

УДК 351.84

*І. В. Миколаєць,
аспірант, Міжрегіональна академія управління персоналом, м. Київ*

ВПЛИВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НА ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

I. Mikolayets,
Graduate student of the Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv

THE INFLUENCE OF GOVERNMENTAL REGULATION ON THE MODEL OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Зазначено, що система державного регулювання надання медичних послуг в Україні, а так само в багатьох країнах, в області надання медичних послуг має змішаний характер. Населення України старіє і поступово частка працездатних і дійових осіб у країні, чиї кошти утворюють страхові фонди, скорочується. При цьому старіючому населенню необхідні пенсії та лікування. Визначено, що подальший розвиток українського суспільства, в цілому, і кожного громадянина можливо за умови формування логічного економічного мислення та переорієнтації самих людей на підвищення рівня своєї освіти, здоров'я, добробуту і, як наслідок, добробуту своєї держави. Різноманітність інститутів, форм і механізмів, які формують національні системи державного регулювання надання медичних послуг, особливості їх організації та функціонування, дозволяють не тільки виділяти додатково такі моделі, як латинська (католицька), рудиментарна (перехідна), патерналістська, але і ряд інших способів організації соціального захисту населення, а також у певному сенсі вважати, що моделі соціального захисту населення стільки ж, скільки і країн світу.

Запропоновано поєднання основ ліберальної і корпоративної моделі надання медичних послуг: розвиток систем страхування і адресна спрямованість потребують поєднанні з визначенням величини соціальної допомоги пропорційно трудовим доходам і розмірами відрахувань на страхові платежі при збереженні регулюючої ролі держави.

It is noted that the system of state regulation of provision of medical services in Ukraine, as well as in many countries, in the field of provision of medical services is mixed. The population of Ukraine is aging and gradually the share of able-bodied and active people in the country, whose funds form insurance funds, is shrinking. At the same time, old people need pensions and treatment. It is determined that further development of Ukrainian society as a whole and every citizen is possible, provided that the formation of logical economic thinking and the reorientation of the people themselves on the increase of the level of their education, health, welfare and, as a consequence, the welfare of their state. The variety of institutions, forms and mechanisms that form the national systems of state regulation of the provision of medical services, especially their organization and functioning, allow not only to provide additional models such as Latin (Catholic), rudimentary (transitional), paternalistic, but also a number of other ways of organization social protection of the population, and also in a certain sense, to assume that the models of social protection of the population are as many as the countries of the world.

It is proposed to combine the foundations of a liberal and corporate model of medical services: the development of insurance systems and targeted focus need to be combined with the definition of the amount of social assistance in proportion to labor income and the size of deductions for insurance payments while maintaining the regulatory role of the state.

Ключові слова: державне регулювання надання медичних послуг, страхові фонди, логічно-економічне мислення, соціальний захист населення, система страхування і адресна спрямованість, соціальна допомога.

Key words: state regulation of provision of medical services, insurance funds, logical and economic thinking, social protection of the population, insurance system and targeted orientation, social assistance.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ І ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ТА ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Система державного регулювання надання медичних послуг в сучасному стані об'єднує в собі страхуван-

ня різних соціальних ризиків, що призводять до зниження особистих доходів громадян або збільшення загальноносімейних витрат внаслідок необхідності отримання медичних послуг, втрати здоров'я від різних причин.

Нині найбільш поширеними способами компенсації втрат у результаті настання перерахованих вище ризиків

Таблиця 1. Введення загальнодержавних програм соціального захисту в частині забезпечення населення медичними послугами в ряді розвинених країн

Країни	Медичне страхування або надання безкоштовної медичної допомоги	Допомога по хворобі	Страхування від нещасних випадків на виробництві
Україна	1861/1991 р.	1861 р.	1903-1912 рр. / 1998 р.
Німеччина	1880 р.	1883 р.	1884 р.
Великобританія	1948 р.	1911 р.	1906 р.
Швеція	1962 р.	1910 р.	1901 р.
Франція	1945 р.	1930 р.	1946 р.
Італія	1945 р.	1943 р.	1898 р.
США	Частково 1935 р. и 1960 р.	-	1930 р.

є допомоги на випадок хвороби, компенсації від втрати здоров'я від нещасного випадку на виробництві, а також оплата медичних послуг, що надаються громадянам на безоплатній основі.

У цілому система державного регулювання надання медичних послуг в Україні, а так само в багатьох країнах, в області надання медичних послуг має змішаний характер. В одних країнах залежність державного регулювання надання медичних послуг у галузі охорони здоров'я від держави дуже значна, а в інших країнах участь держави зводиться до виконання регулюючої функції [1, с. 121].

Однак населення України старіє і поступово частка працездатних і дійових осіб у країні, чиї кошти утворюють страхові фонди, скорочується. При цьому старіючому населенню необхідні пенсії та лікування.

Безумовно, не можна відмовлятися від системи соціального захисту, але необхідний розумний баланс допомоги співгромадянам, з одного боку, збереження допомог і пенсій і системи заохочення працюючого, економічно активного населення, з іншого — надання податкових пільг.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ, У ЯКИХ ЗАПОЧАТКОВАНО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Протягом останнього десятиріччя питання пошуку шляхів удосконалення державного регулювання на формування моделі соціального захисту населення та надання медичних послуг були предметом наукових досліджень таких українських і зарубіжних учених, як О.В. Виноградов, В.Д. Долот, С.О. Дяченко, Л.І. Жаліло, Е. Ліннакко, Л.А. Ляховченко, А. Малагардіс, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова, В.М. Рудий, І.М. Солоненко, Н.Д. Солоненко, О.М. Торбас, М.І. Яцюк.

Всі моделі соціального захисту, так чи інакше, застосовують принципи соціальної справедливості, які були досліджені такими іноземними вченими, як А. Сміт, І. Бентам, У. Петті, Дж.М. Кейнс, К. Маркс, Дж. Мілль, Дж. Роулс, Д. Хайман, А. Маршалл, В. Ойксн, М. Аллі, Дж. К. Гелбрейт, А. Сеп та ін.

Проте дослідження, в яких із позицій системного підходу розглядається процес ціноутворення на медичні послуги як одного з важливих напрямів фор-

мування впливу державного регулювання на формування моделі соціального захисту населення потребують додаткової уваги. У процесі вивчення цього питання необхідно застосування комплексного підходу, а також уточнення національної моделі соціального захисту населення щодо надання медичних послуг.

МЕТА СТАТТІ

Метою статті є дослідження моделей соціального захисту населення в залежності від впливу державного регулювання, а також формування національної моделі надання медичних послуг.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБГРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Це залежить від досвіду кожної країни в цьому питанні, в індустріальних країнах соціальне забезпечення відмінно від країн з перехідною економікою. А також налагодженість системи залежить від тривалості її функціонування, роки введення загальнодержавних програм соціального захисту в ряді країн показані в таблиці 1 [2].

Дані, представлені в таблиці 1, дозволяють зробити висновок про те, що Україні за період соціалізму зупинилася на значний час у розвитку соціальної механізми, особливо в питанні надання медичних послуг. Це пояснюється тривалим періодом функціонування державної системи охорони здоров'я, що уповільнило процес розвитку механізмів соціального захисту населення в частині надання медичних послуг. По суті Українська модель соціального забезпечення, з розглянутих вище, сама "молода", а отже, розвивається і не налагоджена.

У 1991 році шведський вчений Г. Еспінг-Андерсен запропонував класифікувати моделі соціального захисту в залежності від типу державного устрою. Така типологізація була широко визнана світовою спільнотою [3].

Особливу увагу він приділяв ліберальній моделі, на його думку, формування даної моделі відбувалося за часів панування приватної власності і перева-

жання ринкових відносин, під впливом ліберальної трудової етики. Така модель характеризується прагненням держави до адресної допомоги, привело до відокремлення державної допомоги від вільного ринку. Головна мета такого підходу — ліквідація бідності.

Принципи латинської державної політики, що відносяться Еспінг Андерсоном, наведені в ряді "папських листів", виданих Ватиканом у ХХ ст. Головним принципом є допомога. У християнському соціальному вченні даний принцип означає, що допомога в вирішенні виникаючих проблем повинна бути надана найближчій інстанцією (сам індивід або члени його сім'ї). Така інстанція — місцева громада, включаючи церкву і цивільні організації, а також сусіди; якщо і це не допоможе, то індивіду слід скористатися послугами страхування. Останньою інстанцією є державний сектор, який характеризується низьким рівнем державних витрат на соціальну захищеність населення. Ця модель характеризується як сімейно-релігійна, причому церкви відводиться головна роль.

Подібний підхід у систематизації національних моделей інститутів соціального захисту, заснований на дослідженні тенденцій розвитку програм соціального захисту в країнах світу, запропонував вітчизняний вчений Я.Ф. Радиш. Його точка зору полягає в такому:

- неоконсервативної модель (США, Англія, Канада);
- соціально-демократична модель (Швеція, Данія, Швейцарія, Люксембург);
- модель, заснована на теорії соціального суспільства (ФРН, Австрія);
- модель, заснована на теорії держави загального добробуту (Франція, Бельгія, Японія);
- незрозуміла модель (Італія) [4, с. 58].

Виділення останньої категорії, пояснюється складністю класифікації, з за великого різноманіття форм і методів соціального захисту.

Однак за класифікацією С.О. Дяченко Великобританію та Ірландію використовується Англосаксонська модель (модель Беверіджа), яка базується на таких принципах: принцип загальності (універсальності) системи соціального захисту — поширення її на всіх які потребують матеріальної допомоги громадян; принцип однаковості і уніфікації соціальних послуг і виплат, що виражається в однаковому розмірі пенсій, допомог і обсягу медичного обслуговування, а також в однакових умовах їх надання.

Консервативна (корпоративна) модель (за С.О. Дяченко — також модель індустріально-економічного розвитку або Бісмаркова) характерна для країн з соціально орієнтованою ринковою економікою, наприклад, Австрія, Німеччина, Франція [5, с. 151]. Бюджетні відрахування на соціальні заходи тут приблизно рівні страхових внесках працівників і роботодавців, основні канали перерозподілу знаходяться або в руках держави, або під його контролем. Разом з тим, держава прагне поступатися матеріальну підтримку громадян системі страхового захисту. Завдяки цьому величина соціальних допомог знаходиться в про-

порціональної залежності від трудових доходів і, відповідно, від розмірів відрахувань на страхові платежі.

За С.О. Дяченко, в Італії, Іспанії, Греції та Португалії використовується Південно-європейська модель соціального захисту [6]. Таку модель можна інтерпретувати як розвивається, перехідну. Як правило, рівень соціальної захищеності тут відносно низький, завдання соціального захисту розглядається часто як турбота родичів та сім'ї, а соціальна політика носить переважно пасивний характер і орієнтована на компенсацію втрат в доходах окремих категорій громадян.

Соціал-демократична модель застосовується в Швеції, Норвегії, Фінляндії, Данії, а також Нідерландах і Швейцарії [7, с. 254]. Ця модель має на увазі провідну роль держави в захисті населення. Пріоритетними завданнями державної соціальної політики вважаються вирівнювання рівня доходів населення і загальна зайнятість. Основою фінансування соціальної сфери служить розвинений державний сектор економіки, зміцненню якого не в останню чергу сприяє дуже високий рівень оподаткування.

Наведені нами моделі національних систем соціального захисту ніде в світі в ідеальному варіанті не зустрічаються. На практиці елементи тих чи інших моделей поєднуються при явному переважанні будь-яких з них [8, с. 12].

Частка державних витрат у ВВП становить у Швеції 66%, в Данії — 61%, у Фінляндії — 56%. Основна частина цих витрат йде на задоволення потреб об'єктів соціального призначення [9, с. 31].

Планові видатки на охорону здоров'я в 2016 р. в Україні склали 11,86 млрд грн, що на 0,24 млрд грн більше ніж було у 2015 р. (11,62 млрд грн). Їх частка у загальній кількості видатків знизилась з 2% до 1,78%. Темпи зниження — 2,07%.

Видатки на охорону здоров'я України за 2015—2016 роки:

1) поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога: збільшено на 0,47 млрд грн (72,31%), з 0,65 млрд грн до 1,12 млрд грн, зростання частки в загальних обсягах видатків на охорону здоров'я з 5,59% до 9,44%;

2) лікарні та санаторно-курортні заклади: зниження на 0,1 млрд грн (2,28%), з 4,39 млрд грн до 4,29 млрд грн, зниження частки — з 37,78% до 36,17%;

3) санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи і заклади: зниження на 0,03 млрд грн (2,52%), з 1,19 млрд грн до 1,16 млрд грн, зниження частки — з 10,24% до 9,78%;

4) фундаментальні та прикладні дослідження і розроблення у сфері охорони здоров'я: зниження на 0,04 млрд грн (13,79%), з 0,29 млрд грн до 0,25 млрд грн, зниження частки — з 2,5% до 2,11%;

5) інша діяльність у сфері охорони здоров'я: зниження на 0,06 млрд грн (1,18%), з 5,1 млрд грн до 5,04 млрд грн, зниження частки — з 43,89% до 42,5%.

Видатків на медичне обладнання в 2016 р. не передбачалося.

Стан здоров'я населення залишається складним. Україна є "лідером" щодо розповсюдження

серйозних захворювань, що пов'язано з недостатнім рівнем забезпечення фінансування заходів із профілактики захворювань та лікування громадян [10, с. 29].

ВИСНОВКИ

У зв'язку з цим нами запропоновано, поєднання основ ліберальної і корпоративної моделі надання медичних послуг: розвиток систем страхування і адресна спрямованість потребують поєднати з визначенням величини соціальної допомоги пропорційно трудовим доходам і розмірами відрахувань на страхові платежі при збереженні регулюючої ролі держави.

Подальший розвиток українського суспільства, в цілому, і кожного громадянина можливо за умови формування логічного економічного мислення та переорієнтації самих людей на підвищення рівня своєї освіти, здоров'я, добробуту і, як наслідок, добробуту своєї держави.

Різноманітність інститутів, форм і механізмів, які формують національні системи державного регулювання надання медичних послуг, особливості їх організації та функціонування, дозволяють не тільки виділяти додатково такі моделі, як латинська (католицька), рудиментарна (перехідна), патерналістська, але і ряд інших способів організації соціального захисту населення, а також в певному сенсі, вважати, що моделі соціального захисту населення стільки ж, скільки і країн світу.

Література:

1. Князевич В.М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В.М. Князевич, В.В. Лазоринський, І.В. Яковенко, Г.О. Слабкий, Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, М.В. Голубчиков, Д.Д. Дячук. — К.: Вид-во "Київ", 2009. — 437 с.
2. Карамішев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д.В. Карамішев [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>
3. Ігнат'єва Г.Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг / Г.Ф. Ігнат'єва [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm>
4. Артамонова Н.О. Інформаційне забезпечення трансферу медичних технологій як сучасний комунікаційний механізм інноваційної діяльності / Н.О. Артамонова // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія: наук. журн. — 2009. — № 3. — С. 56—66.
5. Крупник А.С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України / А.С. Крупник // Ефективність державного управління: зб. наук. праць ЛРІДУ. — Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. — Вип. 14. — С. 146—154.
6. Полтораков О. Громадський контроль над "силовими" структурами в Україні: проблеми та перспективи / О. Полтораков [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.niisp.gov.ua/articles/109/
7. Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії: монографія / За ред. І.О. Кресіної. — К.: Логос, 2007. — 316 с.
8. Глуховський В.В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В.В. Глуховський, Н.Г. Гойда // Охорона здоров'я України. — 2003. — № 4. — С. 27.
9. Глуховський В. Громадські ради у системі охорони здоров'я: досвід, позиції і можливості / В. Глуховський // Упр. закл. охорони здоров'я. — 2011. — № 11. — С. 28—39.
10. Андрійко О.Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України / О.Ф. Андрійко. — К.: Вид-во "Ін-Юре", 1999. — 238 с.

References:

1. Kniazevych, V.M. Lazoryshynets, V.V. Yakovenko, I.V. Slabkyi, H.O. Voronenko, Iu.V. Moskalenko, V.F. Holubchikov, M.V. and Diachuk, D. (2009), Okhorona zdorov'ia Ukrainy: stan, problemy, perspektyvy [Healthcare Ukraine: state, problems and prospects], Vyd-vo "Kyiv", Kyiv, Ukraine.
2. Karamyshev, D.V. (2006), "Quality management of medical care in the context of innovative reforms of health care system", available at: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf> (Accessed 15 Feb 2017).
3. Ihnatieva, H.F. (2007), "Standardization medical care as a factor in the socialization of state management services", available at: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm> (Accessed 15 Feb 2017).
4. Artamonova, N.O. (2009), "Information support of transfer of medical technology as a modern communication mechanism of innovation activities", Bibliotekoznavstvo. Dokumentoznavstvo. Informolohiia, vol. 3, pp. 56—66.
5. Krupnyk, A. S. (2007), "Foreign experience of social control: lessons for Ukraine", Efektyvnist derzhavnoho upravlinnia, vol. 14, pp. 146—154.
6. Poltorakov, O. (2017), "Public control over "power" agencies in Ukraine: Problems and Prospects", available at: www.niisp.gov.ua/articles/109/ (Accessed 15 Feb 2017).
7. Kresinoi, I. O. (2007), Derzhava i hromadianske suspilstvo v Ukraini: problemy vzaiemodii [State and civil society in Ukraine: problems of interaction], Lohos, Kyiv, Ukraine.
8. Hlukhovskiy, V. V. and Hoida, N. H. (2003), The role of the public in the implementation of the rights of citizens and patients in the healthcare system: the international experience of creating public healthcare systems to Ukraine, Okhorona zdorov'ia Ukrainy, vol. 4, pp. 27.
9. Hlukhovskiy, V. (2011), "Community councils in the healthcare system: experiences, positions and opportunities", Upr. zakl. okhorony zdorov'ia, vol. 11, pp. 28—39.
10. Andriiko, O. F. (1999), Derzhavnyi kontrol u sferi vykonavchoi vlady Ukrainy [State control in the sphere of the executive power of Ukraine], In-lure, Kyiv, Ukraine. *Стаття надійшла до редакції 11.11.2017 р.*