2	+31,9	+3 614,1	+8,4
-міст республіканського та обласного значення	17 099,2	23 318,8	25 548,5	+6 219,6	+36,4	+2 229,7	+8,7
-районні	15 726,3	22 073,6	22 595,9	+6 347,3	+40,4	+522,3	+2,3
-міст районного значення	0,2	1,7	1,2	+1,5	+750,0	-0,5	-41,7
-селищні	6,0	6,0	3,3	0,0	0,0	-2,7	-81,8
-сільські	4,5	6,2	6,4	+1,7	+37,8	+0,2	+3,2
-ОТГ	326,7	851,7	2 059,5	+525,0	+160,7	+1 207,8	+58,6

Джерело: розраховано на основі [30]

Як показують розрахунки, більша частка видатків на охорону здоров'я фінансується за рахунок саме місцевих бюджетів (рис.1.2).

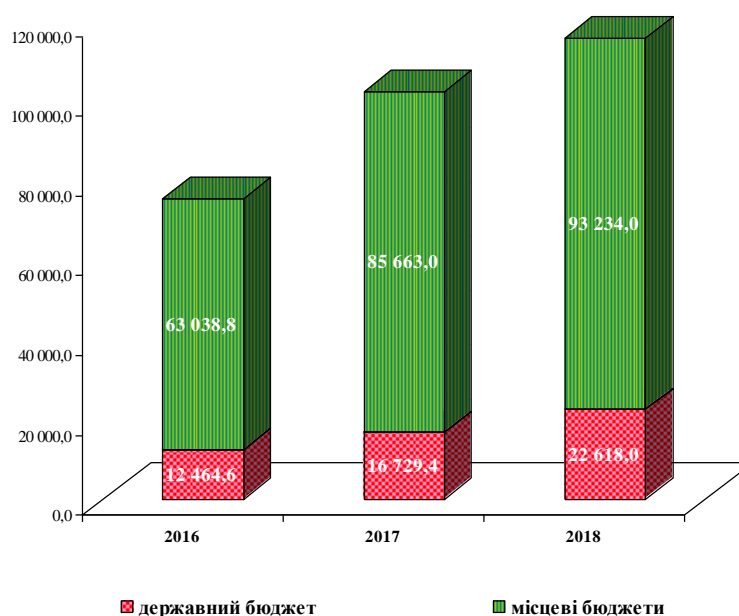


Рис. 1.2 Структура видатків на охорону здоров'я у 2016-2018 роках (млн грн.)

Так у 2016 році частка фінансування медичної галузі місцевими бюджетами складала 83,5%, у 2017 році 83,7%, а у 2018 році 80,5%.

Проаналізуємо рівень видатків на охорону здоров'я в Сумській області (табл.1.2).

Таблиця 1.2

Аналіз видатків на охорону здоров'я в Сумській області за 2016-2018 роки

Вид бюджету	2016	2017	2018	Відхилення (+,-)			
				2017 від 2016		2018 від 2017	
				млн грн.	%	млн грн.	%
1. Загальні видатки на охорону здоров'я з місцевих бюджетів, млн. грн.	63 038,8	85 663,0	93 233,0	+22 624,2	+35,9	+7 570,0	+8,8
2. Видатки на охорону здоров'я у Сумській області, млн. грн.	1 742,1	2 378,4	2 582,7	+636,3	+36,5	+204,3	+8,6
3. Частка Сумської області у загальному рівні видатків місцевих бюджетів, %	2,76	2,78	2,77	+0,01	-	-0,01	-

Джерело: розраховано автором на основі [26]

Отже, у загальній сумі видатків місцевих бюджетів Сумська область має незначну частку: 2,76% у 2016 році, 2,78% у 2017 році та 2,77% у 2018 році. Позитивним можна вважати збільшення загальної суми видатків на медицину області за останні 3 роки на 840,6 млн грн. (2582,7 млн грн. – 1742,1 млн грн.) або 48,3% [30]. Тобто адміністративна та медична реформа посприяла збільшенню обсягів фінансування медичних цілей регіону. І це відповідає світовим тенденціям.

Цікаво, що витрати на охорону здоров'я в багатьох розвинених країнах випереджають темпи їх економічного зростання [12]. За останні двадцять років частка витрат на охорону здоров'я в ВВП в таких країнах як США, Японія, Іспанія, Франція зросла практично в 1,5 рази.

Збільшення частки населення похилого віку в країні безпосередньо впливає на витрати на медицину, забезпечуючи постійний попит на дороге лікування хронічних захворювань у цій категорії людей [18].

2 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ АКТИВНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ ДОПОМОГИ СУМЩИНИ

2.1 Оцінка організаційних змін в медичних закладах регіону

Високий рівень розвитку підприємництва в медицині сприятиме гнучкості, зростання НТП, оптимізації використання ресурсів, і, насамперед, структурній перебудові галузі. Медична реформа, розпочата у 2018 році, дала новий поштовх до цього. Важливим етапом реформування системи охорони здоров'я в регіонах та обов'язковою умовою для отримання бюджетного фінансування було перетворення державних лікарень у комунальні неприбуткові заклади. Приватні медичні заклади та лікарі у статусі фізичних осіб-підприємців (ФОП) також мають право на державне фінансування, якщо вони укладуть договори з НСЗУ. Це абсолютно новий підхід для вітчизняної системи охорони здоров'я.

Проаналізуємо стан укладання договорів станом на 01.05.2020 року (табл.2.1). В цілому по країні найбільше договорів укладено з комунальними неприбутковими медичними закладами: 1 374, що складає 74,5% від загальної кількості договорів. Лише 168 (9,1%) приватні медичні заклади та 302 (16,4%) приватних підприємців приєдналися до загальнодержавної програми фінансування, оголошеної як «Гроші йдуть за пацієнтом». Укладено декларацій в цілому з 29 848 382 громадянами країни [30].

Щодо Сумської області, із загальної кількості медичних закладів найбільше припадає також на комунальні підприємства (71,3%), однак слід відмітити, що значна кількість цих закладів (40 із 62 комунальних) розміщена у сільській місцевості.

В області первинну медичну допомогу надають 711 лікарів, з яких 70,7% знаходяться у містах. Загальна кількість підписаних декларацій становить 882 668 штук, що становить в середньому 1 241 декларацію на 1 лікаря [30].

Аналіз окремих показників діяльності медичних закладів Сумщини за
окремими організаційно-правовими формами станом на 01.05.2020 року

Регіон / населений пункт	Комунальні неприбуткові медичні заклади	Приватні медичні заклади	Приватні підприємці (ФОП)	Всього
1. Кількість медичних закладів, що уклали договори з НСЗУ				
1.1 Україна всього у тому числі:	1 374	168	302	1 844
- міста	593	153	229	975
- сільська місцевість	781	15	73	869
1.2 Сумська область всього у тому числі:	62	12	13	87
- міста	22	12	11	45
- сільська місцевість	40	-	2	42
1.3 Частка Сумської області в загальному обсязі, %	4,51	7,14	4,30	4,72
2. Кількість лікарів, з якими підписані декларації				
2.1 Україна всього	21 823	736	477	22 823
2.2 Сумська область всього у тому числі:	640	53	18	711
- міста	434	53	16	503
- сільська місцевість	206	-	2	208
2.3 Частка Сумської області в загальному обсязі, %	2,93	7,20	3,56	3,12
3. Кількість підписаних декларацій				
3.1 Україна всього	29 178 131	344 482	325 769	29 848 382
- міста	19 285 298	313 221	243 560	19 842 079
- сільська місцевість	9 892 833	31 261	82 209	10 006 303
3.2 Сумська область всього у тому числі:	836 156	33 364	13 148	882 668
- міста	578 941	33 364	12 472	624 777
- сільська місцевість	257 215	-	676	257 891
3.3 Частка Сумської області в загальному обсязі, %	2,87	9,68	4,04	2,96

Джерело: [30]

В загальнодержавній статистиці частка Сумської області є несуттєвою: на регіон припадає 4,72% усіх медичних закладів первинної допомоги, 3,12% лікарів, що надають первинну медичну допомогу, та 2,96% підписаних в Україні декларацій [30].

Оцінити структурний розподіл медичних закладів, лікарів та укладених декларацій за типом населених пунктів можна графічно (рис. 2.1).

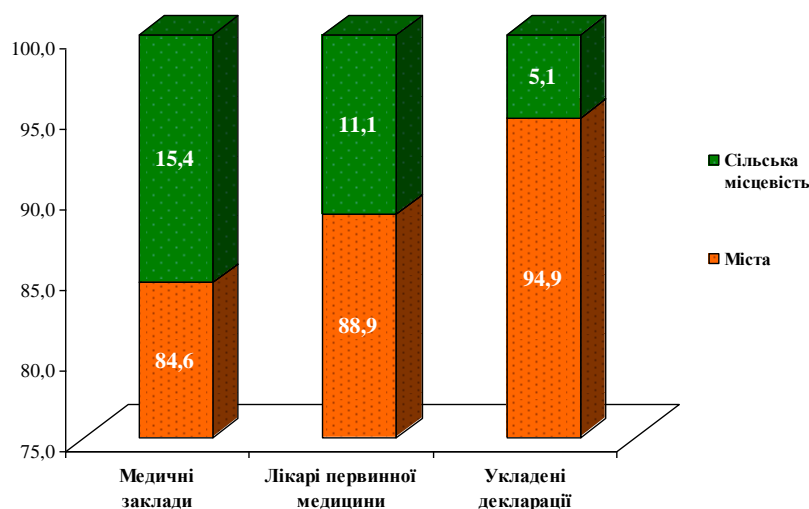


Рис.2.1 Розподіл медичних закладів, лікарів первинної медицини та укладених декларацій за типом населених пунктів Сумської області станом на 01.05.2020 року, %

Джерело: побудовано автором

Як видно, в Сумській області у сільській місцевості (села та с/п) розташовано лише 15,4% медичних закладів та працює 11,1% лікарів від загальнообласної кількості. Проте частка укладених декларацій з сільськими мешканцями знаходиться на рівні 5,1% від загальної кількості підписаних декларацій на Сумщині. Це означає, що середньостатистичний сільський лікар обслуговує значно менше пацієнтів, ніж його міські колеги. це, у свою чергу, суттєво впливає на рівень оплати праці, який, а новим підходом, залежить від кількості укладених декларацій [30].

Проаналізуємо кількість підписаних декларацій у Сумській області в цілому та у м. Конотоп з лікарями первинної медицини станом на 01.05.2020 року (табл. 2.2).

Кількість укладених е-деклярацій в закладах первинної медицини Сумської області станом на 01.05.2020 р.

Вікова група	Жінки	Чоловіки	Разом	
			кількість, осіб	частка у загальній кількості (%)
Сумська область				
0-5	22 985	23 899	46 884	5,31
6 - 17	54 891	57 132	112 023	12,69
18-39	110 745	103 667	214 412	24,28
40-64	183 404	147 295	330 699	37,45
65+	119 098	59 916	179 014	20,27
Разом	491 123	391 909	882 668	100
місто Конотоп				
0-5	1 825	1 910	3 809	5,85
06-17	4 091	4 273	8 260	13,11
18-39	8 028	7 383	15 082	24,15
40-64	13 604	10 386	23 553	37,59
65+	8 190	4 131	12 043	19,31
Разом	35 738	28 083	63 821	100
КНП Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»				
0-5	1 357	1 376	2 733	6,25
06-17	2 888	3 053	5 941	13,59
18-39	5 702	4 860	10 562	24,16
40-64	9 276	6 711	15 987	36,58
65+	5 641	2 845	8 486	19,41
Разом	24 864	18 845	43 709	100
КНП Конотопської міської ради «Конотопська міська лікарня»				
0-5	468	534	1 032	4,98
06-17	1 203	1 220	2 389	12,05
18-39	2 326	2 523	4 790	24,11
40-64	4 328	3 675	7 905	39,79
65+	2 549	1 286	3 755	19,07
Разом	10 874	9 238	20 112	100

Джерело: розраховано автором на основі [22]

Дані таблиці свідчать про те, що 882 668 осіб в Сумській області підписали декларації з обраним ними сімейним лікарем. Це гарний показник, оскільки ще у 2017 році Сумська область була у числі найінертніших у цьому процесі регіонів України. Пожвавлення, на нашу думку, викликане вирішенням проблеми забезпечення медичних закладів необхідною комп'ютерною технікою та активною роз'яснювальною компанією. Проте значна кількість

громадян свідомо відмовляються від підписання е-декларацій через ризик витоку персональних даних. Вони надають перевагу можливості оплатити медичні послуги в приватних клініках.

Щодо якщо оцінити гендерну структуру, то на жінок припадає 55,8% підписаних декларацій, а на чоловіків – 44,2%. На рис. 2.2 графічно представлено структуру е-декларування за віковими категоріями.

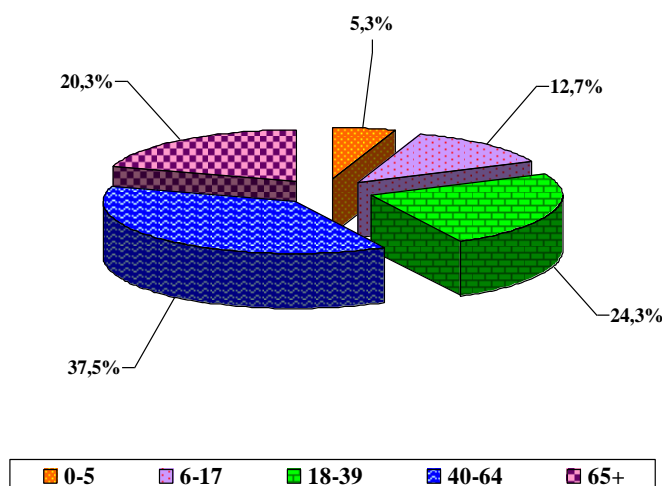


Рис. 2.2 Вікова структура пацієнтів, з якими підписано е-декларації в Сумській області, станом на 01.05.2020 р.

Джерело: побудовано автором

За віковим ранжуванням найбільше декларацій укладено 40-64 роки – 330 699 декларацій (37,45%) та у категорії 18-39 років – 214 412 декларацій (24,28%). Дуже цікавою є статистика щодо людей похилого віку з вікової групи 65+. На фінансування цих громадян держава готова витратити найбільше: 740 грн./рік на кожного пацієнта. Тому 179 014 (20,27%) особи цієї вікової групи принесуть закладам первинної медицини Сумської області непогані кошти, про що мова піде у наступному розділі.

У своєму дослідженні ми також звернули увагу на місто Конотоп, тому що це найбільший районний центр Сумської області та рідне місто автора. Слід відмітити, що в структурі пацієнтів немає суттєвої різниці з загальнообласними показниками. Загалом місцеві медичні заклади уклали 62 747 декларацій з пацієнтами, що становить лише 7,2% від загальної кількості декларацій

області. Від загальної чисельності населення – це 65,5% (62 747 : 95 676 * 100). Однак загальна чисельність населення міста Конотоп, на нашу думку, не є вірною величиною. По-перше, перепису населення в нашій країні давно не було. По-друге, значна частина містян проживає в інших населених пунктах країни або й навіть за кодоном, хоча має конотопську реєстрацію. Тому об'єктивно говорити про рівень охоплення населення е-декларуванням важко.

Доцільно порівняти показники обслуговування населення в двох найбільш схожих між собою районних центрах Сумщини: м. Конотоп та м. Шостка. В даному випадку ми аналізуємо заклади, що надають вторинну медичну допомогу у стаціонарі (табл. 2.3), оскільки вони ідентичні за розмірами та напрямками діяльності.

Таблиця 2.3

Аналіз основних показників обслуговування населення медичними закладами м. Конотоп та м. Шостка Сумської області за 2018 рік

Показник	КНП «Конотопська районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»	Комунальний заклад «Шосткинська районна лікарня»	Відхилення (+,-)
1. Загальна кількість населення, що обслуговує медичний заклад, осіб у тому числі:	95 676	91 699	-3 977
1.1 Кількість населення за територіальною ознакою:			
- міське населення, осіб	66 656	71757	+5 101
- міське населення, % від загальної кількості	69,7	78,3	+8,6
- сільське населення, осіб	29 020	19 942	-9078
- сільське населення, % від загальної кількості	30,3	21,7	-8,6
1.2 Кількість населення у вікових категоріях			
- діти від 0 до 18 років, осіб	13 831	13 224	-607
- діти, % у загальній кількості	14,5	14,4	-0,1
- дорослі, осіб	81 845	78 475	+3 370
- дорослі, % у загальній кількості	85,5	85,6	+0,1
2. Кількість структурних відділень	17	13	-4
3. Кількість лікарняних ліжок	521	355	-166

Джерело: розраховано автором на основі [23 та 24]

Зрозуміло, що у цих медичних закладах допомога надається як міському, так і сільському населенню. При цьому, традиційно частка міських пацієнтів значно перевищує частку сільських (так, у Конотопі це 69,7% містян і лише 30,3% селян, а у Шостці 78,3% та 21,7% відповідно). Також дані заклади обслуговують переважно доросле населення, хоча частка дітей та підлітків не мізерна, а коливається в межах 14% від загальної кількості пацієнтів.

Конотопська районна лікарня дещо більша за розмірами: вона налічує 17 структурних відділень на 521 лікарняних ліжок, що на 4 відділення та 166 лікарняних ліжок більше, ніж у лікарні м. Шостка.

Спільна риса: обидва ці медичні заклади рішенням МОЗ включені до переліку опорних лікарень Сумщини [31].

Отже, адміністративні зміни в результаті медичної реформи очевидні. Проте не всі вони позитивно сприймаються на місцях. Особливо в маленьких містечках та селах. Скорочення лікарняних ліжок, а іноді й відділень та медичного персоналу – це також наслідки реформи.

Наприклад, в КНП «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» взагалі відсутній лікар-гастрентеролог (і це на 95 676 містян!), наркологічне відділення зменшилося до 12 лікарняних ліжок та 8 осіб медичного персоналу, майже ліквідоване онкологічне відділення. І дуже небезпечним є скорочення середнього і молодшого медичного персоналу у всіх відділеннях лікарні.

2.2 Аналіз сучасної системи фінансування медичних закладів первинної допомоги

Вихід з існуючої ситуації неефективного рівноваги економічних інтересів учасників системи охорони здоров'я і перехід до нової моделі фінансування доцільно здійснити таким чином, щоб дати можливість як медичним організаціям, так і громадянам безболісно адаптуватися до змін, а державним органам – провести детальну підготовчу роботу, зокрема пілотну апробацію нововведень.

На першому етапі було змінено правила взаємодії між цими учасниками без змін в їх конфігурації в системі фінансування. Впроваджуються заходи щодо підвищення доказовості державного фінансування медичної допомоги та прозорості використання фінансових і матеріальних ресурсів медичними установами. Мета – скоротити масштаби неефективних витрат ресурсів.

Проаналізуємо динаміку фінансування комунальних медичних закладів Сумщини у 2018-2019 роках (табл. 2.4).

Фінансування медичних закладів області, що надають первинну медичну допомогу на підставі підписаних е-декларацій з пацієнтами, у 2018 році розпочиналося доволі кволо. Реформування лікарень в НКП теж дещо затяглося. Тому за рік було отримано лише 62 154 522 грн. програмних коштів. При цьому приватні заклади виявилися більш мобільними і отримали нове бюджетне фінансування вже з серпня місяця. У 2019 році комунальні неприбуткові підприємства отримували бюджетні виплати рівномірно (в середньому 8,33% відсотки щомісяця). Проте можна зазначити, що найбільші виплати були отримані у лютому місяці (41 191 276 грн.), а найменші – у квітні (38 788 045 грн.). У 2020 році фінансування є рівномірним і коливається в межах 41 млн грн. на місяць.

Виплати закладам охорони здоров'я Сумської області,
що надають первинну медичну допомогу за 2018-2019 роки

Календарний період	Всього, грн.	Комунальні		Приватні (без ФОП)		ФОП	
		грн.	%	грн.	%	грн.	%
2018 рік							
Серпень	100 728	-	-	100 728	8,60	-	-
Вересень	107 781	-	-	107 781	9,21	-	-
Жовтень	18 618 428	18 334 743	30,09	271 845	23,22	11 840	22,09
Листопад	21 155 715	20 821 944	34,17	315 857	26,98	17 914	33,42
Грудень	22 171 870	21 773 386	35,74	374 631	32,00	23 853	44,50
Разом	62 154 522	60 930 073	100	1 170 842	100	53 607	100
2019 рік							
Січень	40 558 378	40 024 949	8,25	495 714	4,98	37 715	2,93
Лютий	41 787 550	41 191 276	8,49	552 873	5,55	43 401	3,38
Березень	41 282 722	40 635 579	8,38	600 245	6,03	46 898	3,65
Квітень	39 596 366	38 788 045	8,00	756 872	7,60	51 449	4,00
Травень	41 282 582	40 407 631	8,33	821 307	8,25	53 644	4,17
Червень	40 882 083	39 991 684	8,25	835 189	8,39	55 210	4,30
Липень	41 588 062	40 657 197	8,38	873 613	8,77	57 251	4,45
Серпень	41 695 226	40 737 919	8,40	899 729	9,03	57 578	4,48
Вересень	41 075 104	40 078 250	8,26	938 573	9,42	58 281	4,53
Жовтень	41 799 439	40 610 004	8,37	1 020 207	10,24	169 228	13,17
Листопад	42 153 124	40 779 432	8,41	1 066 932	10,71	306 761	23,87
Грудень	42 571 305	41 124 352	8,48	1 098 999	11,03	347 954	27,07
Разом	496 271 941	485 026 318	100,00	9 960 252	100,00	1 285 370	100,00
2020 рік							
Січень	42 482 847	41 015 462	25,18	1 097 183	21,88	370 202	19,11
Лютий	42 294 419	40 707 820	24,99	1 192 081	23,77	394 519	20,36
Березень	42 294 419	40 326 872	24,75	1 295 193	25,83	544 966	28,13
Квітень	42 926 797	40 868 687	25,09	1 430 433	28,52	627 677	32,4
Разом	169 871 094	162 918 841	100	5 014 889	100	1 937 364	100

Джерело: розраховано автором на основі [22]

Приватні медичні заклади у 2019 році стартували повільніше. Найбільші виплати біли отримані у четвертому кварталі 2019 року (3 186 138 грн. за жовтень-грудень), а найменші у першому кварталі (лише 1 648 832 грн. за січень-березень). У 2020 році фінансування приватних закладів поступово збільшується і у квітні досягло 1 430 433 грн.

Підприємці (ФОП) структурно в перші три квартали 2019 року фінансувалися досить повільно, при цьому найменше отримали бюджетних коштів у січні місяці (37 715 грн.) Проте з четвертого кварталу фінансування значно збільшилося і за жовтень-грудень надійшло 823 943 грн. або 64,1% від річного фінансування. У квітні 2020 році фінансування лікарів у статусі ФОП

збільшилося у 1,7 разів у порівнянні з січнем і сягло майже 630 тис.грн. Це свідчить про розвиток цієї форми медичного підприємництва у регіону.

Співвідношення кількості підписаних е-декларацій з обсягами бюджетного фінансування можна дослідити за допомогою рис. 2.3.

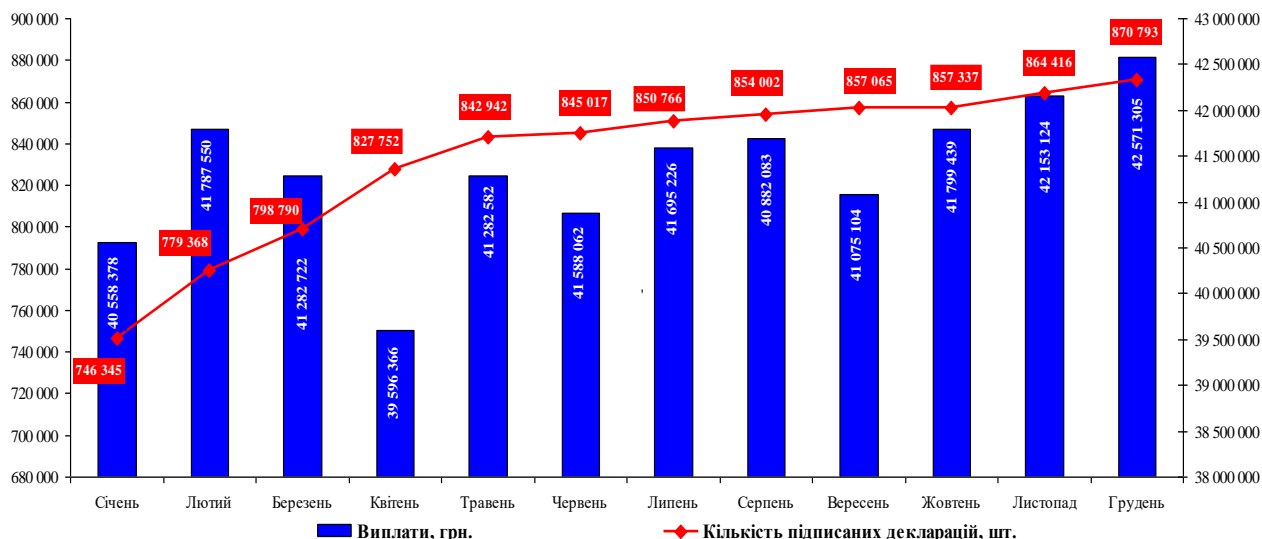


Рис. 2.3 Динаміка підписаних декларацій та виплат медичним закладам Сумщини у 2019 році (за місяцями)

Джерело: побудовано автором на основі [22]

Очевидно, що залежність фінансування і кількості підписаних декларацій наявна, але не абсолютно пропорційна. Це пояснюється тим, що різні вікові категорії населення мають різну «вартість» (Додаток 4).

У загальній кількості виплат комунальні медичні підприємства Сумщини отримують найбільше: 485 026 318 грн. або 97,7%.

Оцінимо виплати окремим комунальним закладам найбільших районних центрів Сумської області (табл. 2.5).

З таблиці 2.5 можна зробити висновок, що виплати лікарням протягом року є досить ритмічними. А сама сума фінансування значно перевищує рівні дореформених часів. Так, за інформацією КНП Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова» бюджет на амбулаторно-поліклінічну та первинну медико-санітарну допомогу у 2017 році становив лише 831,7 тис.грн. [23], що на 25 447,3 тис.грн. менше, ніж у 2019 році.

Виплати комунальним медичним закладам м. Конотоп та м. Шостка
Сумської області у 2019 році

Період	Всього комунальні підприємства м. Конотоп	КНП Конотопської міської ради «Конотопська міська лікарня»	КНП Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»	КНП «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шосткинської міської ради
Січень	3 095 796	922 338	2 173 458	2 672 138
Лютий	3 240 358	958 203	2 282 155	2 858 667
Березень	2 040 543	94 188	2 311 355	2 911 681
Квітень	2 533 511	397 196	2 136 314	2 773 626
Травень	3 097 059	919 393	2 177 666	2 841 692
Червень	3 064 856	924 134	2 140 722	2 823 089
Липень	3 091 461	938 221	2 153 240	2 866 051
Серпень	3 093 878	938 228	2 155 651	2 875 393
Вересень	3 072 222	928 127	2 144 096	2 828 428
Жовтень	3 135 466	946 559	2 188 908	2 869 122
Листопад	3 155 342	949 950	2 205 391	2 901 682
Грудень	3 171 118	960 993	2 210 125	2 959 745
Разом	36 156 610	9 877 531	26 279 080	34 181 315

Джерело: складено автором на основі [22]

Динаміка грошових виплат у розрізі місяців графічно представлена на рисунку 2.4

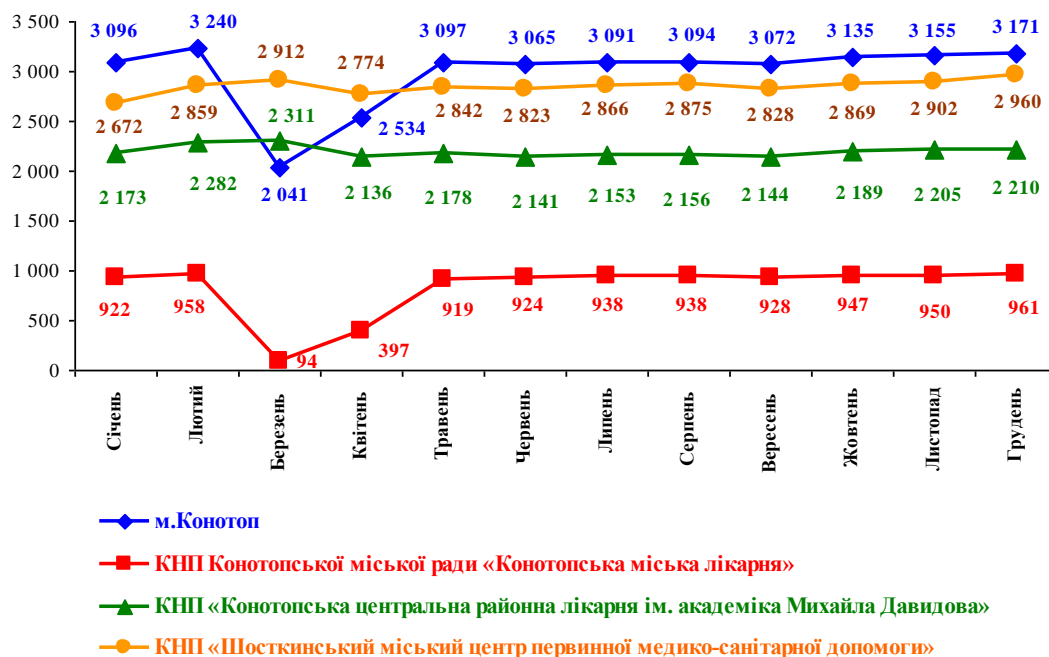


Рис. 2.4 Динаміка виплат медичним закладам м. Конотоп та м. Шостка
Сумської обл. у 2019 році (тис.грн.)

Джерело: побудовано автором

2.3 Аналіз змін в системі оплати праці медичних працівників первинної ланки

Якби гроші, які «ходять за пацієнтом», виплачували кожному лікарю на руки, то лікарі первинної ланки озолотилися б і наздогнали б за рівнем зарплат своїх зарубіжних колег. Ми порахували, що лікар-терапевт (сімейний), з яким підписали декларації близько 2 000 пацієнтів різного віку, отримав би за рік від 900 до 1 200 000 грн. (див. Додаток 5), або майже 100 000 щомісяця. Але ці кошти отримує медустанова, в якій працює лікар. Вона тільки частину суми витрачає на його зарплату, а інші кошти йдуть на покращення матеріально-технічної бази закладу, на закупівлю медпрепаратів, господарські потреби тощо. Скільки ж з цих грошей перепаде лікарю, часто залежить виключно від його відносин зі своїм керівництвом.

Інша справа – лікарі-приватники і ФОП, які що отримують від держави, то і витрачають на всі потреби на свій розсуд. У нашому прикладі лікар з м. Лебедин отримає за рік 1 023 494 грн. (додаток 5) або майже 85 000 грн. на місяць, які витратить на власний розсуд. Але цей сектор в медицині поки становить невеликий відсоток. Хоча стрімко зростає. На Сумщині, нагадаємо, станом на 01.05.2020 р. договори з НСЗУ мають 12 приватних медичних закладів та 13 ФОП, що надають первинну медичну допомогу.

Середній рівень зарплати в охороні здоров'я у 2019 році склав 6 804 грн. Це при тому, що в економіці він дорівнює 10 269 грн. В комунальних закладах Сумщини районних центрів сімейні лікарі отримують в межах 10 000 грн., а медичні сестри, що працюють з ними, – біля 7 000 грн.

З оплатою праці медпрацівників, які надають допомогу на вторинному і третинному рівнях, ситуація катастрофічна, з огляду на «зрівнялівку». І для багатьох вона дорівнювала мінімальній зарплаті – 4173 грн. Причому у всіх: від санітарки до лікаря першої кваліфікаційної категорії та всіх медичних сестер, незалежно від стажу роботи і наявної категорії.

Серед наслідків зміни системи оплати праці в первинній ланці медицини можна виділити такі наслідки:

1. Оплата праці конкретного закладу в медицині віддана на відкуп місцевій владі, і все вирішує головний лікар, дуже часто – його наближені. Тому ситуація в цьому плані дуже різна у всіх населених пунктах. Медики отримують від абсолютно захмарних сум (навіть незрозуміло, як може один сімейний лікар обслужити таку силу-силенну пацієнтів) до практично мінімальних.

2. У вузьких фахівців дуже сумні перспективи, тому що їхнє майбутнє зараз зовсім не продумане.

3. На місцевих рівнях відбуваються «зіткнення» медичних працівників: лікарі медичної ланки обурюються на сімейних лікарів, які зі своєю більш високою зарплатою, як і раніше, спрямовують свої пацієнтів до вузьких спеціалістів з мізерною зарплатою, замість того, щоб самим лікувати. І сімейні лікарі більше не відвідують хворих на дому. А маніпуляційні та операційні сестри з великою завантаженістю складними процедурами і мізерною зарплатою обурюються на кабінетних медичних сестер, які займаються лише паперовою роботою при сімейному лікарі, маючи дохід, більший за оклад хірурга.

4. Несправедливість в системі оплати праці посилює трудову міграцію медичного персоналу в області. Лікарі, середній та молодший персонал переходять на роботу до приватних клінік, їдуть у великі міста та за кордон.

Ситуація дуже і дуже нерівнозначна. Вважаємо, основна причина в тому, що навіть найкращі ідеї не дадуть очікуваного результату, якщо вони не до кінця продумані і ефективно не контрольовані. Щоб виправити ситуацію, потрібен жорсткий контроль та чіткі правила нарахування заробітної плати.

3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ПІДПРИЄМНИЦТВА В УКРАЇНІ

3.1 Конкуренція у сфері охорони здоров'я як основа розвитку медичного підприємництва

Охорона здоров'я є важливою сферою економіки. Підвищення її конкурентоспроможності відповідно до мультиплікативного ефекту веде до підвищення конкурентоспроможності національної економіки. Для того, щоб визначити, як формується конкурентоспроможність у цій сфері, слід вивчити комплекс заходів, що забезпечують охорону і підтримку здоров'я населення.

На нашу думку, охорона здоров'я не має розглядатися виключно як медична складова. Це цілий комплекс заходів, який спрямований на охорону і підтримку здоров'я населення, а також як сфера економіки, в якій створюються медичні товари, надаються медичні послуги і відбувається рух матеріальних, нематеріальних, трудових, інформаційних, фінансових та інших ресурсів. Тому необхідно розглянути окремі параметри, які, так чи інакше, впливають на стан здоров'я населення (рис.3.1)



Рис. 3.1 Параметри, що впливають на стан здоров'я населення та конкурентоспроможність медичних закладів

Джерело: створено автором

Також зазначимо, що з економічного погляду, охорона здоров'я включає в себе наступні сегменти:

- ринок медичних послуг, які надають лікувально-профілактичні установи (державні і приватні);
- ринок медичних товарів, який представляють державні та приватні виробники медикаментів, товарів медичного призначення та медичного обладнання;
- ринок медичної освіти, який включає в себе наукові організації та організації освіти в галузі охорони здоров'я.

У галузі охорони здоров'я конкуренція впливає на діяльність зацікавлених учасників всіх сегментів ринку. Наприклад, в декількох іноземних дослідженнях вивчалися:

- зв'язок між конкуренцією і якістю медичної допомоги (Званзігер Дж. І Мельник Г.) [6];
- зв'язок між конкуренцією і витратами системи охорони здоров'я (Робінсон Дж. і Лафт Ш.) [5];
- зв'язок між конкуренцією і задоволеністю пацієнтів (Міллер Р.) [2].

Результати цих досліджень показують, що конкуренція здатна з часом збільшити цінність медичних послуг для пацієнтів. Підвищення якості та поліпшення механізмів надання медичної допомоги призводять до зниження витрат, що, в свою чергу, призводить до підвищення задоволеності пацієнтів.

Отже, конкурентоспроможність охорони здоров'я може характеризуватися такими показниками, як: ціна, витрати, якість, доступність, а також технології та інновації [4].

Компоненти, що забезпечують конкурентоспроможність у медичній галузі, представлено на рис. 3.1.

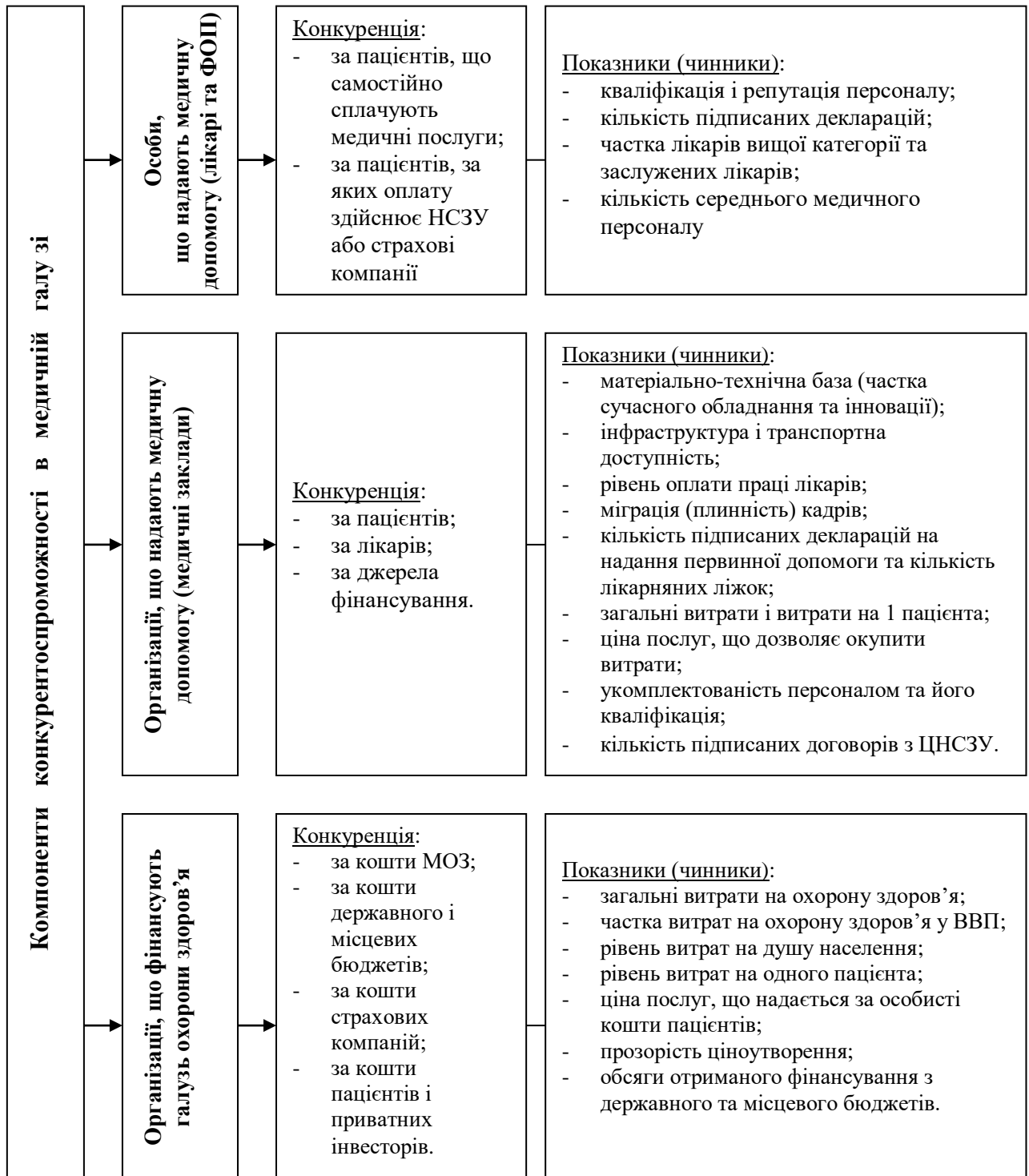


Рис. 3.2 Компоненти, що забезпечують конкурентоспроможність у медичній галузі

Джерело: побудовано автором з урахуванням [4]

Для кращого розуміння природи конкуренції в охороні здоров'я, в світовій практиці були запропоновані моделі для аналізу двох типів ринкових змагань в області медичного обслуговування: 1) конкуренція на ринках, де домінують лікарі (наприклад, якість або нецінова конкуренція) і 2) конкуренція на ринках, де домінують страхові компанії (тобто цінова конкуренція) [4].

Перший етап реформування первинної медицини в Україні, на нашу думку, – це своєрідна спроба поєднати ці два типи ринку медичних послуг, де замість приватних страхових компаній функціонує НСЗУ, яка є розподільником державних коштів і своєрідним регулятором відносин між пацієнтом та медичним закладом (лікарем). Саме боротьба за фінансування з боку НСЗУ є проявом цінової конкуренції.

Крім того, медична реформа сприяла підсиленню конкуренції через перехід окремих лікарів з державних (комунальних) медичних закладів до власного підприємництва у вигляді реєстрації статусу ФОП.

3.2 Перспективи впровадження інноваційних медичних технологій в регіональних медичних закладах

Вважаємо, що нові технології визначають необхідність переходу до нової моделі організації медичної допомоги – до так званої «медицини чотири П» [20]. Це модель, в якій сьогоднішня система охорони здоров'я з виявлення та лікування захворювань заміщається на медицину, сфокусовану на виявленні схильності до розвитку захворювань: П1 – «предикція», запобігання появи захворювань; П2 – «превентивність», індивідуальний підхід до кожного пацієнта; П3 – «персоналізація», мотивована участь пацієнта в профілактиці захворювань; П4 – партисипативна медицина, співучасть лікаря і пацієнта в організації лікувального процесу.

На нашу думку, саме ці технології допоможуть мешканцям нашого регіону (особливо сільським) отримувати консультації у фахівців високого рівня. Також було б добре діяти в таких напрямках:

1. Розробити концепцію наскрізного («через все життя») формування та вдосконалення у пацієнта ІТ-навичок з управління власною біомедичною інформацією.

2. Розвивати персональний моніторинг стану здоров'я за допомогою субсидування придбання пацієнтами, які мають хронічні захворювання, пристроїв і програм дистанційного контролю стану здоров'я.

3. Здійснювати розробку, впровадження та контроль за реалізацією індивідуальних планів біомедичних заходів.

4. Створити нормативні і матеріальні умови для якнайшвидшої реалізації процесу зберігання фізичними особами персональної медичної інформації особистого користування в цифровому вигляді (персональна електронна карта здоров'я, електронний офіс здоров'я, єдине цифрове вікно здоров'я) і забезпечення безпеки персональних даних.

5. Розвивати он-лайн-консультаційну медичну допомогу. До речі, в умовах карантину 2020 року ця технологія була впроваджена багатьма спеціалістами і виявилася цілком успішною у багатьох медичних випадках.

6. Створити електронні кабінети для сімейних лікарів і вузьких фахівців з інформаційними ресурсами з діагностики (включаючи інтерактивні системи консультування).

7. Забезпечити доступ пацієнтів до профілактичних обстежень на високотехнологічному обладнанні в межах комунальних медичних закладів без переадресації у приватні клініки.

8. Оновити матеріально-технічну базу лабораторій у районних центрах, від роботи яких залежить точність постановки діагнозу. Застаріле обладнання, неякісні реактиви та перевантаженість лаборантів призводять до численних помилок або спонукують до фальсифікацій даних, що негативно впливає на подальші результати лікування хворих.

Основними перешкодами для реалізації цього потенціалу є нерозвиненість маркетингу, відсутність належного сервісу і недостатнє володіння управлінцями сфери охорони здоров'я тими знаннями і навичками, які виходять за рамки традиційної діяльності цих медичних установ.

3.3 Кадровий потенціал як фактор підвищення конкурентоспроможності медичних закладів

Якість медичної допомоги визначається не тільки станом матеріально-технічної бази медичного закладу, адекватністю організаційних форм, але також забезпеченістю і наявністю кваліфікованих фахівців. Медичні кадри є головною, найбільш цінною і значущою частиною ресурсів медичних закладів. Це визначає кадрову політику як один з пріоритетів у розвитку охорони здоров'я, особливо на Сумщині, яка вважається одним з найбільш економічно депресивних регіонів України.

Системи стимулювання медичних працівників можуть бути як фінансовими, так і нефінансовими.

Найпоширенішими в світовій практиці заходами мотивації є:

- 1) бонуси за більш високу якість наданої послуги;
- 2) штрафи за незадовільну діяльність [3].

Підвищенню соціального статусу і рівня трудової мотивації медичних працівників, на нашу думку, може сприяти реалізація наступних заходів:

1. Реальне та адекватне підвищення рівня оплати праці лікарів вторинної ланки та середнього медичного персоналу і забезпечення його суворої ув'язування з інтенсивністю і якістю роботи, що ними виконується.

2. Створення прозорих правил нарахування зарплат сімейним лікарям та педіатрам, а також середньому медичному персоналу, що прикріплені до них.

3. Підвищення оплати праці лікарів провідних клінічних та наукових центрів. Такий рівень оплати праці необхідний для зміцнення соціального статусу лікарів, які надають інноваційну за своїм характером медичну допомогу, запобігання перетікання висококваліфікованих фахівців в інші країни, стимулювання зростання їх професійної майстерності і ослаблення мотивації до отримання неформальної оплати від пацієнтів [28].

4. Реалізація програми будівництва службового житла для медичних працівників, в тому числі для лікарів, фельдшерів і медичних сестер загальної (сімейної) практики, а також лікарів-фахівців в амбулаторно-поліклінічних

установах в сільській місцевості та малих містах. Як зазначає Вертиль О., «додає оптимізму обласна [йдеться про Сумську обл.] цільова програма підтримки індивідуального житлового будівництва «Власний дім» на 2019—2020 роки, на реалізацію якої передбачено 50 мільйонів гривень з державного та бюджетів різних рівнів. За попередні два десятиріччя в її межах збудовано та реконструйовано понад тисячу будинків садибного типу загальною площею 100 тисяч квадратних метрів, де новосілля справили і медичні працівники...Найближчим часом у восьми районах будуть споруджені з нуля 13 амбулаторій сільської медицини, з яких сім — моно та шість — групової практики» [13].

5. Реалізація інформаційних і соціально-культурних заходів, спрямованих на відновлення довіри пацієнта до медичних працівників, поваги до медичної діяльності.

6. Удосконалення медичної освіти (в Сумській області функціонують Медичний інститут СумДУ в м.Суми та 5 медичних коледжів: у м. Суми, м. Конотоп, м. Глухів, м. Лебедин та м. Шостка).

7. Створення системи ефективного забезпечення лікарськими засобами.

8. Дозволити медичним організаціям надавати соціальну допомогу з виділенням соціальних ліжок і оплатою такої допомоги з бюджетів та власних коштів пацієнтів.

9. Дозволити установам соціального захисту надавати певні види медичної допомоги (паліативну допомогу тощо). Це дещо перекриє дефіцит молодшого медичного персоналу в комунальних закладах.

10. Перепрофілювати частину ліжкового фонду закладів охорони здоров'я в сільських районах, не забезпеченого обсягами медичної допомоги за програмою державних гарантій, в ліжка соціального спрямування із застосуванням механізмів державно-приватного партнерства.

ВИСНОВКИ

Проаналізувавши особливості і проблеми розвитку підприємництва в реформованій медичній галузі на Сумщині, ми можемо зробити такі висновки:

1. Медична реформа в регіоні стартувала повільно, проте сьогодні в Сумській області основні елементи нового підходу до обслуговування пацієнтів присутні. Перший етап реформи змінив порядок надання первинної медичної допомоги. З 1 квітня 2020 року стартує другий етап реформи. А згодом – і третій.

3. Незважаючи на щорічний номінальне зростання загальних витрат на охорону здоров'я, Україна має найнижчий показник загальних витрат у ВВП в порівнянні з європейськими країнами. Проте з кінця 2018 року змінилися підходи до розподілу фінансових ресурсів між медичними установами. У порівнянні з 2017 роком бюджетні надходження у первинну ланку збільшилися в рази. Це також відчули медичні заклади різних форм власності на Сумщині.

4. Реформа стала поштовхом до поживлення підприємницької активності в регіоні. У першу чергу, через організаційно-правову реорганізацію медичних закладів. Державні лікарні регіону було реформовано у комунальні неприбуткові підприємства, частина з яких визнана МОЗ як опорні (безпечні, з високим рівнем медичної допомоги, доступні). В регіоні також за програмою договорів в НСЗУ працюють приватні медичні заклади та лікарі у статусі ФОП, проте їх частка незначна.

5. Хоча розпочата реформа збільшила фінансові надходження до медичних закладів, проте залишаються проблеми з ефективністю використання цих коштів на місцях.

6. Конкуренція здатна з часом збільшити цінність медичних послуг для пацієнтів. Підвищення якості та поліпшення механізмів надання медичної допомоги призводять до зниження витрат, що, в свою чергу, призводить до підвищення задоволеності пацієнтів.

7. Заробітна плата медичного персоналу є викривленою, як ніколи до того. Сімейні лікарі та педіатри відчули збільшення вартості власної праці, але не так, як було обіцяно урядовцями на початку реформування. Лікарі приватних медичних закладів та лікарі у статусі ФОП отримують значно більше. Вузькі спеціалісти, середній та молодший медичний персонал мають несправедливо незадовільний рівень оплати праці. Спостерігаються скорочення медперсоналу та зменшення лікарняних місць в рамках оголошеної «оптимізації».

8. Якість надання медичних послуг в районних центрах та сільській місцевості суттєво не покращилася, хоча з'являється нове обладнання, транспорт та житло для медичних працівників.

9. Перспективним є розвиток он-лайн-консультаційної медичної допомоги, створення електронних кабінетів для сімейних лікарів і вузьких фахівців з інформаційними ресурсами з діагностики (включаючи інтерактивні системи консультування).

10. Як напрямок підвищення конкурентоспроможності медичних закладів Сумської області можна розглядати оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів (коштів для цього тепер цілком достатньо) і лабораторій у районних центрах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Boyce T., Brown C. Economic and social impacts and benefits of health systems World Health Organization 2019. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1 (дата звернення: 30.05.2020)
2. Miller R. Competition in the health system: good news and bad news. *Health Affairs*. 1996. Vol.15(2). P. 107-200
3. Public health and its social and economic impact. *The Economist Intelligence Unit*. URL:<http://globalhealth.eiu.com/briefingpaper/section-1-public-health-and-its-social-and-economic-impact> (дата звернення 30.05.2020)
4. Rivers P.A., Glover S.H. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. *J Health Organ Manag*. 2008. Vol. 22(6). P. 627–641/ URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19579575/> (дата звернення 30.05.2020)
5. Robinson J.C., Luft H.S. Competition, regulation, and hospital costs, 1982 to 1986. *JAMA*. 1988. Vol. 260(18). P. 2676-2681 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3141632/> (дата звернення 30.05.2020)
6. Zwanziger J., Melnick G. Can managed care plans control health care costs. *Health Affairs*. 1996. Vol. 15(2). P. 185-199
7. Алексеев В.А. Борисов К.Н. Шурандина И.С. Всемирная организация здравоохранения о действующих системах национального здравоохранения. Руководителю ЛПУ. *Международное здравоохранение*. 2011.Т. 2 (1).
8. Баранник Л. Б. Здоров'я населення як індикатор розвитку соціального капіталу в Україні. *Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Економіка*. 2019. №12. С.64-69. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoa_2019_12_12 (дата звернення 30.05.2020)
9. Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте:

- Інформаційна довідка. Європейський інформаційно-дослідницький центр. 2017. 542 с. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення 01.05.2020)
10. Білинська М.М., Радишин Я.В., Рижкова І.В. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні. Київ-Львів: НАДУ, 2012. 128с.
11. Бора Н. Ю. Необхідність впровадження страхової медицини як засобу підвищення ефективності та якості медичних послуг на медичному ринку. *Міжнародний науковий журнал «Освіта і наука»*. 2018. № Вип. 24(1). с.235-239. URL: <https://msu.edu.ua/educationandscience/wp-content/uploads/2018/05/Бора-Н.Ю..pdf> (дата звернення 22.01.2020)
12. Васкес Абанто А.Э., Кресный Д. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Киев: Изд-во Европ. ун-та. 2003. 490 с.
13. Вертиль О. Як і де живеться сільському лікарю? *Урядовий кур'єр*. 2019. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/yak-i-de-zhivetsya-silskomu-likaryu/p/> (дата звернення 22.01.2020)
14. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Здравоохранение и вопросы его финансирования. *Медицина неотложных состояний*. 2014. №3 (58). С.174-179 URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-i-voprosy-ego-finansirovaniya> (дата обращения: 23.01.2020).
15. Вороненко Н.Г., Шекера О.Г. Аналіз проблем кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в контексті реформування галузі охорони здоров'я в Україні / *Здоров'я суспільства*. 2013. Т. 2, № 2. С. 17-19
16. Вахітова Г., Обрізан М., Сологуб І., Шаповал Н. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? *VoxUkraine*. 2019. №1. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorovya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/> (дата звернення: 23.01.2020).

- 17.Грішнова О.А., Тітова Л.С. Організаційне і кадрове забезпечення охорони здоров'я населення України. *Ринок праці та зайнятість населення*. 2018. №3. С.74-82.
- 18.Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы). *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016. №3-1. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=8671> (дата звернення 22.01.2020).
- 19.Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні . *Молодий вчений*. 2017. № 11. С.1155-1158
- 20.Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: докл. к XVIII Апр. междунар.науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». Москва: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. 54с.
- 21.Кириченко А.В. Медична реформа та запровадження обов'язкового медичного страхування. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія. Економіка, аграрний менеджмент, бізнес*. 2018. Вип.284. С.92-97. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnau_econ_2018_284_11 (дата звернення 15.05.2019)
- 22.Національна служба здоров'я в Україні: офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення 30.05.2020)
- 23.НКП КМР «Конотопська районна лікарня імені академіка Михайла Давидова»: офіційний сайт. URL: <https://crl-konotop.in.ua/tag/crl-oficijnij-sajt-konotop> (дата звернення 01.05.2020)
- 24.НКП «Шостинська районна лікарня» Шостинської міської ради: офіційний сайт. URL: <https://crl.com.ua/index.php>(дата звернення 01.05.2020)
- 25.Разработка новой европейской политики здравоохранения: Здоровье-2020. *ЕРБ ВОЗ*. 2011
- 26.Статистичний збірник «Бюджет України 2018»: Міністерство фінансів України. URL:

[https://mof.gov.ua/storage/files/Budget%20of%20Ukraine%202018%20\(for%20website\).pdf](https://mof.gov.ua/storage/files/Budget%20of%20Ukraine%202018%20(for%20website).pdf) (дата звернення 22.01.2020)

27. Степурко Т. Г. Індекс здоров'я. Україна–2017: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ. 2018. 156 с.
28. Тітова Л.С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я: Україні загрожує криза. Стратегічні напрями інноваційного розвитку економіки країни: перспективи та ефективність: збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції для студентів, аспірантів та молодих учених (м.Київ, 22 грудня 2018 р.). Київ: Аналітичний центр «Нова Економіка», 2018. С.79-82
29. Шульц С. Л., Карп'як М. О. Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. *Регіональна економіка*. 2017. № 3. С.108-115. URL: http://re.gov.ua/doi/re2017.03.108_u.php (дата звернення 30.05.2020)
30. Щербина О. В., Радченко А. В. Економічна оцінка реформування медичних закладів Сумщини. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: «Економічні науки»*. 2020. №5. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2020-5-5981> (дата звернення 30.05.2020)
31. Які лікарні будуть опорними на Сумщині / СТС. 2019 URL: <http://sts.sumy.ua/society/yaki-likarni-budut-opornymu-nasumshhyni.htm> (дата звернення: 23.01.2020).

ДОДАТОК 1

**Зміст та очікування від вітчизняної медичної реформи у вітчизняних
наукових працях**

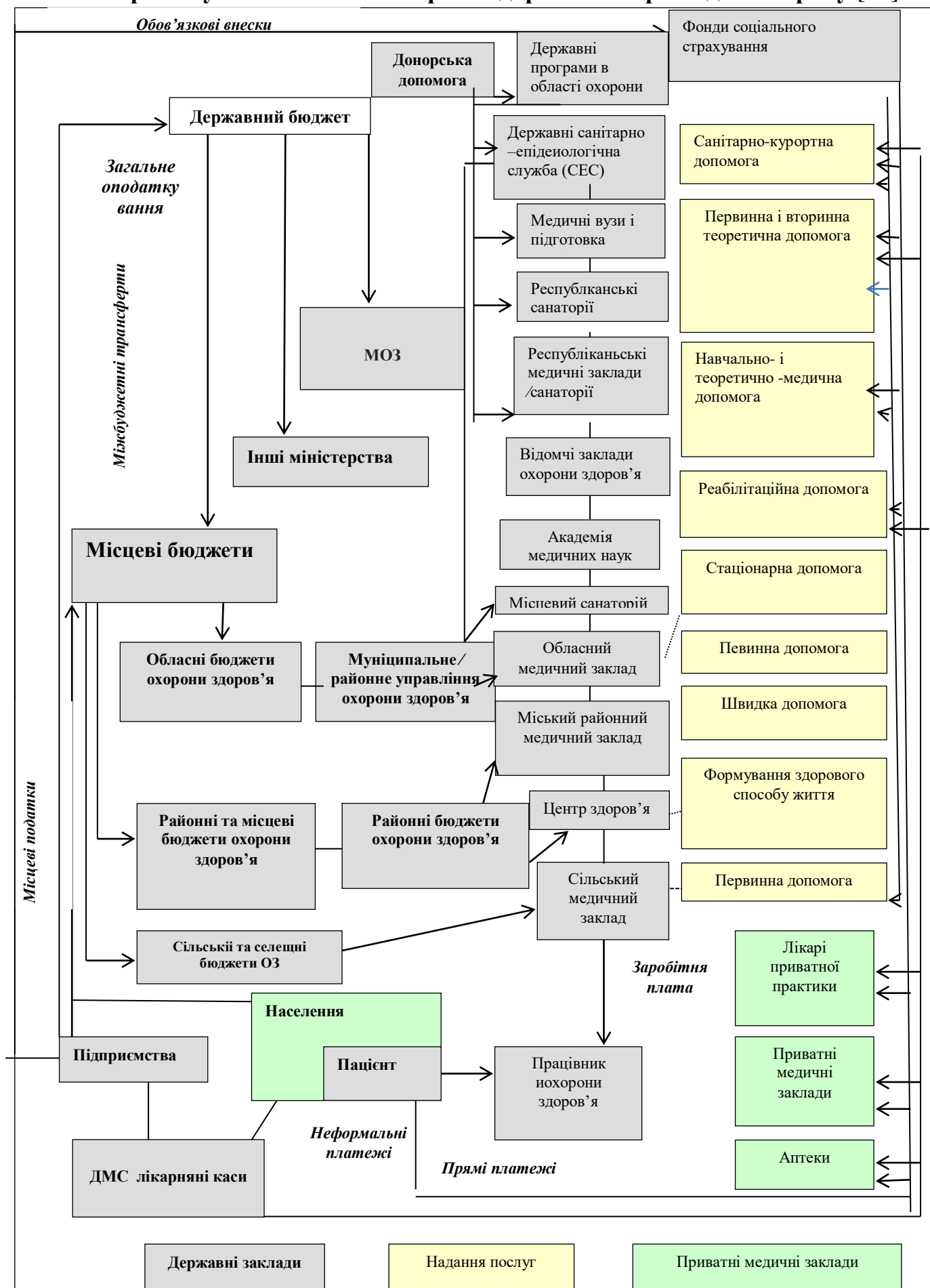
Автор та джерело	Зміст та потенційні очікування від медичної реформи
Баранник Л. Б. [8, с. 68]	Система медичного забезпечення, яка дозволить покращити якість стандартів медичної допомоги, поліпшити стан самої системи охорони здоров'я і медичних працівників.
Бора, Н. Ю. [11, с.236]	Вирішення проблеми мінімізації випадків смерті в результаті певних захворювань серцево-судинної системи, ранньої діагностики онкологічних захворювань, створення умов для ефективного медичного втручання та надання якісної медичної послуги.
Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. [9, с.127]	Державне фінансування наданої пацієнту медичної послуги, а не фінансувати кількість ліжок у лікарнях. Це дозволить розумно витратити медичний бюджет – спрямовувати кошти тому, кому дійсно необхідна допомога. В цьому полягає принцип – гроші йдуть за пацієнтом .
Західна О.Р., Мидлик Ю.І [19, с.1155]	Максимально чіткий розподіл повноважень у загальній системі охорони здоров'я. Тобто, держава буде виступати страховиком медичних послуг, лікар – здійснюватиме надання даних послуг, окрім того він матиме свободу у виборі організаційно-правової форми своєї діяльності і місця роботи, громадяни – зможуть вільно господарювати, обираючи собі, як лікаря, так і методи можливого лікування, а місцева влада – нести відповідальність аби лікар і пацієнт мали гідні умови для роботи, лікування та якісного медичного обслуговування.
Кириченко А.В. [21]	Можливість для створення такої моделі фінансування медичних витрат, яка захищатиме громадян України у разі хвороби, подолає корупцією при розподілі фінансових ресурсів та під час надання медичних послуг.
Шульц С. Л., Карп'як М. О. [30, с.108]	Є важливою складовою децентралізації влади, оскільки стара модель організації системи охорони здоров'я нашої держави є вкрай неефективною, а тому потребує реорганізації, у тому числі ухвалення відповідних рішень громадами на місцях.
Степурко Т. Г. [28, с. 97]	Реформа, розроблена командою МОЗ України спільно з міжнародними експертами, – це реформа фінансування системи охорони здоров'я, щоби кожен українець мав рівний доступ до медичних послуг та ліків, гарантованих та покритих державою

ДОДАТОК 2

Національні моделі охорони здоров'я окремих країн світу [18]

Тип моделі	Соціально страхова	Соціально страхова	Соціально страхова
Країна	Німеччина	Японія	Канада
Принцип, що покладений в основу моделі	Здоров'я – фактор, що визначає кращий рівень «людського капіталу». Медична послуга - затрати, необхідні для підтримання здоров'я.	Медична послуга - квазігромадське благо. Програми обов'язкове медичне страхування відшкодовує витрати на медичну допомогу.	Медична послуга - суспільне благо. Систему охорони здоров'я має контролювати держава.
Частка витрат на охорону здоров'я в ВВП	8,1%	6,6%	8,7%
Джерело фінансування	Обов'язкове медичне страхування – 60% Добровільне медичне страхування – 10% Держ.бюджет – 15% Особисті кошти – 15%.	Обов'язкове медичне страхування – 60% Держ. бюджет – 10% Громадські фонди – 10% Особисті кошти – 20%	Федеральні фонди та фонди провінційних бюджетів – 90% Фонди приватних страхових компаній та добровільні пожертви – 10%.
Контроль за ефективністю витрачання коштів.	Контроль здійснюють приватні та державні страховальники	Контроль здійснюється страховими фірмами – приватними страховальниками	Контроль здійснюється державою
Доступність медичного обслуговування	90% населення охоплено програмами ОМС; 10% – програмами ДМС; при цьому 3% застрахованих в ДМС.	40% населення охоплено національною системою страхування; 60% – професійно-виробничою системою страхування	98-99% населення охоплено програмами ОМС.
Асортимент доступних медичних послуг	Широкий спектр послуг за рахунок програм ОМС та ДМС.	Широкий спектр послуг за рахунок поєднання програм ОМС та ДМС.	Програми ОМС забезпечують необхідний набір медичних послуг; впровадження нових методик обмежена.
Використання нових технологій	Попит на різноманітні медичні послуги стимулює впровадження нових технологій.	Попит на різноманітні медичні послуги стимулює впровадження нових технологій.	Є бар'єри на шляху впровадження нових технологій.
Регулювання цін на медичні послуги	Ціни, виражені в «окулярах», ціна «очка» переглядається при зміні економічної ситуації.	Затверджуються Міністерством охорони здоров'я соціального забезпечення.	Регулюються урядом, щорічно переглядаються, але змінюються повільно.
Регулювання цін на медичні послуги	Ціни, виражені в «окулярах», ціна «очка» переглядається при зміні економічної ситуації.	Затверджуються Міністерством охорони здоров'я соціального забезпечення.	Регулюються урядом, щорічно переглядаються, але змінюються повільно.

Схема фінансування системи охорони здоров'я в Україні до 2017 року [14]



**Нормативна оплата сімейному лікарю та педіатру
(на рахунок медичного закладу)
за наявності підписаних декларацій з пацієнтами**

Вікова група пацієнтів	Оплата за 1 пацієнта на рік, грн.
0-5 років	1480
6-17 років	814
18-39	370
40-64 роки	444
65 та більше років	740

**Розрахунок річної суми фінансових надходжень
на прикладі окремих сімейних лікарів**

КНП Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»							
П.І.П лікаря та його спеціальність	Показник	Вік пацієнтів, з якими підписані декларації					Разом
		0 – 5 років	06 – 17 років	18 – 39 років	40 – 64 років	65 + років	
Баранова Ю. Ю. сімейний лікар	кількість підписаних декларацій*	20	103	424	840	540	1 927
	річна сума фінансових надходжень**	29 600	83 842	156 880	372 960	399 600	1 042 882
Беспала О. В. сімейний лікар	кількість підписаних декларацій*	219	482	505	425	116	1 747
	річна сума фінансових надходжень**	324 120	392 348	186 850	188 700	85 840	1 177 858
Кадушкіна Т. В. сімейний лікар	кількість підписаних декларацій*	124	289	445	455	246	1 559
	річна сума фінансових надходжень**	183 520	235 246	164 650	202 020	182 040	967 476
Фізична особа-підприємець (ФОП) м. Лебедин Сумської області							
Деркач Т. В.	кількість підписаних декларацій**	102	207	448	639	344	1 740
	річна сума фінансових надходжень**	150 960	168 498	165 760	283 716	254 560	1 023 494

* Інформація не є конфіденційною, оскільки оприлюднена на сайті НСЗУ [22].

** Даний показник є розрахунковим і усередненим, оскільки не враховує рух пацієнтів протягом року.