

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ НАЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

COMPREHENSIVE ANALYSIS OF MEDICAL SERVICES NATIONAL MODELS

У статті розглянуто світові практики організації системи медичних послуг. Проведено аналіз національних моделей систем медичних послуг, що сформувались у різних країнах світу. Виокремлено узагальнені типи національних систем медичних послуг. Детально проаналізовано солідарно-корпоративну модель медичних послуг.

Ключові слова: медичні послуги, система охорони здоров'я, національна модель, світова практика, солідарно-корпоративна модель.

В статье рассмотрены мировые практики организации систем медицинских услуг. Проведен анализ национальных моделей систем медицинских услуг, которые сформировались в разных странах мира. Выде-

лены обобщенные типы национальных систем медицинских услуг. Детально проанализирована солидарно-корпоративная модель медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинские услуги, система охраны здоровья, национальная модель, мировая практика, солидарно-корпоративная модель.

The article deals with the world practice of health services organization. The author analyzed national models of health care that were formed around the world. There were determined generalized types of national health services. A detailed analysis jointly-corporate model of health care was made.

Key words: medical services, health care, national model, world practice, solidarity-corporate model.

УДК 339.9:614.2

Поворозник М.Ю.

здобувач кафедри міжнародного обліку і аудиту Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана

Постановка проблеми. Світова практика надання медичних послуг є нічим іншим, як втіленням гуманітарної, людино-центристської парадигми глобального економічного розвитку та суспільного прогресу, яка відбиває реалізацію фундаментального права людини на життя і здоров'я, а отже – отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває проблематика комплексного аналізу і бенчмаркінгу національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувалися у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступеня державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування. На нашу думку, подібний критеріальний діапазон класифікації національних систем медичних послуг є доволі звуженим і має бути суттєво доповнений такими критеріями, як: характер розподілу медичних послуг, рівень розвитку медичної індустрії та медичної інфраструктури, співвідношення державного і приватного фінансування сфери охорони здоров'я, ступінь розвитку інституту корпоративної соціальної відповідальності, доступність медичного обслуговування для широких верств населення, ступінь реалізації прав пацієнтів, рівень розвитку фармацевтичного ринку, а також співвідношення платних і безоплатних їх видів. Саме така система критеріїв здатна, на нашу думку, повною мірою відобразити існуючі міжкраїнові відмінності у ключових параметральних індикаторах розвитку систем медичних послуг та організації сфери охорони громадського здоров'я, а також розкрити ключові їх конкурентні переваги і недоліки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню питання медичних послуг при-

свячено чимало робіт як вітчизняних науковців, так і зарубіжних, зокрема: Г. Беккер, Т. Шульц, В. Баласа, Й. Бен-Порет, М. Блауг, С. Боулс, Е. Денісон, Е. Лезер, Дж. Мінцер.

Постановка завдання. Метою статті є комплексний аналіз моделей організації систем медичних послуг.

Виклад основного матеріалу дослідження. Таким чином, на основі цих критеріїв можна виокремити наступні узагальнені типи національних систем медичних послуг:

По-перше, споживчо-орієнтована модель, що базується на індивідуалістичному підході у наданні медичних послуг, домінуванні приватної системи охорони здоров'я та тісній взаємодії усіх суб'єктів процесу відтворення медичних послуг (медичних закладів, страхових компаній і споживачів) в якості вільних ринкових агентів. Процеси формування даної моделі охорони здоров'я зазнали фундаментального впливу ідей економічного лібералізму, примату приватної власності та ринкових відносин, а також домінування підприємницької парадигми у реалізації різних форм економічної діяльності. За таких умов функціональні компетенції інституту держави у національних системах охорони здоров'я зводяться головним чином до страхування здоров'я, не застрахованого за місцем роботи населення, а також реалізації програм державного медичного страхування осіб похилого віку, малозабезпечених громадян, військово-вслужбовців та інших верств населення, котрі не мають достатньо власних коштів для приватного медичного страхування. Інакше кажучи, держава у споживчо-орієнтованій моделі діє переважно, як гарант та регулятор національної системи медичних послуг, що випливає з об'єктивної необхідності стимулювати макроекономічне зростання і забез-

печувати розширене відтворення національного людського ресурсу.

Натомість домінуючим у споживчо-орієнтованій системі медичних послуг є ринковий механізм у їх відтворенні, коли вся система охорони здоров'я розвивається на основі розгалужених і диверсифікованих страхових механізмів, які забезпечують фінансування як поточних медичних витрат, так і формування фондів нагромадження для технологічної модернізації медичної сфери та проведення інноваційних розробок. Таким чином, можна виділити наступні ключові характеристики даної моделі медичних послуг:

- пріоритет ліберальних підходів у реалізації політики у сфері охорони здоров'я, що забезпечує високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, максимально повне задоволення потреб пацієнтів щодо вибору лікаря або медичного закладу, необмежену фінансову автономію медичних закладів, а також оперативність надання медичної допомоги та забезпечення повної лікарської конфіденційності;

- наявність потужних стимулів для постійного професійного розвитку медичних працівників, підвищення якості медичних послуг, мобільності ресурсів у межах підсистем медичної сфери та інтенсифікації розвитку нових медичних технологій;

- незначний рівень охоплення населення державними медичними гарантіями та обмеженість державного сегменту національних систем медичних послуг лише тими функціями, котрі перебувають за межами приватного фінансування і ринкових механізмів регулювання сфери охорони здоров'я;

- надмірна вартість медичних послуг для роботодавців та населення, що обмежує можливість забезпечення ними усіх верств населення;

- домінування позабюджетного фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту з переважанням приватних фінансових механізмів у медичному страхуванні, що забезпечується в основному добровільними внесками роботодавців;

- колосальні соціально-економічні втрати суспільства від недостатнього рівня охоплення населення системою медичних послуг та постійне розширення суспільних витрат на охорону здоров'я (з боку неприбуткових громадських організацій, асоціацій, товариств та інших інституцій).

Не випадково споживчо-орієнтована модель системи медичних послуг отримала найбільшого поширення у Сполучених Штатах Америки, які характеризуються нині найвищим рівнем конкуренції у сфері охорони здоров'я, що створює необхідні передумови для споживачів, з одного боку, робити вибір на користь того чи іншого провайдера медичних послуг, а з другого – обирати найоптимальніше медичне обслуговування

у параметрах співвідношення ціна – якість. Йдеться про те, що у той час, як заможні верстви населення здатні сповна задовольнити свої медичні потреби завдяки медичному страховому полісу та необмеженому доступу до системи охорони здоров'я, то малозабезпечений сегмент громадян може розраховувати тільки на державні гарантії у цій сфері та обмежений доступ до медичного обслуговування.

Інакше кажучи, є всі підстави стверджувати про чітко виражений асиметричний характер системи охорони здоров'я США, яка, з одного боку, потребує колосальних фінансових витрат (що лягають непосильним тягарем на приватний і корпоративний сектори), а з другого – має серйозні вади у задоволенні потреб у медичних послугах усього населення. Так у період 1979-2014 рр. сукупні витрати Сполучених Штатів на охорону здоров'я зросли з 8,5 [1, с. 70] до 17,5% валового внутрішнього продукту, а до 2025 р. очікується їх підвищення до 20,1% відповідно [2]; щонайменше увосьмєро зросли також медичні витрати у розрахунку на душу населення, що частково спричинене зростанням державних витрат на цю сферу.

Однак, асиметричний розподіл цих витрат на тлі випереджального зростання розміру внесків на медичне страхування порівняно зі зростанням рівня заробітних плат та ВВП (витрати на охорону здоров'я протягом 1979-2014 рр. щорічно зростали щонайменше на 1,3% швидше, ніж валовий внутрішній продукт США [2]) стає причиною нездатності американської системи охорони здоров'я забезпечити еквівалентного доступу широких верств американського населення до медичних послуг відповідно до обсягу фінансових витрат на охорону здоров'я. А великомасштабні державні програми, спрямовані на невідкладне стаціонарне лікування пацієнтів із запущеними стадіями захворювань, породжують гігантську заборгованість, що перекладається на плечі майбутніх поколінь [3].

Між тим, саме високорозвинене конкурентне середовище функціонування системи охорони здоров'я та домінування приватних джерел фінансування медичних послуг забезпечують формування масштабних фондів нагромадження капіталу, що спрямовуються нині на перманентну модернізацію медичної сфери та нарощування рівня її інноваційності. Ніхто не може заперечити явного глобального лідерства США у медичній сфері як з погляду широти впровадження передових медичних технологій та імплементації інноваційних методів лікування, так і проведення НДДКР у сфері охорони здоров'я та розробки нових видів лікарських препаратів. Достатньо сказати, що 18 з 25 останніх лауреатів Нобелівської премії у галузі медицини є американцями

або громадянами інших країн, котрі працюють у США; а продуцентами половини із загальної кількості медичних препаратів, розроблених у світі в останні роки, є американські компанії фармацевтичної індустрії [4, с. 200].

Наступна національна модель системи медичних послуг, яка відбиває їх варіативність – це *соціально-орієнтована або солідарно-корпоративна система*, що набула найбільшого поширення в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Швеції, Нідерландах, країнах Бенілюксу, Норвегії, Фінляндії, Данії, Швейцарії, Японії та інших країнах. Дана система має також назву *модель Бісмарка* з огляду на те, що її основи було закладено в кінці XIX ст. канцлером Німеччини О. Бісмарком, який уперше у світовій практиці соціального захисту запровадив порядок державного гарантування надання громадянам мінімального «соціального пакету», до якого увійшли три види соціальних послуг: державне пенсійне забезпечення, виплати з інвалідності та хвороби, а також страхування від нещасних випадків на виробництві.

Модель Бісмарка базується на принципах соціальної солідарності та субсидіарності медичного страхування, коли вартісні обсяги обов'язкового соціального страхування напряму залежать від рівня доходу громадян, а фінансування системи охорони здоров'я забезпечується цільовими внесками роботодавців і працівників. Притаманними рисами даної системи є також розподіл медичних ризиків окремих груп громадян на все населення, державним бюджетним субсидуванням медичних послуг із загальних або цільових надходжень [4, с. 199]. Тож, базуючись на солідарно-корпоративному принципі надання медичних послуг, дана система володіє найбільш диверсифікованим інструментарієм досягнення динамічної рівноваги між діаметрально спрямованими економічними інтересами ринкових агентів, з одного боку та соціальними цілями суспільства – з другого. Найважливішими з них є, зокрема, ключова роль інституту держави у підтримці соціальної стабільності і справедливості, великомасштабні адресні програми медичної підтримки працівників з боку їх професійних організацій, розгалужені партнерські відносини між державою, громадськими та благодійними організаціями.

Є всі підстави стверджувати, що солідарно-корпоративна модель медичних послуг базується на таких принципах. По-перше, гарантування усім громадянам права на отримання у разі необхідності мінімального пакету медичних послуг, який забезпечується бюджетним фінансуванням сфери охорони здоров'я, державними стандартами якості медичного обслуговування та унормуванням механізму ціноутворення на медичні послуги і системи взаєморозрахунків між державними органами охорони здоров'я та фондами обов'язкового

медичного страхування. По-друге, – це рівноважний баланс між активним державним регулюванням медичної сфери та ринковими механізмами її функціонування й фінансування; по-третє, професійна солідарність та паритетність відносин між роботодавцями і найманими працівниками у розподілі витрат на медичне страхування; по-четверте, комутативна справедливість у наданні медичних послуг з чіткою деталізацією їх видів та ув'язкою їх діапазону і рівня з трудовим внеском кожного громадянина; по-п'яте, національна солідарність у сфері охорони здоров'я з гарантуванням отримання медичних послуг навіть малозабезпеченому населенню; по-шосте, безперервність відрахувань на медичне страхування, які здійснюються упродовж усього економічного активного життя і набувають форми відкладених доходів; по-сьоме, децентралізація системи охорони здоров'я з її фрагментацією на національний, регіональний і місцевий рівні; по-восьме, незалежність фондів страхування здоров'я з їх управлінням з боку державних і приватних страхових компаній.

Модель Бісмарка в організації медичних послуг і їх управлінні набула найбільш яскравого втілення у Франції. Ця держава характеризується централізованим державним регулюванням медичної індустрії з концентрацією фінансового забезпечення лікувально-профілактичних закладів у руках Національної лікарняної каси, що акумулює кошти обов'язкового медичного страхування. Крім того, фінансування національної системи охорони здоров'я значною мірою доповнюється ресурсним забезпеченням з боку системи добровільного медичного страхування, що дає змогу забезпечити повне медичне обслуговування населення як на госпітальному, так і амбулаторному рівнях з широкими можливостями пацієнтів щодо вибору провайдера медичних послуг [5].

Свою чергою у Німеччині система медичних послуг, базуючись на принципах соціальної солідарності та децентралізації, перебуває на повній самокупності, є незалежною від державного фінансування і регулювання, а її фінансування забезпечується механізмами обов'язкового і добровільного медичного страхування [6]. У той час, як центральний уряд держави відповідальний головним чином за розробку нормативно-правового забезпечення функціонування медичної індустрії, функціональні компетенції регіональних адміністрацій полягають у практичній реалізації механізму медичного обслуговування населення на основі концентрації фінансових ресурсів суспільних лікарняних кас територіального, професійного чи галузевого рівнів.

Нині у суспільних лікарняних касах застраховано близько 90% населення Німеччини, а розмір страхових внесків становить 12-14% заробітної плати працівника до оподаткування. При

цьому внески на медичне страхування розраховуються, виходячи з 63 тис. євро річного доходу працівника; непрацюючі члени сімей автоматично страхуються на безкоштовній основі; а перелік медичних послуг, відшкодованих місцевими лікарняними касами, є універсальним і не залежить від розміру внесків застрахованої особи [7, с. 26].

Висновки з проведеного дослідження.

Резюмуючи, відзначимо, що солідарно-корпоративна модель медичних послуг, надаючи широкі можливості доступу до них усім громадянам, найбільш повно забезпечує реалізацію головного принципу гуманізму – безперервності медичного обслуговування. Вона демонструє найбільшу ефективність за умов активної самоорганізації найманих працівників, особливо тих, котрі зайняті у найбільш прибуткових галузях і секторах народного господарства. Однак, ті верстви населення, котрі не мають медичного страхування за місцем роботи (безробітні та частково зайняті), можуть у разі необхідності розраховувати тільки на мінімальний, гарантований державою, рівень медичної допомоги. Ще одним вагомим недоліком даної моделі є можливі ризики зростання вартості медичних послуг та відносно високий рівень витрат на їх адміністрування.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Степанова О. В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О. В. Степанова, І. В. Іголкін // Фінанси України. – 2012. – № 3. – С. 70 (с. 69-82).
2. National Health Expenditure Projections 2015-2025 Forecast Summary. – [Electronic Resource]. – Available from: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2015.pdf>
3. Gokhale J. Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes. – Cato Institute Policy Analysis. – 2007. – No. 597, July 19.
4. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С. 198-206.
5. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Звіт Комісії проекту TacisBISTRO [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf
6. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2004. – № 5 (41). – С. 67–78.
7. Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С. В. Горохов, С. Д. Старинчук // Актуальні проблеми філософії та соціології. – 2016. – Вип. 9. – С. 24-28.