

Електронне наукове фахове видання "Державне управління: удосконалення та розвиток" включено до переліку наукових фахових видань України з питань державного управління (Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.11.2014 № 1279)

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ
удосконалення та розвиток



№ 2, 2013

[Назад](#)[Головна](#)

УДК 351.77

В. Д. Долот,

к. держ. упр, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ВИБІР НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ РОЗВИТКУ

У статті проаналізовано деякі з найбільш відомих класифікацій систем охорони здоров'я. Зазначено ідеальні цілі політики в галузі охорони здоров'я, досягти яких прагнуть економічно розвинені країни світу. Окреслено коло найбільш значущих тенденцій, якими будуть визначатися напрями модернізації національних систем охорони здоров'я в наш час. Визначено основні перспективи національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

This article examines some of the most well-known classification of the healthcare systems. The core objectives of the healthcare policy, which seek to achieve the economically developed countries, were specified. The circle of the most significant trends that will be determined by trends of modernization of national healthcare systems today were mentioned. The main prospects of the national model of healthcare system in Ukraine were established.

Ключові слова: система охорони здоров'я, модель охорони здоров'я, модель Бісмарка, модель Бевериджа, модель Семашка.

Keywords: healthcare system, healthcare model, Bismarck model, Beveridge model, Semashko model.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Як відомо, рівень медичного обслуговування є показником добробуту країни в цілому. Тому для будь-якої держави стабільність системи охорони здоров'я є одним з головних завдань.

Державна політика з охорони здоров'я полягає у формуванні вищими органами державної влади пріоритетів, доктрин, концепцій і програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, забезпечення діяльності і розвиток системи охорони здоров'я. Відповідно до ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я це є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні й забезпечує її реалізацію [4, с. 19].

Очевидно, що зміни та реформи в охороні здоров'я на різних етапах суспільного розвитку мають здійснюватися органами управління державою усіх рівнів. Вони повинні містити поетапний комплексний характер і передбачати суспільно очікувані результати. Незважаючи на те, що фінансування сфери охорони здоров'я за останнє десятиріччя зросло більше ніж у десять разів (у 2000 р. – 4,8 млрд. грн., у 2012 р. – 46,3 млрд. грн.), об'єктивного покращення функціонування галузі все ще не відбувається. Виходячи з цього метою реформ має бути побудова такої моделі охорони здоров'я, яка забезпечувала б рівний та справедливий доступ всіх громадян до медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг при збереженні обсягу державних соціальних гарантій [5, с. 69].

Система охорони здоров'я із самого початку була однією зі сфер діяльності, регульованих державою. Пов'язано це з тим, що послуги і програми, що реалізуються в системі охорони здоров'я, безпосередньо впливають на здоров'я і життя людини. Державне регулювання діяльності установ охорони здоров'я, включаючи питання управління і ціноутворення, спроби (що робилися в тому числі і в економічно розвинених країнах) повністю фінансувати охорону здоров'я за допомогою державного бюджету зумовили більш повільне і неповне впровадження сучасних методів і способів управління цією системою. Цим питанням присвячено багато наукових досліджень, що дозволяє скласти досить глибоке уявлення про основні характеристики та особливості функціонування моделей охорони здоров'я різних країн.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені вивченню особливостей розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу.

Так, особливості організаційної структури, правові основи функціонування системи охорони здоров'я в Україні, особливості управління організаційними змінами в галузі розглянуті у працях З.Гладуна, Л.Жаліло, Я.Радиша, І.Рожкової, С.Стеценка, І.Солоненка.

Особливості проектного та програмно-цільового напрямів в управлінні охороною здоров'я досліджували М.Білінська, Д.Карамішев, В.Москаленко.

Основні типи систем охорони здоров'я вивчали зарубіжні дослідники У.Беверидж, Ю.Лісіцин, М.Губіна, Я.Погорелов, В.Філатов, М.Філд, М.Фотакі, С.Шишкін, О.Щепін та інші.

Однак, незважаючи на значну увагу вчених до проблем державного управління охороною здоров'я, питання визначення національної моделі розвитку системи охорони здоров'я досі залишаються актуальними.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Основною метою даної публікації є аналіз найбільш відомих класифікацій систем охорони здоров'я та розроблення на цій основі рекомендацій щодо вибору найбільш вдалого, на думку автора, підходу до визначення національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Сьогодні існує безліч класифікацій систем охорони здоров'я, проте, як правило, експерти зводять їх до трьох класичних моделей:

- 1) Бісмарка (німецька);
- 2) Бевериджа (англійська);
- 3) Семашка (колишня радянська).

В даний час системи охорони здоров'я економічно розвинених країн повною мірою не вкладаються ні в одну з цих моделей. Реформи еволюціонують, запозичуючи один у одного ідеї та окремі елементи. Сучасні системи охорони здоров'я стали, по суті, настільки гібридними, що часом важко сказати, яка модель взята за основу.

Як за кордоном, так і в Україні багато авторів окремо виділяють і досліджують систему обов'язкового медичного страхування і діяльність приватних закладів охорони здоров'я. Опираючись на подібний принцип, будуються багато відомих типологій систем охорони здоров'я. Наприклад, М.Фотакі розглядає сучасні системи охорони здоров'я, опираючись на категорію країн, віднесених до різних рівнів соціального розвитку, і виділяючи такі моделі: 1) універсалістська (модель Бевериджа); 2) соціального страхування (модель Бісмарка); 3) "південна модель" (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія); 4) інституціональна чи соціал-демократична

“скандинавська модель”; 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення); 6) консервативна корпоративна (Японія); 7) латиноамериканська; 8) системи охорони здоров'я індустриальних держав Східної Азії; 9) системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [9, с. 8-11].

Німецька модель, створена канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 році, була історично першою державною системою охорони здоров'я. Вона опікувалася зміцненням здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенційних військовослужбовців. Спочатку були створені фонди соцстраху, що оплачували витрати на лікування, видавали допомоги з безробіття, пенсії тощо, які поступово виділилися в лікарняні каси.

Модель соціального страхування або континентальну модель в даний час використовують Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди, Бельгія, Люксембург. Вона фінансується за допомогою відрахувань з заробітної плати та інших державних фондів, що складають близько 75 % сукупних витрат на охорону здоров'я.

Англійський економіст У.Беверидж запропонував трансфертну систему, побудовану на звичних принципах страхування [13]. Відповідно до неї державі слід поширювати трансфертні виплати тільки на людей, які дійсно не можуть забезпечити себе зазначеним способом (зокрема, на дітей).

У “південній моделі” (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія) системи охорони здоров'я в значній мірі фінансуються за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю.

В рамках соціал-демократичної “скандинавської моделі” (Швеція, Фінляндія і Данія) фінансування соціального захисту та охорони здоров'я забезпечується в основному за рахунок прибуткового податку (що стягується як на національному, так і місцевому рівнях).

Коли говорять про моделі систем охорони здоров'я країн з перехідною економікою, мають на увазі головним чином групу країн Східної Європи, включаючи деякі країни СНД. Спочатку вони спробували здійснити економічну “шокову терапію”, зберігши існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Одночасно в більшості цих країн мала місце спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [6].

Як відомо, в колишньому Радянському Союзі і європейських соціалістичних країнах існували широкі гарантії безкоштовного надання медичної допомоги населенню. У ряді постсоціалістичних країн (Азербайджані, Вірменії, Грузії, Молдавії, Таджикистані) такі гарантії були радикально скорочені. Однак у більшості країн з перехідною економікою гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінилися, або були лише незначно модифіковані. В Албанії, Болгарії, Киргизії, Македонії, Словенії, Хорватії, Чехії, Естонії були введені фіксовані співплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. У результаті характерною особливістю країн з перехідною економікою став значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням [7, с. 10].

Продовжуючи огляд моделей систем охорони здоров'я, відзначимо, що існують й інші типології. Так, російські дослідники О.Щепін, В.Філатов, Я.Погорелов та інші пропонують розрізняти три основних типи систем охорони здоров'я: а) утилітарну, б) комунотарну, в) ліберальну [10].

Американський вчений М.Фідл з точки зору соціально-політичної структури суспільства умовно виділяє п'ять моделей систем охорони здоров'я: 1) класична (неупорядкована); 2) плюралістична; 3) страхова; 4) національна; 5) соціалістична [16, с. 401]. Хоча тут виділення національного типу поряд з іншими вважаємо не зовсім некоректним.

Існуючі моделі систем охорони здоров'я враховують, як правило, не тільки еволюційний характер розвитку систем охорони здоров'я, а й принципи їх функціонування. Найбільш раціональним нами вважається підхід професора Ю.Лісіцина (Росія), який запропонував типологію систем і моделей систем охорони здоров'я, що базується на соціально-економічних засадах, а саме на джерелах засобів забезпечення системи охорони здоров'я [8]. Реформа охорони здоров'я в Росії ґрунтується саме на даній методології, яка є загальноприйнятною. Однак, у своєму сьогодишньому вигляді російська система охорони здоров'я за основними ознаками не може бути віднесена ні до однієї з перерахованих вище моделей, оскільки за останні роки вона остаточно втратила ознаки соціалістичної, але все ще не набула властивостей страхової.

Кращі зразки організації системи охорони здоров'я, засновані на принципах “держави добробуту”, спостерігалися в останні десятиліття у скандинавських країнах. Більшість дослідників соціальної політики відзначають, що скандинавська модель характеризується такими загальними цілями соціальної політики, як зміцнення солідарності і збільшення рівності, що досягається шляхом здійснення всеохоплюючої та універсальної політики високої якості [15, с. 37].

Тим не менше, навіть у Швеції, країні з розвинутою державною (муніципальною) системою охорони здоров'я, існує практика співплат. До них входить оплата пацієнтами відвідувань лікаря, оплата за розміщення в лікарні і вартість медикаментів. Оплата відвідування лікаря варіюється в різних окружних радах, але максимальна сума встановлюється урядом.

Приватна практика в більшості країн ЄС розуміється як надання медичної допомоги поза межами державних програм, що фінансуються з державних джерел (бюджет або обов'язкове страхування). Водночас практично всі виробники медичних послуг, особливо в первинній ланці медичної допомоги, є самостійними юридичними особами, які на контрактній основі співпрацюють з фінансуючими структурами, як державними громадськими, так і приватними. Тільки дуже незначна частина приватної медичної допомоги фінансується через приватне медичне страхування, або пряму оплату пацієнтами медичних послуг.

Виробники медичних послуг в Нідерландах – це в основному приватні організації (90 %). Винятком з цього є медичні організації, засновані місцевими органами влади, перед якими стоять певні завдання в галузі суспільної охорони здоров'я і базової медичної допомоги.

Цікаві зміни у сфері охорони здоров'я відбуваються в Іспанії, де проходить процес децентралізації управління та фінансування охорони здоров'я при одночасній інтеграції всіх суспільних ресурсів в єдину загальнонаціональну систему охорони здоров'я. Здійснюється поступовий перехід від податкової моделі (фінансування на 98 % здійснювалося з податків) до моделі більш орієнтованої на систему соціального страхування здоров'я, на частку якої зараз припадає понад 70 % всіх витрат на охорону здоров'я. Сьогодні до традиційних завдань розподілу пацієнтів, діагностики та лікування додалися профілактика, зміцнення здоров'я, реабілітаційна допомога, а також завдання визначення потреб населення і планування всіх видів допомоги в межах району обслуговування [3, с. 65].

У деяких індустриально розвинених капіталістичних країнах в системі охорони здоров'я не завжди спостерігаються позитивні тенденції. Аналізуючи окремі публікації, вдалося виявити, наприклад, такі оцінки: “... через часткову ліквідацію державної мережі охорони здоров'я бельгійським пацієнтам доводиться оплачувати з особистих доходів приблизно 25 % вартості перебування в лікарні, в той час як раніше – лише 10 %. У найбільшій державній лікарні Антверпена близько третини пацієнтів не може оплатити свої рахунки ...” [11].

У головній державній лікарні Брюсселя брак жіночих консультацій для вагітних жінок, які не мають медичної страховки (переважно біженці і мігранти) призводить до збільшення смертності при пологах та малюкової смертності після пологів у шість разів [12].

При цьому UNICEF визнає, що дитяча смертність на Кубі в 17 нижча, ніж у середньому в світі [18]. У 1990-ті роки Куба витратила на охорону здоров'я близько 9,1 % свого бюджету. У країні налічується найвище в світі число лікарів на душу населення (5,3 на 1000), а 80 % медикаментів країна виробляє сама [17].

Ідеальні цілі політики в галузі охорони здоров'я, досягти яких прагнуть економічно розвинені країни [2]:

- забезпечення адекватності допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до послуг;
- захист доходів пацієнтів;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість (ефективність);
- свобода вибору для споживача;
- автономія для постачальників послуг.

Дослідники пов'язують еволюційний розвиток абсолютної більшості національних європейських систем охорони здоров'я з ослабленням державних функцій щодо забезпечення медичного обслуговування і прогнозують появу соціальних інститутів, що здійснюють організації та управління споживанням медичної допомоги [14].

При цьому модернізацію національних систем охорони здоров'я в XXI столітті будуть визначати три найбільш значущі тенденції [1, с. 3]:

- уніфікація стандартів у сфері надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток і пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- рішення специфічних внутрішніх проблем з регулювання витрат, необхідних на покриття медичного обслуговування населення.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі. Підводячи підсумок короткому огляду існуючих у світі моделей охорони здоров'я, можна виділити декілька особливостей, які притаманні найбільш розвиненим системам охорони здоров'я:

- фінансуються з трьох основних джерел: відрахування від доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення;
- фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їх сімей здійснюється виключно за рахунок підприємців;

- вільний вибір застрахованою особою лікаря і лікувально-профілактичного закладу, що сприяє конкуренції і поліпшенню якості медичної допомоги та підвищенню уваги до кожного громадянина;

- розвинена система добровільного страхування.

Вважаємо, що одним із пріоритетних напрямів реформування системи охорони здоров'я України є перш за все запровадження обов'язкового державного медичного страхування. Вибір цього курсу з метою виходу галузі із системної кризи має визначити основні перспективи національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Уведення медичного страхування має започаткувати реформу охорони здоров'я як цілеспрямований, динамічний і сталий процес, що сприятиме системним структурним змінам для задоволення потреб населення в медичній допомозі.

Перспективною темою подальших досліджень у даному напрямі може стати вивчення питань запровадження обов'язкового державного медичного страхування в країні.

Список літератури.

1. Губина М. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт : автореф. дисс... канд. экон. наук / Санкт-Петербургский государственный университет. – 2009. – 20 с.
2. Демин А. К. Политические проблемы социальной защиты населения в странах “большой семерки” (на примере здравоохранения) : дисс... д-р полит. наук / Российская академия государственной службы (РАГС) . – 401 с.
3. Комаров Ю. М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения. // Вестник государственного социального страхования. – 2005. – № 1.– С.65-75.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 року № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України 1993, № 4. – С. 19.
5. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // “Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення” : матеріали V наук.-практ. конф. 27 жов. 2011 року : тези допов. – Луцьк, 2011. – С. 68-70.
6. Поляков И. В., Зеленская Т. М., Ромашов П. Г., Пивоварова Н. А. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. СПб., 1997.
7. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. / Авт. коллектив: С. В. Шишкин (руководитель коллектива), Г. Е. Бесстремьяная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова и др. Независимый институт социальной политики. – М., 2004. – С.10.
8. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. / Под ред. Ю. П. Лисицына – М.; 1998.
9. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сборник “Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)”. – М., 1999. – С.8-11.
10. Фундаментальные основы политики здравоохранения. / Под ред. О. П. Щепина, – М., 1999 / Щепин О. П., Владимирова Л. И., Козлитин В. М. и др. Здравоохранение зарубежных стран. / Под ред. О. П. Щепина. М., 1981.
11. Artsenkrant, 26/09/1997.
12. Barlow P., Naumont D., Degueuldre M. Obsterical and perinatale outcome in patients uncovered by medical insurance. Rev.Med. Brux., 15: 366-370, 1994.
13. Beveridge, William: Social Incurance and Allid Services, London, 1942.
14. Chernichovsky D. Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm/ The Milbank Quarterly, 1995, v. 73, № 3. P. 339-372.
15. Esping-Andersen G., Korpi W. From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy // Erikson R., Hansen E. J., Ringen S., Uusitalo H. (eds.). The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research. N.Y.: M. E. Sharpe, 1987. P. 39-74.
16. Field M.G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // Sosial Science and Medicine, 1980. – V 14a, № 5. – P. 401.
17. Inter Press Service, 2/05/2001.
18. UNISEF Poverty Reduction Begins With Children, 2000.

Стаття надійшла до редакції 07.02.2013 р.



ТОВ "ДКС Центр"