

В. І. ШЕВЧЕНКО

СВІТОВИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СУСПІЛЬНИХ РЕСУРСІВ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ

Викладено аналіз підходів до визначення критеріїв оптимальності вибору механізмів державного управління системою охорони здоров'я з точки зору ефективного використання суспільних ресурсів, ґрунтуючись на досвіді реформування систем охорони здоров'я в різних країнах світу.

In article, which based on experience of reforming of systems of health care in the different countries of the world, the analysis of approaches to definition of criterion of an optimality of a choice of state administration mechanisms of health care system from the point of view efficiency uses of public resources is given.

Освіта, охорона здоров'я, виховання і догляд за дітьми в сучасному світі стають пріоритетними напрямками державної політики. Вони все частіше розглядаються поряд з виробничим сектором економіки, а до їх опису та аналізу застосовується один і той же категоріальний апарат та інструменти. При аналізі структури і поведінки складних систем, як правило, мають місце різноманітні фактори неоднозначності. Так державне управління системою охорони здоров'я стикається з низкою труднощів, описаних теорією організацій для соціальних систем. В їх основі, з одного боку, лежить принципова непередбачуваність її поведінки в майбутньому, з чим пов'язані труднощі побудови найбільш придатних з точки зору розробки управлінських рішень частково формалізованих вірогіднісних моделей [3]. З іншого – визнання того, що адекватне управління системою охорони здоров'я можливе лише на основі розробки і вирішення слабоструктурованих стратегічних завдань. Для таких випадків теорією передбачено застосування багатокритеріального підходу з переважанням якісних критеріїв і використанням практичного досвіду формування критеріїв існуючих подібних систем [2]. Поліпшення якості адміністративних і управлінських послуг, що надаються органами виконавчої влади і місцевого самоврядування, на думку науковців, залежатиме від широти застосування в державному управлінні нових підходів, які характерні для ефективного менеджменту і маркетингу [5]. Державне управління функціонує в жорстких умовах невизначеності [6]. Тому набір державних механізмів залежатиме від тих критеріїв, які покладено у стратегію держави щодо досягнення цільової функції управління соціальною сферою [2; 3].

Таким чином, визначення критеріїв оптимальності для розробки механізмів державного управління системою охорони здоров'я є актуальним науково-теоретичним завданням.

У більшості сучасних управлінських технологій суттєвим є етап розгляду і вибору альтернатив. Зокрема, при порівнянні альтернативних стратегій розвитку системи охорони здоров'я в сучасних умовах найбільш вживаною категорією стає економічна ефективність [8]. Вона визначається величиною витрат суспільних матеріальних ресурсів на отримання бажаних результатів. Отже, завданням державного управління системою охорони здоров'я стає максимізація економічної ефективності. Прийняття цього критерію дозволяє згідно з вектором цілей розробити вектор контрольних параметрів і визначити вектор помилок, тобто сформулювати концепцію управління, на основі якої можлива розробка механізмів державного управління [3]. У той же час низка дослідників відмічають суперечності, що виникають при спробі реалізації цієї ідеї на практиці [10]. Не заперечуючи важливості

економічного підходу до аналізу діяльності системи охорони здоров'я, вони вказують на те, що максимізація економічної ефективності в багатьох випадках погіршує реалізацію соціальних вимог громадян, більшість з яких не може бути виражена кількісно і представлена у формалізованому вигляді на звичній для економіки мові математичної абстракції. Крім того, існує слушна думка науковців, згідно з якою ресурси суспільства є соціальні за своїм походженням і формою руху [1]. Для ефективної роботи системи охорони здоров'я велике значення мають політико-правові, організаційні, культурно-психологічні, кадрові, інформаційні ресурси суспільства. Вибір стратегії управління має базуватись на критеріях, побудованих з оптимізації використання цих ресурсів. Оцінка результативності механізмів державного управління при такому підході має визначатись по зникненню скарг споживачів на відсутність рівноправ'я, зменшенню вартості медичної послуги, підвищенню гнучкості реагування на попити споживачів, збільшенню ефективності організації системи [10; 12].

Метою роботи є з'ясування існуючих підходів до визначення критеріїв оптимальності вибору механізмів державного управління системою охорони здоров'я з точки зору ефективності використання суспільних ресурсів на основі аналізу світового досвіду.

Реформування систем охорони здоров'я розвинених країн ґрунтується на принципах суспільної солідарності: багаті платять за бідних, здорові за хворих [11]. Протягом досить довгого строку ведеться принциповий спір щодо мобілізації, розміщення та методів оплати виробників медичних послуг серед прихильників відомих побудов систем охорон здоров'я [9]. У той же час більшість науковців схильні вважати, що лише змішана модель системи охорони здоров'я є самою ефективною [7]. У більшості розвинених країн перерозподіл засобів від багатих до бідних, від здорових до хворих, від молодих до старих бере на себе держава, спираючись на економічні механізми притаманних ліберальній економіці.

Велика Британія відноситься до країн з державною системою охорони здоров'я. Раніше державна система охорони здоров'я мала явні зиски. Але зміна структури захворюваності, постаріння населення, якісні зрушення в медичній технології потребують розширення фінансової бази системи, підключення нових, більш дієвих механізмів її формування. Цілями реформування у Великій Британії було внесення ринкових елементів у національну систему охорони здоров'я для того, щоб при збереженні її переваг стимулювати більш ефективну роботу на мікрорівні, забезпечити оптимальне поєднання вартості і якості медичної послуги [12; 13]. Засобами досягнення цих цілей стало розділення виробників і користувачів медичних послуг за рахунок зміни порядку фінансування лікарень та служб первинної медикосанітарної допомоги та введення контрактної системи відношень між ними [13]. Реформа спиралась на зростання конкуренції серед виробників медичної послуги та нові організаційні заходи, спрямовані на підвищення ступеня місцевої автономії і незалежності керування в рамках національної системи охорони здоров'я.

Таким чином у підвалини механізмів державного управління були закладені критерії зростання конкуренції та збільшення ступеня місцевої автономії.

Франція відноситься до країн зі змішаною моделлю системи охорони здоров'я, концептуально побудована на обов'язковому соціальному страхуванні всіх жителів аж до визначеного рівня доходу [12]. Тому вона відноситься фахівцями до системи Бісмарка [15]. До основних характеристик цієї моделі належить цільове фінансування на тристоронній основі, свобода вибору страхових фондів, конкуренція між різними страховими фондами. До недоліків системи Бісмарка треба віднести те, що її функціонування забезпечується спеціальним великим адміністративним апаратом, який здійснює складну систему розрахунків з лікувальними закладами [9]. Утримання такого апарату пов'язане з високими витратами. Система обов'язкового медичного страхування забезпечує доступність медичних послуг, але всі інші недоліки ринкової моделі зберігаються [14]. Цілями реформування системи охорони здоров'я Франції є стримування затрат, удосконалення керування системою, підвищення ефективності системи та рівня соціальної справедливості [15]. Хоча ідеї конкуренції, внутрішніх ринків, економічної децентрації не були популярні, організаційно-економічними механізмами реалізації реформи стали децентралізація і лібералізація [12; 15]. Уперше реформа Жюппе (1996 р.) передала відповідальність за організацію медичної

допомоги з національного рівня управління на регіональний [15]. Була дозволена приватна практика лікарям у державних медичних закладах і виділено другий сектор для приватно практикуючих лікарів. Конкуренція між лікарями первинної ланки і лікарями-спеціалістами привела до збільшення частки стаціонарзаміщуючих технологій у лікуванні хворих. Подальший хід реформування ішов шляхом передачі повноважень регіонам і зміцненні ролі страхових компаній і профспілок [Там же].

Отже, критеріями механізмів державного управління у Франції були збільшення децентралізації і лібералізація системи охорони здоров'я.

На думку фахівців, економіка медичного обслуговування в США – це парадоксальне з'єднання надмірностей і недоліків [9; 14]. Прихильність до ринку і приватного медичного страхування на контрактній основі, орієнтація медичної допомоги на оптимальний об'єм при мінімальних витратах пов'язана з наявністю в країні переважно “іммігрантського” населення, з його роз'єднанням, корпоративністю профспілок. У США функціонує ліберальний тип системи охорони здоров'я. До особливостей системи відноситься те, що лікарі та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку [9]. Реформування системи охорони здоров'я в США іде шляхом соціалізації. Підвищенню рівня доступності медичної допомоги слугують програми, розроблені для більшого охопту малозабезпечених верств населення. У рамках програми керованої медичної допомоги впроваджуються заходи ефективного стримування та зменшення суми загальних витрат, надмірного використання послуг [Там же]. Особливістю розвитку системи охорони здоров'я США є розробка організаційних заходів, націлених на заохочення підтримування рівня здоров'я населення.

Таким чином, реформування, що відбувається в системі охорони здоров'я, має орієнтацію на соціальні критерії з посиленням ролі держави в її функціонуванні.

Якщо в розвинених країнах зі сталими ринковими відносинами вибір критерію застосування механізмів державного управління проходив у площині пошуку балансу між двома полярними регулюючими впливами – держави та ринку, то у країнах з перехідною економікою відбувався перехід від суто державної системи охорони здоров'я до національних моделей.

Вирішуючи проблему реформування системи охорони здоров'я, вони намагаються досягти її органічного поєднання із суспільством. Спираючись на традиційні регуляторні підходи, уряди намагаються узгодити між собою різноманітні ринкові стимули і подають їх у поєднанні з відповідними пріоритетами на фінансовому, виробничому й розподільчому компонентах своїх систем охорони здоров'я [10; 12]. Істотною рисою сучасного періоду реформ є спроба залучити у взаємодії різноманітні ринкові механізми наповнення консолідованого бюджету для охорони здоров'я, виробництва медичних послуг і розподілу фінансів, тобто того, що раніше регулювалося головним чином командно-адміністративним стилем управління.

Для збору коштів запропоновано два шляхи: перший – створити єдиний глобальний фонд, куди надходять страхові внески громадян і з якого оплачуватиметься їхнє медичне обслуговування, і другий – створення багатьох конкуруючих страхових компаній на страховому ринку [4]. Наприклад, реформи для досягнення солідарності, децентралізації та приватизації в Чехії проводилися за трьома головними принципами: обов'язкове медичне страхування для всіх громадян, що фінансується національним фондом, – медичне страхування, до якого уряд і наймані робітники та роботодавці роблять внески; медичне страхування у приватному секторі для створення та сприяння конкуренції безприбутковим закладам; підтримка переходу лікарів та інших медичних працівників до приватної практики та переведення деяких шпиталів під децентралізовану приватну юрисдикцію [9; 12; 14].

У виробничому компоненті системи принциповим є питання організації функціонування первинної ланки надання медичної допомоги [10]. Перш за все це стосується проблеми перетворення поліклінічної служби, яка була основою функціонування системи охорони здоров'я Семашка. У більшості країн вона зазнала реформування. Як альтернатива запроваджується інститут сімейного лікаря. Але не завжди реформування первинної ланки носить радикальний характер. Такі країни, як Литва, Росія, Білорусь зберегли поліклініки, а Чехія, Румунія і Польща повністю їх реструктуризували. Другим напрямком є широке впровадження стаціонарзамінних технологій: хірургія одного дня, денні стаціонари та стаціонари на дому [12]. У Білорусі підсилення амбулаторно-поліклінічної ланки проходить за рахунок запровадження нових технологій, які застосовувались раніше тільки у стаціонарах. Велика увага приділяється розвиткові догоспітальних форм медичної послуги: денних стаціонарів, стаціонарів удома. Проводиться розподіл ресурсів і функцій між амбулаторно-поліклінічною і стаціонарною допомогою на користь останньої.

У системі оплати країн цієї групи запроваджується механізм “капітації” в первинній ланці з наданням ролі “голкипера” сімейному лікарю [9]. Широко застосовується глобальне бюджетування лікувальних закладів, гонорарний метод оплати фахівцям. У більшості країн заробітна плата лікаря складається із двох частин: нарахованого мінімуму і частини, отриманої залежно від виконаної роботи [9; 14].

При аналізі підходів до вибору критеріїв у цих країнах відмічається їх велика різноманітність. На наш погляд, причина – в недосконалому розвитку суспільних відносин, відсутності цивілізованого суспільного діалогу, невідпрацьованості механізмів прийняття державно-управлінських рішень в умовах перехідного періоду. Зазначені хиби

обумовлюються багатьма факторами та взаємовідносинами, що діють у суспільстві, а саме: традиціями, що склалися, рівнем довіри між людьми, довіри людей до влади, довіри влади до людей тощо.

Таким чином, підходи до вибору критеріїв для співставлення альтернативних варіантів застосування механізмів державного управління залежать від “якісного” стану суспільства. У розвинених країнах економічні критерії враховуються разом з іншими при вирішенні багатокритеріального завдання розробки механізмів державного управління. Характерно прагнення до зведення багатокритеріального завдання вироблення критерію оптимальності до згортання всіх критеріїв в один суперкритерій. Аналіз досвіду реформування систем охорони здоров’я розвинених країн визначає різні шляхи і підходи до пошуку оптимального балансу між державним і ринковим регулюванням. Критерій, що визначає пропорції державного і ринково-страхового секторів системи охорони здоров’я в них, міг би бути покладений в основу інтегрального показника її ефективності. У країнах з несталими суспільними відносинами дуже часто відмічається акцентування на економічних критеріях вибору механізмів державного управління. У спектр критеріїв вибору нерідко включаються контроверзні варіанти, а питання пошуку компромісів носить тяжкий гостро-дискусійний характер. Більш виважені підходи до формування критеріїв вибору механізмів державного управління простежуються у країнах з послідовним втіленням стратегії перемін.

Згідно з проведеним аналізом стає зрозумілим те, що кардинальні зміни в системі охорони здоров’я можуть іти лише в другому ешелоні суспільних перетворень. Україн складно виробити продуктивні підходи до формування критеріїв оптимальності в суспільстві, що знаходиться у стані перманентних змін.

Подальший науковий пошук буде проводитися шляхом вивчення внутрішніх механізмів різних за ступенем розвитку суспільств щодо вироблення критеріїв вибору механізмів державного управління.

Література:

1. Булкина И. А. Ресурсы современной системы здравоохранения. Социологический анализ / И. А. Булкина. – СПб. : Ин-т бизнеса и права, 2008. – Режим доступа : <http://www.ibl.ru>
2. Вершинина Л. П. Системный анализ для гуманитариев / Л. П. Вершинина. – СПб., 2007. – 247 с.
3. Волкова В. Н. Основы теории систем и системного анализа: учебник для студентов вузов / В. Н. Волкова, А. А. Денисов. – СПб. : Изд-во СПбГТУ, 2003. – 512 с.
4. Губар О. Є. Медичне страхування в країнах Європейського Союзу / О. Є. Губар // Фінанси України. – К. – 2003. – № 7. – С. 35–40.
5. Долгальова О. В. Теоретико-методичні засади оптимізації діяльності регіональних органів влади / О. В. Долгальова, Н. О. Пушкарьова // Публічне управління : теорія та практика. – 2010. – № 1. – С. 10–15.
6. Льяшенко В. А. Загальна класифікація ризиків у системі прийняття та реалізації державно-управлінських рішень: теоретико-методичні аспекти / В. А. Льяшенко, М. П. Соболев // Публічне управління: теорія та практика. – 2010. – № 1. – С. 92–97.
7. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров’я (державно-управлінські аспекти) / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.
8. Карамішев Д. В. Особливості фінансування системи охорони здоров’я в умовах соціально-економічних трансформацій / Д. В. Карамішев // Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ, 2009. – Вип. 1 (24). – С. 187–195.
9. Магуайр Е. Економіка охорони здоров’я / Е. Магуайр, Д. Гендерсон, Г. Муні ; пер. з англ. – К. : Основи. – 1998. – 313 с.
10. Пітцик М. В. Управління охороною здоров’я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід : [навч. посіб.] / М. В. Пітцик, 2007. – 189 с.
11. Пліш Б. А. Державне управління охороною здоров’я в країнах Східної Європи: досвід та можливість використання в Україні : дис. ... канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 / Б. А. Пліш ; НАДУ. – К., 2005.
12. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. – М. : Геошар Медицина, 2000. – 432 с.
13. Системы здравоохранения на переходном этапе. Соединенное королевство. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int>
14. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Элайас Моссиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас, Джо Кутцин. – М. : Весь Мир. – 2002. – 354 с.
15. Sandier S. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health. Systems and Policies, 2004 / S. Sandier, V. Paris, D. Polton. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int>

Надійшла до редколегії 26.04.2010 р.