

<https://doi.org/10.15407/sofs2020.02.016>

УДК 330.341.1:[613/614:314]

О.П. КОРНІЙЧУК, кандидат економічних наук, старший науковий співробітник, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, бульвар Тараса Шевченка, 60, 01032, Київ, Україна, <https://orcid.org/0000-0001-7357-0598>
e-mail: idss-ukraine@ukr.net

ІННОВАЦІЙНІ АСПЕКТИ СТРУКТУРУВАННЯ ЕКОНОМІКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Висвітлено інноваційні аспекти структуризації економіки здоров'я населення. Розкрито вплив інноваційних аспектів структуризації економіки здоров'я населення на економіку збереження здоров'я, економіку відновлення здоров'я і економіку лікування хвороб. Розкрито її сутність як економічних стосунків між населенням, зовнішнім середовищем і медперсоналом щодо своєчасного виявлення змін у стані здоров'я і надання профілактичної, первинної, вторинної та іншої спеціалізованої медичної допомоги з метою його збереження, відновлення, підтримки і, в разі потреби, лікування хвороб. Актуальність дослідження пов'язана з необхідністю впровадження Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України та місцевими органами влади інноваційних підходів до структуризації економіки здоров'я населення на рівні громад (економіка збереження здоров'я, економіка відновлення здоров'я), районів — у межах госпітальних округів (економіка відновлення здоров'я та економіка лікування хвороб) і університетських клінік (економіка відновлення здоров'я та економіка лікування хвороб). Обґрунтовано інноваційні аспекти структуризації економіки здоров'я як економіки збереження здоров'я, економіки відновлення здоров'я та економіки лікування хвороб на основі пріоритетного розвитку профілактичної та первинної медичної допомоги на принципах сімейної медицини. Це вимагатиме кардинального перегляду фінансування системи охорони здоров'я на користь економіки збереження здоров'я (його збільшення у понад 7 разів на основі пріоритетного розвитку профілактичної та первинної медичної допомоги) і підвищення фінансування економіки відновлення здоров'я на 14 %. На цій основі можливе істотне зменшення необґрунтованих витрат на економіку лікування хвороб. Обґрунтовано частку зростання витрат на економіку відновлення здоров'я в структурі як економіки збереження здоров'я, так і економіки лікування хвороб. Актуальним є розрахунок структури економіки збереження здоров'я на рівні громад, економіки відновлення здоров'я і економіки лікування хвороб — на рівні знову

Цитування: Корнійчук О.П. Інноваційні аспекти структуривання економіки здоров'я населення. *Наука та наукознавство*. 2020. № 2 (108). С. 16—27. <https://doi.org/10.15407/sofs2020.02.016>

створених районів (госпітальних округів), економіки лікування хвороб і економіки відновлення здоров'я — на обласному рівні (університетських клінік).

Ключові слова: *економіка здоров'я населення, економіка збереження здоров'я, економіка відновлення здоров'я, економіка лікування хвороб, первинна медична допомога, профілактична медична допомога, витрати домогосподарств.*

Вступ. В сучасних розвинених суспільствах існує феномен системного забезпечення безпеки соціально-економічного середовища проживання громадян. Однією із базових ланок виступає доступність та якість медичної допомоги. Соціально-економічна та управлінська модель сфери охорони здоров'я в Україні до 2014 року перебувала у відриві від реальних потреб конкретної людини. Це стосувалось відсутності рівних стартових можливостей для отримання послуг сфери охорони здоров'я. Близько третини громадян через фінансову неспроможність не звертались за отриманням медичної допомоги.

Пострадянська модель системи охорони здоров'я «Семашко», яка існує в Україні, орієнтована на фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Її наслідком є формування економіки лікування хворих, оснований на наданні спеціалізованої медичної допомоги (на яку припадає до 90 % від загального обсягу фінансування). Водночас економіка збереження та відновлення здоров'я населення фінансується за залишковим принципом. Це призвело до занепаду профілактичної медичної допомоги та первинної медичної допомоги (ПМД). Утім в європейських країнах має місце протилежна тенденція: на ПМД на засадах сімейної медицини там виділяється не менше 35 % загального обсягу фінансування охорони здоров'я, що в 3,5 раза перевищує відповідний показник в Україні, а частка сімейних лікарів складає майже 50 % від їх загальної чисельності, тобто у десятки разів більше, ніж в Україні.

З 2014 року в системі охорони здоров'я України відбуваються трансформаційні зміни. Насамперед це стосується первинної та екстреної медичної допомоги, реформа якої проводиться паралельно зі змінами адміністративно-територіального устрою та органів місцевого самоврядування. Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 333-р від 1 квітня 2014 року та Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» передбачено передачу відповідальності за організацію системи охорони здоров'я на базовому рівні — громади сіл, селищ та міст ПМД, новостворених районів, розгортання госпітальних округів — вторинна медична допомога і на обласному рівні третинна медична допомога. Це обумовлює актуальність розроблення інноваційних підходів до вирішення проблеми структурування економіки здоров'я населення.

Аналіз досліджень і публікацій. Питанням розроблення окремих теоретико-методологічних аспектів розвитку структури охорони здоров'я приділяли увагу такі вітчизняні дослідники як Г. Слабкий [1], В. Лехан [2], також іноземні — Р. Хоббс [4] та ін. Але залишаються недопрацьованими питання, пов'язані з розробленням методологічних підходів до структурування системи охорони здоров'я як інструменту реалізації стратегії її реформування.

Метою статті є розкриття інноваційних аспектів структурування економіки здоров'я населення на економіку збереження здоров'я, економіку відновлення здоров'я та економіку лікування хвороб.

Результати дослідження. Для оцінки ефективності розвитку сфери охорони здоров'я проведено її економічне структурування на основі пріоритетності профілактичної та первинної медичної допомоги. Згідно з ним процес надання медичної допомоги та медичних послуг розглядається як функціонування галузі економіки. Вона умовно поділена на три складові — економіку збереження здоров'я і попередження хвороб, економіку відновлення та підтримання здоров'я та економіку лікування хвороб. Об'єктами оцінки є різні види надання медичної допомоги: профілактична, первинна, невідкладна, вторинна, екстрена, третинна, реабілітаційна, паліативна та хоспісна. При цьому сфера охорони здоров'я нами розглядається як система і до неї застосовуються окремі положення теорії організації. Виходячи з її положень [3] окремі частини системи охорони здоров'я, якщо вони виконують функцію організуючого центру, здатні здійснювати управлінську дію на неї. В цьому контексті при розгляді ПМД такими частинами можуть стати, крім Національної служби здоров'я України (НСЗУ), центр ПМД та сімейний лікар-ФОП. Що стосується двох останніх інституцій, то необхідною умовою їх організуючого впливу має стати направлення пацієнтів і спрямування коштів на вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги через сімейного лікаря. Це потребує створення мережевої структури рівноправних взаємодіючих центрів — ПМД та сімейного лікаря-ФОП.

Структурування соціально-економічних складових розвитку системи охорони здоров'я в Україні має ґрунтуватись на ментальних цінностях українського народу — індивідуалізмі та самодостатності. Це має передбачати надання лікарю статусу самодостатнього фахівця, а пацієнту — інформаційного доступу до руху фінансових коштів медичних закладів.

На європейському континенті Україна займає таку ж саму територію, як і Франція. Однаковою є частка фінансування системи охорони здоров'я у ВВП цих двох країн. Україна не поступається Франції за кількістю лікарів та медичних закладів. Але якщо загальноочікувана тривалість життя при народженні у Франції складає 80,98 р. (для чоловіків — 77,79, для жінок — 84,33), то в Україні — 68,25 р. (для чоловіків — 62,37, для жінок — 74,5). Франція за цими показниками посідає 7 місце серед країн-членів ООН, Україна — лише 122. Однією з причин таких результатів Франції є пріоритетність кадрового і фінансового забезпечення розвитку профілактичної та первинної медичної допомоги.

Для структурування сфери охорони здоров'я нами застосовано понятійний апарат, який розкриває її сутність як економіки збереження здоров'я та попередження хвороб, а також економіки підтримання здоров'я та лікування хвороб.

Економіка здоров'я населення — це економічні відносини між населенням, зовнішнім середовищем і медперсоналом системи охорони здоров'я щодо своєчасного виявлення змін у стані здоров'я населення і надання, відповідно, профілактичної, первинної, вторинної та іншої спеціалізованої медичної допомоги з метою його збереження, відновлення, підтримання та лікування хвороб. Вона досліджує умови, що визначають ефективність взаємодії пацієнтів, замовників і надавачів медичної допомоги та послуг, а також форми економічної співпраці між ними та шляхи розвитку сфери охорони здоров'я в напрямі забезпечення її ефективності.

Отже, економіка здоров'я населення (E_{zn}) є функцією від економіки збереження здоров'я і попередження хвороб (E_{zz}), економіки відновлення і підтримання здоров'я (E_{vz}) та економіки лікування хвороб E_{ln} .

$$E_{zn} = f(E_{zz}, E_{vz}, E_{ln}).$$

Економіка збереження здоров'я і попередження хвороб — це економічні відносини між населенням, зовнішнім середовищем і медперсоналом системи охорони здоров'я щодо своєчасного виявлення відхилень у здоров'ї населення для коригування і застосування ефективних медичних заходів для його збереження. Ці відносини, які регулюються Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України та органами місцевої влади, мають сприяти створенню безпечних умов для проживання та роботи населення, забезпеченню належного рівня надання профілактичних медичних послуг.

З позиції системи охорони здоров'я економіка збереження здоров'я і попередження хвороб формується із економічної складової профілактичної, первинної та невідкладної медичної допомоги, а також сприяння здоровому способу життя, розвитку соціальної та екологічної сфер:

$$E_{zz} = f(E_{zs}, E_{ss}, E_{es}, E_{pr}, E_p, E_n),$$

де E_{zz} — економіка збереження здоров'я; E_{zs} — економіка сприяння здоровому способу життя; E_{ss} — економіка сприяння соціальній сфері; E_{es} — економіка сприяння екологічній сфері; E_{pr} — економіка профілактичної медичної допомоги; E_p — економіка первинної медичної допомоги; E_n — економіка невідкладної медичної допомоги.

Впровадження економіки збереження здоров'я та попередження хвороб створює умови для збереження здоров'я пацієнта і передбачає своєчасне виявлення відхилень у його стані шляхом своєчасного огляду та організацію лікування через ланку сімейного лікаря. При цьому пацієнт відповідає за своєчасне звернення до сімейного лікаря для отримання необхідної медич-

ної допомоги, а останній — за її своєчасне і професійне її надання згідно з принципом фінансування на цю особу.

Пріоритетне впровадження *економіки збереження здоров'я і попередження хвороб* має ґрунтуватись на наданні профілактичної медичної допомоги відповідно до потреб збереження здоров'я. Така економіка має бути основана на розрахунку гарантованих бюджетних витрат на одну особу. Це створює передумови для зменшення витрат домогосподарств і бюджету завдяки своєчасному лікуванню і запускає механізм знижувальної доходності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Ця складова має стати базисом всієї системи охорони здоров'я. Структурно до неї мають входити два види медичної допомоги — профілактична медична допомога і первинна медична допомога.

Економіка відновлення та підтримання здоров'я — це економічні відносини між пацієнтом, зовнішнім середовищем, медперсоналом щодо своєчасного надання невідкладної, первинної та спеціалізованої медичної допомоги з метою відновлення та збереження здоров'я.

$$E_{vz} = f(E_i, E_s, E_e, E_n, E_p, E_v),$$

де E_{vz} — економіка відновлення та підтримання здоров'я; E_i — економіка інформаційного забезпечення здорового способу життя; E_s — економіка сприяння соціальній сфері; E_e — економіка сприяння екологічній сфері; E_n — економіка надання невідкладної медичної допомоги; E_p — економіка надання первинної медичної допомоги; E_v — економіка надання вторинної медичної допомоги.

Економіка відновлення та підтримання здоров'я має ґрунтуватись на належному інформаційному забезпеченні населення про сутність здорового способу життя, а також на діях населення і місцевої та центральної влади з метою приведення стану соціально-екологічного благополуччя до належного рівня.

Економіка лікування хвороб — це економічні відносини між пацієнтами, зовнішнім середовищем і системою охорони здоров'я щодо надання якісної і доступної медичної допомоги людині в стані хвороби для забезпечення гідного самопочуття.

$$E_{lh} = f(E_v, E_t, E_e, E_r, E_{ph})$$

де, E_{lh} — економіка лікування хвороб; E_v — економіка надання вторинної медичної допомоги; E_t — економіка надання третинної медичної допомоги; E_e — економіка надання екстреної медичної допомоги; E_r — економіка надання реабілітаційної медичної допомоги; E_{ph} — економіка надання паліативної та хоспісної медичної допомоги.

Економіка лікування хвороб передбачає надання дієвої медичної допомоги для підтримання необхідного рівня життєздатності. Вона має фінансуватись за принципом фактичного обсягу надання медичної допомоги згідно з тарифами, які визначаються на конкурентній основі в ході тендерів між

провайдерами медичної допомоги. Зазначені тендери проводяться НСЗУ та іншими фінансовими установами (страховими компаніями) і не передбачають перевищення бюджетних показників.

Економіка лікування хвороб є надбудовою над економікою збереження здоров'я і попередження хвороб та економікою відновлення і підтримання здоров'я.

До 2014 року економіка збереження здоров'я та економіка відновлення і підтримання здоров'я зберігали статус вторинних за обсягом витрат порівняно з економікою лікування хвороб:

Фінансування економіки збереження здоров'я, за даними Держстату України, нині складає близько 10 % від загального обсягу фінансування охорони здоров'я замість 35 %. За експертними оцінками, частка економіки відновлення та підтримання здоров'я нині складає 15 % у структурі витрат на економіку збереження здоров'я при потребі 50 %.

Витрати на економіку лікування хвороб нині складають до 70 % від загальних витрат на охорону здоров'я при оптимальній потребі не більше 65 %. Частка витрат на економіку відновлення та підтримання здоров'я у структурі витрат на лікування хвороб нині складає до 5–10 % при потребі 30 %.

Економіка збереження здоров'я та попередження хвороб має базуватись на обґрунтованій економіці здорового життя населення і соціально та екологічно сприятливому середовищі, створеному місцевою й центральною владою.

Ключовою складовою економіки здоров'я населення є впровадження економіки збереження і попередження хвороб, економіки відновлення та підтримання здоров'я через використання сучасних управлінських і медичних технологій. Це ж саме стосується і економіки лікування хвороб, яка має впроваджуватися через створення своєчасних госпітальних округів та університетських клінік з великим обсягом надання медичних послуг і, як наслідок, їх здешевлення для населення.

Потреби економіки збереження здоров'я населення полягають у зростанні фінансування економіки збереження здоров'я та попередження хвороб у 7 разів порівняно з існуючим, а економіки відновлення і підтримання здоров'я — на 14 %. В перспективі це може призвести до помітного скорочення витрат в економіці лікування хвороб (таблиця).

Як зазначено в таблиці, першою складовою економіки здоров'я населення є профілактична, первинна та невідкладна медична допомога. Профілактична допомога пов'язана із комплексним оглядом пацієнтів за їх ініціативою та за умов співпраці з роботодавцями з метою первинної діагностики стану здоров'я пацієнтів, своєчасного виявлення спадкових схильностей та відхилень від здорового способу життя.

Первинна медична допомога на засадах сімейної медицини забезпечує організацію необхідного лікування на основі діагностичного обстеження і,

за потреби, вибору оптимального напрямку подальшого лікування пацієнта в інших закладах. Вона є пріоритетом.

Невідкладна медична допомога зазвичай надається сімейним лікарем або відділенням невідкладної допомоги центру ПМД.

Первинна медична допомога є базовою і з'єднувальною ланкою першої та другої складової. До другої складової входять первинна, невідкладна та вторинна медична допомога.

Надання доступної та якісної спеціалізованої допомоги має здійснюватися на основі направлень сімейного лікаря згідно з тарифами, які визначені на конкурентній і тендерній основі та забезпечують якість і доступність послуг.

До третьої складової входить надання вторинної допомоги як з'єднувальної ланки між другою та третьою складовою, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної і хоспісної медичної допомоги.

Надання вузькоспеціалізованої медичної допомоги зазвичай здійснюється за направленням спеціалістів вторинної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога спрямована на підтримання життя людини завдяки своєчасному наданню медичної допомоги та, за потреби, на подальше лікування.

Реабілітаційна медична допомога спрямована на забезпечення відновлювальних функцій пацієнта, відтворення його людського капіталу.

**Структура економіки здоров'я населення — медичний контекст
(% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я)**

Складові	Види медичної допомоги	Стан справ	Перспективні потреби
I. ЕЗЗ	Профілактична	1	5
	ПМД з пріоритетом розвитку сімейної медицини	1	15
	Невідкладна	1	2,5
	Загалом	3	22,5
II. ЕВЗ	Невідкладна медична допомога	1	2,5
	ПМД з пріоритетом розвитку сімейної медицини	7	20
	Вторинна	25	15
	Загалом	33	37,5
III. ЕЛХ	Вторинна	33	15
	Третинна	20	10
	Екстрена	4	5
	Реабілітаційна	4	5
	Паліативна та хоспісна	3	5
	Загалом	64	40

Примітка: ЕЗЗ — економіка збереження здоров'я; ЕВЗ — економіка відновлення здоров'я; ЕЛХ — економіка лікування хвороб.

Джерело: розроблено автором.

Паліативна та хоспісна медична допомога спрямована на підтримання гідного життя людини в умовах невиліковної хвороби.

Надання ПМД має враховувати потреби у відносному підтриманні здоров'я і на цій основі – заощадження витрат домогосподарств і національної економіки через зменшення витрат робочого часу при перебуванні на лікарняному. Разом із цим витрати НСЗУ мають зрости внаслідок своєчасного і якісного надання медичної допомоги значно збільшеному контингенту пацієнтів на основі охоплення всього населення. Це ґрунтуватиметься на витратах на одну особу, враховуючи відповідні коефіцієнти для дітей та пенсіонерів.

Економіка відновлення та підтримання здоров'я населення вирогідно знаходитиметься в зоні знижувальної доходності в медичній системі. Це пов'язано із задоволенням близько 90 % потреб пацієнтів через інститут сімейних лікарів.

Екстрена та реабілітаційна медична допомога також розвиватимуться відповідно за законів знижувальної доходності у зв'язку із розгортанням сучасної ПМД.

Паліативна і хоспісна допомога мають враховувати потребу в збільшенні витрат домогосподарств і бюджету в зв'язку зі старінням населення та розширенням географії невиліковних хвороб.

Застосування економіки збереження здоров'я і попередження хвороб та економіки відновлення та підтримання здоров'я передбачає збереження доходності домогосподарств внаслідок своєчасного отримання профілактичної медичної допомоги. Так, кожні наступні витрати на своєчасне діагностування і лікування зберігають здоров'я і дозволяють забезпечити зменшення витрат домогосподарств та збільшувати створення громадянином частки ВВП. Профілактична медична допомога має фінансуватись із державного бюджету як пріоритетний напрям надання медичної допомоги. Вона має суттєво заощадити витрати та збільшити доходність домогосподарств завдяки своєчасному виявленню відхилень у здоров'ї. Вірогідно зменшуватимуться витрати бюджету через зростання масштабу охоплення населення профілактичною та первинною медичною допомогою. Йдеться про створення нового розширеного ринку медичних послуг, який пов'язаний з використанням сучасної медичної апаратури, центрів діагностики. Зазначену високоякісну і дорогу апаратуру неможливо повноцінно використати у невеликих медичних закладах через фінансові та організаційні причини.

Збереження або збільшення доходності домогосподарств при наданні ПМД на засадах сімейної медицини означає, що кожні наступні витрати на своєчасне лікування зберігають здоров'я і дозволяють його підтримати на основі довгострокових відносин між пацієнтом і сімейним лікарем. На початковому етапі передбачаються витрати з бюджету НСЗУ – до 35 % від загальних витрат на охорону здоров'я. В перспективі вірогідне їх зниження завдяки ефективним упереджувальним медичним заходам. ПМД на засадах

сімейної медицини є базою для надання медичної допомоги. Завдяки цьому багатократно зростає масштаб ринку надання цих послуг. Це має призвести до суттєвого зростання продуктивності праці лікарів первинної ланки та лікарів-спеціалістів діагностичних центрів.

Знижувальна доходність для вторинної медичної допомоги вірогідно корелюватиме зі звуженням масштабу і обсягу надання медичних послуг через 4–5 років у зв'язку з повноцінним розгортанням сімейної медицини. З іншого боку, це призведе до зменшення масштабу витрат домогосподарств, місцевого та державного бюджетів. Це ж стосується і третинної, тобто реабілітаційної, паліативної та хоспісної допомоги.

На початковому етапі повноцінне розгортання профілактичної та базової первинної медичної допомоги сприятиме якісному підтриманню здоров'я громадян, збереженню доходності домогосподарств завдяки зменшенню витрат на спеціалізовану допомогу. В перспективі у зв'язку зі старінням населення та розширенням географії хвороб слід очікувати зростання витрат домогосподарств і бюджетів для задоволення потреб громадян, яким необхідна спеціалізована, високоспеціалізована, реабілітаційна, паліативна та хоспісна допомога.

Завдяки економії на масштабі профілактична та первинна медична допомога ймовірно почнуть розвиватись на основі закону зростаючої доходності домогосподарств та медперсоналу. Щоб не допустити збереження монополії поліклінік, необхідне державне регулювання у створенні сімейної медицини, ФОПів із числа лікарів і приватних діагностичних центрів. Це призведе до впровадження нових стандартів надання медичної допомоги, зниження тиску цінового фактора.

Враховуючи зростання душевого ВВП і старіння населення, потреба у всіх видах медичних послуг ймовірно збільшуватиметься. Особливо це стосується реабілітаційної та паліативної медичної допомоги.

Висновки. У дослідженні вперше обґрунтовано інноваційні аспекти структурування економіки здоров'я населення на економіку збереження здоров'я, економіку відновлення здоров'я та економіку лікування хвороб. Запропоновано структурування економіки здоров'я населення за видами медичної допомоги. На його основі узагальнено поточний стан справ і перспективні потреби галузі, показано необхідність кардинального перегляду її фінансування (збільшення у понад 7 разів на основі пріоритетного розвитку профілактичної та первинної медичної допомоги) та підвищення фінансування економіки відновлення здоров'я на 14 %. Це уможливить суттєве зменшення необґрунтованих витрат на економіку лікування хвороб. Надано попередню оцінку частки зростання витрат на економіку відновлення здоров'я у структурі як економіки збереження населення, так і економіки лікування хвороб. В подальшому актуальним є проведення розрахунків структури економіки збереження здоров'я на рівні громад, еко-

номіки відновлення здоров'я та економіки лікування хвороб на рівні новостворених районів (госпітальних округів) та економіки лікування хвороб і економіки відновлення здоров'я на обласному рівні (університетських клінік).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Слабкий Г.О. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2006 – I півріччя 2009 р. К., 2009. 32 с.
2. Лехан В.М., Іпагов А.В., Духовенко К.К. Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні. *Медичні перспективи*. 1996. № 1. С. 68–71.
3. Норд Д. Інституції, інституційна зміна та функціонування економіки. Пер. з англ. К.: Основи, 2000. 198 с.
4. Hobbs R.H. Emerging challenges for European general practice. *European Journal of General Practice*. 1995. No 1. P. 172–175.
5. Гальчинський А.С. Глобальні трансформації: концептуальні альтернативи: методологічні аспекти / Інститут стратегічних оцінок. К.: Либідь, 2006. 312 с.

Одержано 17.09.2019

REFERENCES

1. Slabkyu, G. (2009). *Situational analysis of the development of family medicine in Ukraine during 2006 – I half of 2009*. Kyiv [in Ukrainian].
2. Lekhan, V., Ipatov, A.V., Dukhvenko, K.K. (1996) Directions of the reform in primary medical and sanitary care in Ukraine. *Medical Perspectives*, 1, 68–71 [in Ukrainian].
3. Nord, D. (2000). *Institutions, institutional change and functioning of the economy*. Kyiv: Osnovy [in Ukrainian].
4. Hobbs, R. (1995). Emerging challenges for European general practice. *European Journal of General Practice*, 1, 172–175.
5. Halchynskiy, A.S. (2006). *Global Transformations: Conceptual Alternatives: Methodological Aspects*. Kyiv: Lybid [in Ukrainian].

Received 17.09.2019

О.П. Корнийчук, кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Институт демографии и социальных исследований им. М.В. Птухи НАН Украины, бульвар Тараса Шевченко, 60, 01032, Киев, Украина, <https://orcid.org/0000-0001-7357-0598>
e-mail: idss-ukraine@ukr.net

ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТРУКТУРИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Освещены инновационные аспекты структурирования экономики здоровья населения. Раскрыто влияние инновационных аспектов структурирования экономики здоровья населения на экономику сохранения здоровья, экономику восстановления здоровья и экономику лечения болезней. Раскрыта сущность экономики здоровья населения как экономических отношений между населением, внешней средой и медперсоналом по своевременному выявлению изменений в состоянии здоровья и предоставлении профилактической, первичной, вторичной и прочей специализированной медицинской

помощи с целью его сохранения, восстановления, поддержания и, при необходимости, лечения болезней. Актуальность исследования связана с необходимостью внедрения Кабинетом Министров Украины, Министерством здравоохранения Украины и местными органами власти инновационных подходов к структурированию экономики здоровья населения на уровне общин (экономика сохранения здоровья, экономика восстановления здоровья), районов – в рамках госпитальных округов (экономика восстановления здоровья и экономика лечения болезней) и университетских клиник (экономика восстановления здоровья и экономика лечения болезней). Обоснованы инновационные аспекты ее структурирования на экономику сохранения здоровья, экономику восстановления здоровья и экономику лечения болезней на основе приоритетного развития профилактической и первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины. Это потребует кардинального пересмотра финансирования системы здравоохранения в пользу экономики сохранения здоровья (его повышения более чем в 7 раз на основе приоритетного развития профилактической и первичной медицинской помощи) и увеличения финансирования экономики восстановления здоровья на 14 %. На этой основе возможно существенное уменьшение необоснованных расходов на экономику лечения болезней. Обоснована доля роста расходов на экономику восстановления здоровья в структуре как экономики сохранения здоровья, так и экономики лечения болезней. Актуальным является расчет структуры экономики сохранения здоровья на уровне общин, экономики восстановления здоровья и экономики лечения болезней – на уровне вновь созданных районов (госпитальных округов), экономики лечения болезней и экономики восстановления здоровья – на областном уровне (университетских клиник).

Ключевые слова: экономика здоровья населения, экономика сохранения здоровья, экономика восстановления здоровья, экономика лечения болезней, первичная медицинская помощь, профилактическая медицинская помощь, расходы домохозяйств.

O.P. Korniychuk, PhD (Economics), senior researcher,
Ptoukha Institute for Demography and Social Studies
of the National Academy of Sciences of Ukraine,
Taras Shechenko boulevard, 60, 01032, Kyiv, Ukraine,
<https://orcid.org/0000-0001-7357-0598>
e-mail: idss-ukraine@ukr.net

STRUCTURING THE ECONOMY OF PUBLIC HEALTH: INNOVATIVE ASPECTS

The innovative aspects of structuring the economy of public health are highlighted. The article reveals innovative aspects of structuring the economy of public health by health preservation economy, health rehabilitation economy, and medical treatment economy. Its essence is revealed as economic relations between the population, the external environment and medical personnel for the timely detection of change in the health status and provision of prophylactic, primary, secondary and other specialized medical care, in order to preserve, rehabilitate or maintain the health, and treat diseases if necessary. This research is highly important due to the need for implementation of innovative approaches to structuring the economy of public health at community level (health preservation economy, health rehabilitation economy), district level – within hospital districts (health rehabilitation economy and medical treatment economy) and university clinics (health rehabilitation economy and medical treatment economy). Innovative aspects of its structuring as health preservation economy, health rehabilita-

tion economy and medical treatment economy by the priority development of preventive and primary medical care on the principles of family medicine are justified. This will require a radical review of the financing of the health care system in favor of health preservation economy (more than 7 times growth given the priority of preventive and primary medical care), with the financing of health rehabilitation economy increased by 14 %. This is supposed to essentially reduce the unreasonable spending on medical treatment economy. The share of growth in spending on health rehabilitation economy in the structure of health preservation economy and medical treatment economy is justified. An important step involves the structuring of health preservation economy at community level, health rehabilitation economy and medical treatment economy at the level of newly created districts (hospital districts), and medical treatment economy and health rehabilitation economy at regional level (university clinics).

Keywords: *economy of public health, health preservation economy, health rehabilitation economy, medical treatment economy, primary health care, preventive health care, household expenditure.*