

УДК 368.9.06

Славітич М. В.

Гупало О. Г.

Львівська фінансова академія

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті проаналізовано деякі з найбільш відомих моделей охорони здоров'я. Зазначено ідеальні завдання політики в галузі охорони здоров'я, досягти яких прагнуть економічно розвинені країни світу. Визначено основні перспективи національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

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

Постановка проблеми. У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу.

Відповідно до ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я це є одним із пріоритетних напрямків державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні й забезпечує її реалізацію [1, с. 19].

Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є показники фінансування та стабільність його джерел. Кожна країна визначає способи їх формування на власний розсуд, вправуючи політичне та економічне підґрунтя.

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 2013 р. – 53,8 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 [3, с. 69].

Світовий досвід показує, що напрямки вирішення цієї проблеми можуть бути різні. Загалом, вони відрізняються структурою джерел фінансування охорони здоров'я і організацією надання медичних послуг.

Цим питанням присвячено багато наукових досліджень, що дозволяють 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 аналізу методів фінансування розвитку систем охорони здоров'я розвинених країн світу.

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

Виділення невирішених частин загальної проблеми. Однак, незважаючи на значну увагу вчених до проблем державного управління охороною здоров'я, питання визначення національної моделі фінансування системи охорони здоров'я досі залишаються актуальними для багатьох країн світу, в тому числі і для України.

Мета статті. Основною метою даної публікації є аналіз систем охорони здоров'я щодо задоволення зростаючих потреб у медичній допомозі з одного боку та стабілізації чи стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я – з іншого. Це вимагає

або вдосконалення їх структурно-функціональних моделей, або створення принципово нових, що відповідали б сучасним вимогам.

Виклад основного матеріалу дослідження. Темпи зростання витрат на систему охорони здоров'я випереджають темпи ВВП. Усі країни стикаються з необхідністю скорочення та стримування зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою перерозподілу фінансових ресурсів за рахунок інших статей бюджету, підвищення податків та внесків у рамках системи соціального страхування, регулювання попиту на медичні послуги, регулювання пропозицій медичних послуг. Але при цьому бідні країни шукають на це кошти, тому що не вистачає на найнеобхідніше медичне обслуговування, а багаті витрачають їх на впровадження нових медичних технологій, довготривале лікування хронічних інфекційних хвороб і медико-соціальну допомогу.

Фінансування медицини може бути державним і приватним (індивідуальним).

Економічній науці сьогодні відомі такі основні економічні моделі системи охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель Семашка, модель приватного медичного страхування.

Система Беверіджа (універсалістська, державна) – система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища [5].

Так, є країни з переважно державною системою охорони здоров'я (Велика Британія, Греція, Італія, Іспанія, Данія, Ірландія, Португалія), що ефективно працює за умови достатніх ресурсів держави.

Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування, вони частково оплачують медичні послуги, які не входять до гарантій держави.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологія фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- орієнтація на профілактику захворювання;
- висока кваліфікація медичних працівників;
- соціальні пріоритети;

- відносна проста система оплати праці в галузі.
Недоліки системи Беверіджа:
- відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- недофінансованість;
- дефіцит бюджету охорони здоров'я;
- використання старих медичних технологій;
- необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

За системою Бісмарка (соціально-страхова) організована система охорони здоров'я в таких країнах, як Австрія, Нідерланди, Німеччина, Бельгія, Швейцарія, Японія, Росія, функціонує на засадах страхової медицини та за різних фінансових умов. Лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

Страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

Переваги системи Бісмарка:

- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- рівність в отриманні допомоги.

Недоліки системи Бісмарка:

- великий адміністративний апарат;
- складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- неможливість повного фінансування за рахунок держави, безкоштовної медичної допомоги для всього населення;
- високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

В Україні збереглася система первинної медико-санітарної допомоги, що існувала за часів СРСР та ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Приватне медичне страхування належить до централізованих за формами фінансування моделей страхування громадян. Страхові внески акумулюють приватні страхові компанії які, в свою чергу, здійснюють контроль за страховими виплатами. Тип такої моделі можна побачити в США. Система охорони здоров'я в країні організована за ринковою моделлю. Витрати на охорону здоров'я становлять 15% ВВП. Більше в США витрачається тільки на харчування та житло. Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через систему приватного медичного страхування.

У США немає загальнодержавної програми надання медичної допомоги працюючому населенню. Близько 40% видатків із бюджету на охорону здоров'я витрачається на фінансування двох основних програм:

1) Програма Медікер. Згідно з цією програмою, державна медична допомога надається особам, які досягли 65-річного віку або мають серйозні вади здоров'я.

Програма Медікер складається з 2-х частин.

Перша частина програми складається з:

- лікарняного страхування, яке покриває оплату медичних послуг: - стаціонарного лікування;
- у критичному стані;
- сертифікованої сестринської допомоги;
- у стаціонарах вдома;
- у хоспісах;
- медичного страхування, яке покриває оплату послуг:
 - лікарів амбулаторної допомоги;
 - видів медичної допомоги, які не входять у програму лікарняного страхування. Послуги програми Медікер за видами медичної допомоги, які входять до першої частини, надаються безкоштовно таким категоріям пацієнтів:
 - які досягли 65-річного віку та пропрацювали не менше ніж 10 років (до цієї категорії також відносяться їх дружини або чоловіки);
 - інвалідам;
 - хворим, які мають хронічну ниркову недостатність.

Медичне страхування за другою частиною є добровільним і передбачає оплату страхового внеску розміром \$50.

Програма Медікер частково фінансується за рахунок податків, які стягуються з усіх працюючих: із найманих працівників і з роботодавців. Цей податок становить майже 15% доходу зайнятих американців. Крім цього, програма Медікер фінансується із загальних надходжень із податків на прибуток.

2) Програма Медікейд – фінансується з загальних надходжень із податку на прибуток та передбачає:

- надання медичної допомоги малозабезпеченим прошаркам населення, переважно жінкам та дітям із бідних родин;
- перебування в притулках для осіб похилого віку пацієнтів, які потребують постійної опіки.

Програма Медікейд фінансується навпіл федеральним урядом та місцевою владою кожного штату.

У США існує налагоджена система взаємовідносин пацієнт – страхова компанія – лікар. Взаємовідносини між учасниками процесу поділяються на такі типи:

- відносини – пацієнт – страхова компанія;
- відносини – пацієнт – лікар;
- відносини страхова компанія – лікар.

Перший тип відносин, пацієнт – страхова компанія встановлюється угодою про медичне страхування з гарантією сплати страховою компанією витрат за надану пацієнтові медичну допомогу.

Другий тип відносин, пацієнт – лікар, за якого обмовляються умови надання медичної допомоги на випадок настання страхового випадку: гостре захворювання; загострення хронічної хвороби; нещасний випадок. У кожному страховому випадку лікар діє за схемою, яка узгоджена зі страховою компанією. Протоколи діагностики та лікування включають ті призначення, які в кожному конкретному випадку найбільш необхідні, ефективні

та дієві. Існує перелік лікарських засобів, які має призначати лікар при відповідному захворюванні. Призначення неефективного фармацевтичного препарату може привести до судового розгляду. Взаємовідносини страхової компанії та лікаря у США впливають на всю систему надання медичної допомоги. Наприклад, американські лікарі намагаються не призначати великої кількості фармацевтичних препаратів, у сумісності яких вони не впевнені.

У 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.

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 [4].

У найближчій перспективі для України доцільність вибору моделі Бісмарка продовжує бути дискусійною. На даний час структурно й економічно близькою до України є модель Беверіджа, особливо заходи перехідного етапу.

Критерії моніторингу поетапних змін моделі – покращення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), соціальна справедливність (забезпечення кожній людині рівного фізичного, фінансового й соціального доступу до мінімально необхідної медичної допомоги, зменшення відмінностей у рівнях здоров'я представників різних соціально-економічних і етнічних груп), задоволеність населення медичною допомогою.

Реформування системи охорони здоров'я України на підставі формування нової моделі вимагає створення відповідної нормативно-правової бази, що визначатиме її організаційно-управлінські засади. Цей процес полягає насамперед у визначенні та на законодавчому рівні закріплення правових норм, що регулюють стосунки між пацієнтами, медичними працівниками та страховиками, у створенні умов і впровадженні механізмів забезпечення якості та доступності медичного обслуговування згідно з наявними ресурсами та очікуваними пацієнтів.

Для подальшого розвитку системи охорони здоров'я доцільним буде введення багатоканального фінансування, у вигляді:

- гарантованих платежів з місцевого бюджету;
- обов'язкового державного медичного страхування працюючих та малозабезпечених громадян;
- створення ініціативних фондів на рівні закладів та районів;
- добровільного медичного страхування для громадян, які бажають отримувати додаткові медичні послуги, через окремі страхові компанії;
- формування накопичувальних фондів на рівні сімей (типу пенсійного страхування);
- державної медичної позики (ініціатором може бути як безпосередньо медична установа, так і органи місцевого самоврядування);
- безпосередніх платежів населення, які будуть здійснюватись у приватному секторі медицини [2, с. 272].

Важливим джерелом фінансування охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів. Враховуючи вагомість цього джерела фінансування, воно, на жаль, неспроможне у повному

обсязі забезпечити усі потреби сфери охорони здоров'я. Не меншої уваги потребують і додаткові фінансові ресурси, якими є кошти, отримані з інших джерел, – добровільне медичне страхування та благодійництво. Забезпечення в національній системі охорони здоров'я багатоканальної фінансової політики, являється тяжкою науково-теоретичною, нормативною, правовою, соціально-економічною і практичною задачею. Під моделями охорони здоров'я, можна зрозуміти становище системи медичного страхування, відрізняючої від принципів організації медичної допомоги і її фінансування.

У багатьох наукових роботах, не дивлячись на різновидність системи охорони здоров'я, більшість з них відноситься до одного з трьох основних моделей охорони здоров'я.

Переваги системи приватного страхування: система фінансування одноканальна, зріст якості послуг, пошук нових продуктів і технологій за рахунок конкуренції.

Недоліки системи приватного страхування: не забезпечуються соціальні гарантії населення в отриманні медичної допомоги; великі витрати на медицину; неможливість здійснення державного контролю; нерівний доступ до медичної допомоги.

Порівняльний аналіз показав, що країни с переважаючою державною системою фінансування охорони здоров'я, а саме: Франція, Великобританія мають дефіцит системи охорони здоров'я, недофінансування медичних установ.

Система фінансування Франції вважається самою дорогою в Європі, хоч і була визнана, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, найкращою системою надання медичної допомоги в світі.

У США застрахованих в системі приватного медичного страхування більше половини населення країни. В такій країні існують великі затрати на медицину, нерівний доступ до медичної допомоги, існування великої кількості медичних закладів, громадських, страхових організацій на фоні добровільного медичного страхування, що веде до неможливості державного контролю над рівнем зростання витрат на медичне обслуговування.

Країни з соціально-страховою системою фінансування, наприклад Канада, Німеччина та ін., найбільш соціально орієнтовані, пропонується широкий спектр медичних послуг в рамках обов'язкового медичного страхування, що дозволяє пацієнту вибрати лікаря і медичний заклад.

В умовах низьких доходів населення, соціальної нерівності, безробіття тільки соціально- страхова модель з переважно одним каналом фінансування (кошти ОМС) зможе вирішити проблему захисту медицини.

Висновки і пропозиції. На сьогодні ні одна із існуючих в світі моделей системи охорони здоров'я не може бути універсальною та повністю підходити для всіх націй. Реформування системи охорони здоров'я України на підставі формування нової моделі вимагає створення відповідної нормативно-правової бази, що визначатиме її організаційно-управлінські засади. На підставі врахування світового досвіду очевидно, що подальший розвиток системи охорони здоров'я можливий за умови зміни пріоритетів у фінансуванні галузі та створенням такого економічного механізму, при якому суб'єкт медико-виробничої діяльності буде зацікавленим у зростанні кількості конкуруючих медичних послуг та поліпшенні їх якості, ефективному використанні матеріальних, кадрових, і фінансових ресурсів.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я за такими напрямками:

- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;
- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.

2. Фінансування медичної допомоги робітни-

кам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.

3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

Вважаємо, що одним із пріоритетних напрямків 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. Введення 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.

Список літератури:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 року № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України 1993, № 4. – С. 19.
2. Дяченко Є.В. Сучасний стан медичного страхування в Україні. / Є.В. Дяченко // Теоретичні та прикладні питання економіки : збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 25. – С. 270-276.
3. 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.
4. 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.
5. Beveridge, William: Social Insurance and Allied Services, London, 1942.

Славитич М. В.

Гупало О. Г.

Львовская финансовая академия

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме

В статье проанализированы некоторые из наиболее известных моделей здравоохранения. Отмечены идеальные задачи политики в области здравоохранения, достичь которых стремятся развитые страны мира. Определены основные перспективы национальной модели развития системы здравоохранения в Украине. **Ключевые слова:** система здравоохранения, модель здравоохранения, модель Бисмарка, модель Бевериджа, модель Семашко.

Slavitych M. V.

Gupalo O. G.

Lviv State Academy of Finance

COMPARATIVE ANALYSIS MODEL OF HEALTH

Summary

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 main prospects of the national model of healthcare system in Ukraine were established.

Key words: healthcare system, healthcare model, Bismarck model, Beveridge model, Semashko model.