

МОДЕЛЮВАННЯ СКЛАДНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ СИСТЕМ

УДК 35.371.15

О.В. Чорновіл

асистент
Дніпропетровський національний університет
залізничного транспорту імені академіка В. Лазаряна

ЕКОНОМІЧНІ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ НАЦІОНАЛЬНИМИ СИСТЕМАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті проведено порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. Визначено функціональні особливості різних зарубіжних моделей системи охорони здоров'я та оцінено можливості їх упровадження в систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: модель охорони здоров'я, реформування, залучення економічних ресурсів, потреби, ринок медичних послуг, принцип рівності медичних послуг.

I. Вступ

Охорона здоров'я – це дуже складна взаємопов'язана система, всі елементи якої потребують економічної уваги. У кожній країні історично складається і розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, що виділяються суспільством, ефективність їх використання у сфері охорони здоров'я визначаються складною системою економічних, політичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, але при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн, що виражають їх економічні моделі, вони можуть бути позначені залежно від того, яку роль і функції виконує держава в цих процесах.

II. Постановка завдання

Мета статті полягає у визначенні функціональних особливостей різних зарубіжних моделей системи охорони здоров'я й оцінці можливості їх упровадження в системі охорони здоров'я України.

III. Результати

Сьогодні всі існуючі економічні моделі систем охорони здоров'я зводять до трьох основних видів, а саме: платна (ринкова) медицина, заснована на ринкових принципах з використанням переважно приватного медичного страхування, а також суспільних програм медичної допомоги; державна (бюджетна) медицина з бюджетною системою

фінансування; система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування і регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [4, с. 28–29].

Для першої моделі характерне надання медичної допомоги переважно на платній основі, за рахунок самого споживача медичних послуг, відсутність єдиної системи державного медичного страхування. Головним інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок медичних послуг.

При платній системі охорони здоров'я провідне місце на ринку медичних послуг посідають приватні страхові компанії, у яких купують поліси медичного страхування. Чинники медичних послуг (медична техніка, приміщення) перебувають у приватній власності. Ту частину потреб, яка не задовольняється ринком (малозабезпечені верстви населення, пенсіонери, безробітні), бере на себе держава шляхом розробки і фінансування суспільних програм медичної допомоги. Найяскравіше ця система представлена охороною здоров'я США, де основа організації охорони здоров'я – приватний ринок медичних послуг, з кінця 1960-х рр. доповнений державними програмами медичного обслуговування пенсіонерів та інвалідів і малозабезпечених верств населення [5].

Американська охорона здоров'я – одна з найбільших галузей у країні. Витрати на охорону здоров'я становлять більше ніж 14% ВВП. Висока якість медичної допомоги – одне з головних досягнень охорони здоров'я США. У США високий рівень професійної підготовки медичних кадрів. Американські ліки – одні з найякісніших у світі, сотні фармацевтичних компаній світу викорис-

товують американські ліцензії. Проте в умовах нерегульованого ринку, у якому функціонує охорона здоров'я країни, підвищити вплив держави на охорону здоров'я, на якість медичної допомоги надзвичайно складно. Багато американських політиків вважає, що ринок медичних послуг необхідно реформувати, підсилюючи його регулювання, усупільнення або підвищуючи вплив координаційного державного органу – Національного бюро здоров'я і програми управління якістю медичної допомоги, прийнятої в 1993 р. [3].

Друга модель характеризується значною (винятковою) роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно з держбюджету, за рахунок податків, які надходять від підприємств і населення. Населення країни отримує медичні послуги безкоштовно (за винятком невеликого набору медичних послуг). Таким чином, держава є головним покупцем і постачальником медичних послуг, забезпечуючи задоволення більшої частини суспільної потреби в послугах охорони здоров'я [4].

Ця модель з 1948 р. існує у Великобританії. Показники національної системи охорони здоров'я Великобританії зберегли в основному державний характер на принципах безкоштовності надання медичної допомоги. Усі види медико-соціальної допомоги у Великобританії виявляються за принципом п'яти рівнів:

- само- і взаємодопомога;
- первинна медико-соціальна допомога;
- сестринська допомога;
- екстрена допомога й діагностичні послуги;
- спеціалізована допомога.

Ця модель також характерна для Ірландії, Данії, Португалії, Італії, Греції та Іспанії. Установи охорони здоров'я й інші служби, пов'язані з наданням медичних послуг, перебувають у власності або під контролем держави. Джерелом фінансування є загальні податкові доходи всіх видів і рівнів. Вони надходять у бюджетну систему і потім розподіляються за різними галузями і сферами залежно від пріоритетів, що склалися. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування. Заслугує на увагу той факт, що ця модель охорони здоров'я створювалася з урахуванням досвіду СРСР і є досить ефективною при низьких витратах на медичну допомогу. Істотним недоліком бюджетного фінансування охорони здоров'я є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, як правило, відсутність можливості вибору лікаря, лікувальної установи. У монополістичній структурі неминучим є зниження якості медичних послуг через диктат їх представника (виробника, продавця) і відсутність можливості здійснення контролю за діяльністю медич-

них установ з боку користувачів, споживачів медичних послуг [7].

Третьою моделлю є система громадської охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування. За цією моделлю фінансування охорони здоров'я здійснюється з трьох джерел: цільових внесків до страхових фондів працедавців, безпосередньо найнятих робітників і цільових надходжень з бюджету. Медичні установи можуть бути як у державній, так і в приватній власності. Ця модель охорони здоров'я спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення [1, с. 176].

Вона характеризується, насамперед, наявністю обов'язкового медичного страхування всього або майже всього населення країни за певної участі держави у фінансуванні страхових фондів. Держава тут відіграє роль гаранта в задоволенні суспільно необхідних потреб у медичній допомозі всіх або більшості громадян незалежно від рівня доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантований рівень, забезпечуючи свободу вибору у суверенітет споживачів. Багатоканальна система фінансування створює необхідну гнучкість і стійкість фінансової бази соціально-страхової медицини. Найбільш яскраво цю модель представляють системи охорони здоров'я Франції, Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади і Японії.

У соціально-страхову модель включені ознаки і державної, і ринкової моделей. Залежно від того, які параметри переважають, соціально-страхова модель може бути ближчою або до системи державного фінансування витрат охорони здоров'я, або до системи фінансування витрат самими споживачами послуг.

Наприклад, соціально-страхові моделі систем охорони здоров'я країн Скандинавії і Канади мають багато спільного з державною моделлю, а система охорони здоров'я Франції близька до моделі, в основі якої лежить страхування. Страхувальникам і застрахованим надано можливість здійснення контролю над використанням страхових коштів, застрахованим – можливістю вибору лікаря, лікувально-профілактичної установи. У страховій медицині важливими є проблеми забезпечення доступу й оплати медичної допомоги, що надається особам з груп підвищеного ризику (старі, інваліди, бідні), оптимального розподілу фінансових ресурсів серед груп застрахованих.

У системі охорони здоров'я Японії медичні установи поділено на три категорії: великі клініки з новітнім медичним обладнанням, реабілітаційні установи, що спеціалізуються на хворобах, які потребують тривалої госпіталізації, і установи, що працюють з пацієнтами, які не потребують тривалої госпіталізації [6].

Суспільна охорона здоров'я Німеччини здійснює свою діяльність безпосередньо через державні органи або опосередковано. У Німеччині особливу роль відведено медичній освіті і профілактиці за трьома напрямками: первинна (підвищення опірності організму), вторинна (раннє розпізнавання хвороб), третинна (профілактика, запобігання поверненню хвороб).

Реформи охорони здоров'я в Канаді мають подвійну спрямованість, впливаючи на поведінку персоналу і пацієнтів. Система канадської охорони здоров'я зазнає перманентних видозмін. Напрями цих змін постійно перебувають у центрі уваги і викликають численні суперечки, оскільки зачіпають життєві інтереси кожного мешканця і вимагають великих державних витрат.

Отже, кожна з розглянутих моделей організації системи охорони здоров'я відрізняється розумінням того, що ж є товаром у сфері охорони здоров'я. Ставлення до медичної послуги як до приватного, суспільного або квазісуспільного блага визначає і роль держави в системі охорони здоров'я, формування цін на ринку медичних послуг і оплату праці людей, зайнятих у цій сфері.

Світова практика показує, що найбільший рівень соціального захисту населення досягається там, де всі елементи тріади мають державний характер і підпорядковані одному органу управління. Темпи соціально-економічного розвитку будь-якої країни безпосередньо залежать від здатності держави блокувати майнову конкуренцію громадян у можливості доступу до системи охорони здоров'я.

Навіть у багатих і законслухняних державах було потрібно багато часу і зусиль для того, щоб забезпечити перехід від порівняно малоефективної і витратної системи медичної допомоги, орієнтованої в основному на лікувальні функції, до системи медико-профілактичного обслуговування, а пізніше – і до моделі національної охорони здоров'я. Домогтися швидкого прогресу в цьому питанні не вдалося навіть у тих країнах, де завдання формування здорового способу життя населення зведено в ранг офіційної державної політики (США, Норвегія), незважаючи на постійні зусилля влади пропагувати здоровий спосіб життя і спроби перейти від страхування на випадок захворювання до страхування здоров'я (Швейцарія, ОАЕ). Сьогодні найбільший прогрес у

покращенні здоров'я громадян спостерігається в тих країнах (Швейцарія, Франція, ОАЕ, Японія), де влада надала можливість конвертувати дохід, отриманий державою від зниження витрат на лікувальну діяльність, у прибуток комерційних підприємств, що фінансують оздоровчі заходи. При такому підході громадське здоров'я стає важливим об'єктом економічних відносин і набуває реальної споживчої вартості не тільки для працедавців, а й для потенційних інвесторів. Проведення політики в галузі охорони здоров'я часто ускладнюється суперечністю між двома основними завданнями. З одного боку, демографічні зміни і розвиток техніки породжують потребу в нових методах, користуючись якими виробники медичних послуг могли б більш оперативно реагувати на потреби хворого. З іншого боку, недостатньо вивчені методи медичного втручання і недостатньо продумані схеми лікування створюють ризик для здоров'я, а іноді й для життя хворих.

Економічна модель вітчизняної системи охорони здоров'я не може бути зарахована в чистому вигляді до жодної з трьох найбільш відомих моделей охорони здоров'я, використовуваних у розвинутих країнах. Вважаємо за необхідне визначити економічну модель системи охорони здоров'я як бюджетно-страхову модель з багатоканальною системою фінансування, що тяжіє до соціально-страхової моделі. За рівнем державного фінансування українська модель близька до моделі, використовуваної у США. Проте ринкові механізми в Україні застосовуються слабо, відсутні стимули, засновані на принципах конкуренції.

В Україні існує серйозна суперечність між вимогою Конституції про надання безкоштовної медичної допомоги населенню і застосуванням принципів страхової медицини, де реальні страхові зобов'язання повинні мати конкретну економічну й технологічну основу. Унікальність вітчизняної моделі охорони здоров'я полягає в тому, що вперше у світовій практиці влада, зберігши в державній власності лікувальну мережу і використовуючи некомерційну форму вилучення страхових фінансових ресурсів, добровільно практично відмовилася від прямого фінансування державних установ охорони здоров'я і передовірила цю функцію комерційним посередникам. При цьому формально збережено "забезпечувальні" конституційні зобов'язання держави. Основною особливістю сучасної моделі охорони здоров'я ми вважаємо перехід на частково децентралізовану державно-комерційну схему управління, у якому адміністративне і фінансове посередництво стає не тільки законним, а й обов'язковим. Головними характеристиками подібної моделі господарських відносин є

відсутність єдиного замовника заходів охорони здоров'я і багатоступінчата система розподілу відповідальності перед лікувально-профілактичними установами і населенням. За такої організаційно-правової конституції держава, як і раніше, зберігає функції наймача медичного персоналу, прагне підтримувати відтворення засобів виробництва і конституційні гарантії перед населенням.

Комерційне використання державної лікувальної бази є звичайною практикою державних систем охорони здоров'я багатьох розвинутих країн, у тому числі і внаслідок нестачі державних ресурсів. Проте це не передбачає втрату державою контролю над позабюджетними доходами і не слугує підставою для децентралізації управління й залучення фінансових посередників, а в багатьох країнах заборонено допускати лікарські колективи до розподілу прибутку. Система управління охороною здоров'я не стимулює профілактику захворювань, не спонукає виробників медичних послуг до зниження собівартості, не стимулює підвищення якості й доступності медичної допомоги.

Світова охорона здоров'я для пошуків нормування медичної діяльності поступово переходить на так звані принципи ЕВМ (Evidence Based Medicine) – “медицина, заснована на доказах”, на відміну від використовуваного страховиками принципу “медицина поставлених алгоритмів дії”. Новий підхід покликаний наблизити охорону здоров'я до точних наук, стимулювати лікарів до використання наукових даних у лікуванні кожного конкретного хворого.

В українській системі охорони здоров'я зберігається жорстке закріплення пацієнта за дільничним лікарем і лікувально-профілактичною установою за місцем проживання, а практика фінансування не враховує вартість медичної послуги як товару. Такий стан справ дає нам змогу вважати, що в нашій країні існує спотворений ринок медичних послуг. Реально в системі охорони здоров'я існує основний (до 80%) ринок медичних послуг, де держава виступає одночасно в трьох особах: продавця медичних послуг, фактичного покупця медичних послуг і власника медичних установ, ринок платних послуг (до 5%) і тіньовий ринок медичних послуг (до 15%).

Проте неухильне зростання ринку медичних послуг, використання елементів технології маркетингу привели до зростання потреби населення в зів'язанні вартості і якості медичних послуг. У зв'язку з цим необхідно розширювати дослідження щодо практичного застосування технології маркетингу як в охороні здоров'я, що фінансується з бюджету, так і у сфері платних послуг населення, фінансованих за рахунок страхових ресурсів.

Застосування здобутків кожної з моделей неможливе без урахування особливостей перехідної економіки України, а саме: дефіциту державного бюджету; спаду виробництва; високого рівня безробіття; низького рівня доходів населення; високих темпів інфляції. В умовах спаду виробництва і зростання безробіття, яке спричиняє погіршення якості життя, потреба в медичних послугах зростає. Тому функціонування лікувально-профілактичних установ має потребу, в першу чергу, в безперебійному фінансуванні.

Отже, в перехідний період з характерним для нього дефіцитом державного бюджету розраховувати на ефективність державної моделі організації системи охорони здоров'я не доводиться. Низький рівень доходів населення і високі темпи інфляції значно обмежуватимуть платоспроможний попит на медичні послуги з боку приватних осіб. Спад виробництва й орієнтація на виживання не дають фірмам змоги здійснювати добровільне страхування своїх працівників. Тому використання ринкової моделі в умовах перехідного періоду призведе до того, що значна частина населення не зможе отримати необхідну медичну допомогу. Особливо це стосується таких соціально незахищених верств населення, як літні люди, інваліди, діти, оскільки це групи з найменшими доходами, але з найбільшими потребами в медичному обслуговуванні. Такі негативні наслідки в період економіко-політичних реформ можуть спричинити соціальний вибух.

IV. Висновки

Існування такого різноманіття систем і реформ, що проводяться, дає змогу зробити висновки, що жодна з них не є ідеальною. Кожна держава прагне створити найбільш прийнятну з погляду ідеології, економіки та ментальності охорону здоров'я, тому сліпе запозичення ідей і копіювання успішних систем не завжди дає позитивний ефект.

Список використаної літератури

1. Авраменко Н.В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Н.В. Авраменко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 194–196.
2. Блинова Н.С. Особенности финансирования здравоохранения в Украине / Н.С. Блинова, О.В. Савкина // 36. наук. праць ДонДУУ. Серія: Державне управління. – Донецьк: ДонДУУ, 2005. – Т. 7. – С. 221–228.
3. Голик Л.А. Управління якістю медичної допомоги – складова державного управління охороною здоров'я / Л.А. Голик, Я.Ф. Радиш, Д. Гак // Вісник УАДУ. – 2002. – № 1 – С. 152–160.
4. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони

- здоров'я / Ж.Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління. – 2010. – Вип. 3 (30). – С. 27–35.
5. Малагардіс А. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий. – К.: Проект Європейського Союзу "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", 2006. – 48 с.
 6. Про затвердження Положення про Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів від 22.03.2000 р. № 536 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 12. – С. 475.
 7. Рудий В.М. Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні / В.М. Рудий // Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. проф. В.М. Лехан]. – К.: Сфера, 2001. – С. 151–174.

Стаття надійшла до редакції 04.09.2013.

Чорновил Е.В. Экономические модели управления национальными системами здравоохранения

В статье проведен сравнительный анализ структурно-функционального обеспечения национальных систем здравоохранения. Определены функциональные особенности различных зарубежных моделей системы здравоохранения и оценены возможности их внедрения в систему здравоохранения Украины.

Ключевые слова: модель здравоохранения, реформирование, привлечение экономических ресурсов, потребности, рынок медицинских услуг, принцип равнодоступности медицинских услуг.

Chornovil O. Economic models management national health system

Health protection – is a very complex interconnected system, all elements of it require economical attention. Each country is historically formed and developing its own way to attract economic resources for medical help, preservation and improvement of populations health. The quantity and quality of resources allocated by society, effectiveness of their use in health protection sphere is determined by a complex system of economical, political and other relations that have been historically formed in the country.

The presence in this or that country relevant health protection system is determined by many circumstances, but withstanding all the differences in health protection systems of different countries which express their economical models can be identified depending on the role and functions carried out by the government in these processes.

Today, all existing economic models of health protection systems reduce to three basic economic models, namely: paid (market) medicine based on market principles, using mostly private health insurance and public health care programs; governmental (budget) medicine with budget system of financing and health protection system based on the principles of social insurance and regulation of the market with multi-channel financing system.

The use of achievements of every model features is impossible without taking in the account transition economics of Ukraine, namely: governmental budget deficit, the decline of production, high level of unemployment, low incomes of population, high rates of inflation. With the recession of production and rising unemployment, which causes deterioration of the quality of life, the need in health protection grows. Therefore, the functioning of health protection institutions require, firstly uninterrupted financing.

From the existence of such a variety of systems and reforms which are held can be concluded that none of them is perfect. Every country wants to create the most appropriate in terms of ideology, economy, and mentality of health protection, so blind borrowing of the ideas and drawing up successful systems doesn't always give positive effect.

Key words: model of health protection, reforming, attraction of economic resources, needs, health care market, the principle of equal accessibility of health services.