
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ

Москаленко В.Ф.

СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КЛАСИФІКАЦІЮ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

***Резюме.** В статті висвітлено різні підходи до типологізації систем охорони здоров'я. Охарактеризовано найбільш поширені їх типи: державну (національну), страхову, приватну (ліберальну) модель. Проаналізовано їх переваги і недоліки. Представлено характеристики оптимальної моделі охорони здоров'я.*

***Ключові слова:** система охорони здоров'я, державна (національна), страхова, приватна (ліберальна), модель, оптимальна модель, організація, фінансування, управління, надання послуг.*

Системи охорони здоров'я, що відповідають за збереження та зміцнення здоров'я, як суспільні інституції формувалися протягом тривалого часу. Витоки їх розвитку сягають багатьох століть. У сучасному розумінні цього терміну системи охорони здоров'я сформувалися на початку ХХ століття.

На межі III тисячоліття вони стикаються з численними проблемами, в т.ч. зі зростаючими запитами населення, дефіцитом ресурсів, високою вартістю медичних послуг. Уряди країн намагаються, щоб зростаючий тягар витрат не ставив під загрозу базові цінності охорони здоров'я. В багатьох країнах постійно ведеться пошук більш досконалих моделей систем охорони здоров'я, критеріїв їх типології та оцінки. Ключове завдання будь-якої системи охорони здоров'я – як за мінімальні ресурси досягти максимально високого рівня медичних послуг, медичної допомоги, медичного обслуговування. Ці завдання є актуальними для усіх країн в усі часи. Їх вирішення потребує особливої уваги до побудови та функціонування систем охорони здоров'я, їх оптимізації, створення універсальної моделі охорони здоров'я.

Різноманітність існуючих в країнах систем організації охорони здоров'я викликає необхідність їх типологізації. Факторами, що зумовлюють наявність тієї чи іншої моделі системи

охорони здоров'я, є суспільний лад, політичне становище, загальний рівень соціально-економічного розвитку країни, соціальна політика держави з охорони здоров'я населення, територія, щільність населення, демографічні, епідеміологічні особливості, історичні, культурні, національні, релігійні традиції і т.д. Однак, універсальної, єдиної, достатньо чіткої їхньої типології сьогодні не існує [1–5].

Системи охорони здоров'я можна класифікувати за кількома групами у відповідності з певними їхніми характеристиками або типом правління і економіки країни та суспільства. Вони класифікуються за видами фінансування (податок, соціальне страхування, готівкові витрати); домінуючим типом власності / постачальника послуг (державний, приватний, благодійний); рівнем управління (централізовані, децентралізовані, частково децентралізовані); політичною філософією, що лежить в основі суспільного ладу (соціалізм, капіталізм); рівнем державного втручання / страхового захисту (універсальний або недостатній); видом державного устрою (федеральний, унітарний); рівнем валового національного продукту (високий, низький) та економічного розвитку (промислово розвинені країни і країни, що розвиваються) [6].

Ці різні критерії часто є показниками, за якими порівнюються системи охорони здоров'я, для

того, щоб оцінити фінансовий результат діяльності однієї країни в порівнянні з іншими країнами такого ж рівня розвитку.

Існуючі сьогодні системи охорони здоров'я моделюються згідно з однією або декількома схемами, які з'явилися й удосконалювалися, починаючи з кінця XIX століття. За з однією з найпоширеніших класифікацій за принципом організації та фінансування, вони поділяються на державні (національні системи), системи, побудовані на принципах страхової медицини і приватні. Їх можна класифікувати відповідно до домінуючого способу фінансування та управління.

У кожній країні переважає той чи інший тип системи з елементами інших. Державна (національна) система чітко представлена у Великій Британії, її різновидом є модель М.О. Семашка). Страхова система найбільш повно і чітко представлена в Німеччині та Франції. Ліберальна (приватна) система найбільш характерна для охорони здоров'я США.

За рівнями управління системи охорони здоров'я поділяються на централізовані, коли місцевим органам управління підпорядковуються всі заклади охорони здоров'я, децентралізовані, коли установи функціонують на основі статутів, а вказівки центральних та місцевих органів охорони здоров'я для них не є обов'язковими, і частково децентралізовані, коли місцеві органи охорони здоров'я та заклади не підкоряються центральним органам.

За іншою типологією моделі діляться на універсалістські; соціального страхування або континентальні; "південні"; інституційні або соціально-демократичні; ліберальні; консервативні корпоративні; латиноамериканські; індустриальних держав Східної Європи; країн з перехідною економікою [7,8].

Для універсалістської моделі основним джерелом фінансування слугують загальні податкові надходження національних бюджетів. Зазначений тип моделі функціонує у Великій Британії, Ірландії, Данії. Модель соціального страхування, або модель Бісмарка, протягом багатьох років результативно працює в Німеччині, Австрії, Франції, Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі. Її фінансове забезпечення відбувається в основному за рахунок страхових внесків. Для "південної моделі", яка існує в Іспанії, Португалії, Греції, Італії, характерним є змішаний тип фінансування.

Особливістю інституційної або соціал-демок-

ратичної моделі, найбільш повно представленій в Швеції і Фінляндії, є переважне фінансування через податкові надходження регіональних бюджетів. У ліберальних моделях домінують приватні джерела фінансування, що яскраво демонструє США, Південна Корея, деякі інші країни. Представником країни з консервативною корпоративною моделлю фінансування на базі виступу є Японія. Основним джерелом фінансування там є обов'язкові відрахування, пов'язані з рівнем доходів.

У багатьох країнах існують і розвиваються змішані системи і різні типи, організаційні форми охорони здоров'я. Типи системи визначається цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним ладом, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією й іншими чинниками.

Країни Європейського Союзу можна розділити на дві великі групи і ряд підгруп по організації доступу до медичної допомоги. У першу групу входять країни, де переважає соціальне страхування. Іншу велику групу країн складають країни з національними або державними системами охорони здоров'я. З них централізовані системи представлені у Великобританії та Ірландії, децентралізовані – в країнах Південної Європи, зокрема, Греції, Іспанії, Португалії і Північної Європи, в т.ч. Данії, Фінляндії, Швеції [9–10].

Різні моделі систем охорони здоров'я відрізняються принципами побудови та співвідношенням елементів. Вони визначаються суспільним ладом, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими особливостями, включаючи специфічну для кожної країни систему спеціальних компенсаторів, які дозволяють вносити корективи і робити преференції в організаційному, фінансовому та ін. відношенні, сприятиме більш ефективному і оптимальному їх функціонуванню і т.д. [11]

У сучасних системах охорони здоров'я можуть переважати певні форми, оскільки ніде немає системи в "чистому" вигляді, без елементів інших систем. У всіх країнах з державною системою охорони здоров'я існують приватні організації і установи, що здійснюють добровільне, приватне медичне страхування. У країнах з приватною і страховою медициною є державні, бюджетні установи охорони здоров'я. Тобто, у різних країнах, як правило, віддається перевага тому або іншому фінансовому джерелу забезпечення охорони здоров'я всього населення або більшості жителів,

особливостям управління системою, співвідношенням її складових і т.п.

Типовим прикладом державної системи охорони здоров'я є система охорони здоров'я Великої Британії. Така система охорони здоров'я отримала розвиток також у Греції, Данії, Ірландії, Іспанії, Італії, Канаді, Норвегії, Португалії, Швеції [12–19]. Національна система охорони здоров'я існувала з 1920-х до початку 1990-х рр. в СРСР і країнах Східної Європи і відома як модель М.О. Семашка. Основні риси національної системи охорони здоров'я: охоплення всього населення послугами охорони здоров'я; медичні послуги розглядаються як суспільне благо, від користування яким у вигаді залишаються всі громадяни; основний постачальник медичних послуг – держава; рівна доступність медичної допомоги для всіх жителів; фінансування з коштів загального оподаткування; управління урядовими органами.

Модель М.О. Семашка характеризується всеохоплюючою роллю держави в організації охорони здоров'я та надмірною централізацією управління. Медичні працівники та адміністрації медичних установ, як правило, були обмежені у функціях управління, а сама система була невідомою населенню. Її фінансування здійснювалося за залишковим принципом. За планової економіки системи, побудовані на основі моделі М.О. Семашка, змогли досягти певних успіхів у збереженні і зміцненні здоров'я населення. Вони довели свою ефективність в умовах переважно інфекційного типу патології та відносно невеликих витратах на охорону здоров'я. Однак, в умовах переходу до ринкової економіки та зміни парадигми здоров'я з інфекційної на неінфекційну вони виявилися неефективними, що зумовило необхідність проведення реформ [20–21].

В результаті проведеної в 1948 р. реформи охорони здоров'я у Великій Британії було створено загальнонаціональну службу охорони здоров'я, яка надає послуги практично всьому населенню. Її концептуальні засади було закладено англійським економістом Вільямом Беверіджем в 1942 р. Національна система охорони здоров'я, заснована на принципах бюджетного фінансування, має два можливих варіанти фінансування: шляхом створення державних страхових фондів, ресурси яких в подальшому використовуються для фінансування медичних установ; за допомогою прямого фінансування медичних установ, минаючи державні страхові фонди.

У країнах з національною системою охорони здоров'я, зокрема у Великій Британії, визначення політики в галузі охорони здоров'я та відповідальність за фактичне забезпечення медичної допомоги є завданням Міністерства охорони здоров'я. Організацією забезпечення населення медичними послугами займаються національна служба охорони здоров'я та її місцеві відділення. Служба охорони здоров'я надає практично всьому населенню безоплатну медичну допомогу, зі збереженням 4–5% платних лікарняних ліжок для бажаних отримати лікування в більш комфортних умовах, з символічною оплатою ліків за рецептами за однаковою ціною незалежно від їх вартості, оплатою протезів, окулярів і т.п. Медичні послуги, як і вся діяльність медичних установ, на 85–87% забезпечуються державним бюджетом. Решта коштів надходить з приватних джерел і джерел добровільного медичного страхування. Бюджет формується з податків на підприємства і громадян, розподіляється урядом відповідно до рішень парламенту через центральний орган управління – Міністерство (департамент) охорони здоров'я. У британській моделі охорони здоров'я виділяють 3 рівні: центральний, регіональний, місцевий. Міністерству охорони здоров'я безпосередньо підпорядковані регіональні управління охорони здоров'я, а їм, у свою чергу, підпорядковуються місцеві управління. У національних системах охорони здоров'я функції центрального уряду і органів управління на місцях, як правило, чітко розмежовані. Пріоритети та шляхи розвитку охорони здоров'я перебувають у компетенції центральних органів управління, а організація і планування діяльності медичних установ на місцях здійснюються місцевими органами влади [13].

Система охорони здоров'я складається з трьох секторів: позалікарняна допомога (лікарі загальної практики, фармацевти, зубні лікарі, амбулаторно-поліклінічні заклади, аптеки, тобто персонал і установи системи первинної медико-соціальної допомоги); лікарняна допомога (лікарі госпіталів, лікарняних служб, амбулаторій при госпіталях, інший персонал стаціонарів); медико-соціальні служби, підвідомчі муніципалітетам (санітарно-гігієнічні, допомога патронажних медичних сестер тощо).

Первинна медична допомога представлена загальними лікарськими практиками, які є незалежними некомерційними структурами. У більшості випадків лікар або група лікарів володіє приміщенням, обладнанням на праві власності і наймає інший персонал. Лікарі загальної практи-

ки працюють на умовах індивідуального контракту з місцевим управлінням охорони здоров'я. У Великій Британії, як і в ряді інших країн, поширено групову практику, тобто добровільне об'єднання декількох лікарів, що працюють в одному приміщенні. Населення вільно вибирає лікаря загальної практики (сімейного лікаря). Як правило, один лікар обслуговує 3,0–3,5 тис. пацієнтів. Робочий день лікарів не лімітовано, лікар зобов'язаний прийняти пацієнта або відвідати його вдома в будь-який час. Консультації фахівців проводяться в амбулаторіях лікарень. На консультації і стаціонарне лікування направляють лікарі загальної практики.

Вторинна медична допомога, в тому числі спеціалізована амбулаторна, надається в госпіталах. Діяльність стаціонарів контролюється лікарняними радами, комітетами або трастами, які існують в районах і регіонах. Муніципальний сектор підпорядковується місцевій владі.

Існують деякі відомчі установи в системі Міністерства праці, Міністерства оборони і т.п. У лікарнях та місцевих службах персонал отримує фіксовану заробітну плату відповідно до норм і тарифів. У секторі загальної практики оплата проводиться за кожну "приписану" до лікаря або групи лікарів особу суворо за тарифом, що встановлюється законом.

Бюджетні системи фінансування охорони здоров'я позитивно зарекомендували себе протягом більше 50 років існування. У Великій Британії лише близько 12% жителів країни користуються послугами приватного медичного страхування [22]. Більшість же медичних послуг в рамках державної системи медичного страхування надаються безоплатно. Частково оплачуються тільки деякі види медичних послуг, наприклад, виписка рецепта і профілактичний огляд. Виняток становить стоматологічна допомога, 80% вартості якої, як правило, оплачує пацієнт.

Звільнення від доплат має досить широке коло громадян. Це вагітні жінки, діти, одержувачі соціальної допомоги і допомоги по безробіттю, хворі на хронічні захворювання, пенсіонери, інваліди війни.

Національна система охорони здоров'я надає населенню суттєві пільги у придбанні ліків. Для дітей і підлітків у віці до 16 років, студентів до 18 років і тих, кому більше 80 років, медикаменти надаються безоплатно. Для пенсіонерів передбачено систему знижок, що визначаються розміром пенсії і рівнем добробуту. Незважаючи на відносно низькі витрати на потреби охорони здоров'я, в

цій країні в порівнянні з іншими країнами Європейського Союзу досягнуто позитивних результатів, а за рядом показників вони є навіть кращими, ніж в деяких європейських країнах.

Модель національної охорони здоров'я характеризується високим ступенем соціальної захищеності громадян шляхом встановлення гарантій надання безоплатної медичної допомоги, досить значною економічністю, яка проявляється, насамперед, у низькому рівні адміністративних витрат і можливостях щодо скорочення витрат на медичне обслуговування шляхом збереження коштів на придбання і використання дороговартісної техніки, ефективністю в боротьбі з інфекційними захворюваннями [23].

Однак бюджетним моделям властиві певні недоліки. Істотною слабкістю є схильність до монополізму. Наслідком цього є зниження якості медичних послуг через відсутність можливості контролювати діяльність медичних установ з боку пацієнтів; посилення дефіциту медичних послуг, що призводить до тривалого очікування в наданні певних їх видів. Модель характеризується недостатньою орієнтацією на пацієнта, відсутністю можливості вибору лікаря та медичної установи. Досить часто лікарі воліють працювати в закладах охорони здоров'я, а не за місцем проживання пацієнта. Бюджетна модель відрізняється зайвою бюрократизацією та авторитарністю управління. Переважання суспільної власності в охороні здоров'я призводить до обмеження вільного ринку медичних послуг. Незважаючи на широке охоплення населення медичними послугами, моделі притаманна нерівність у розподілі медичної допомоги між різними адміністративними територіями. Це проявляється в концентрації ресурсів охорони здоров'я в столицях і великих містах. До недоліків моделі належить велика залежність фінансування від зміни політичних пріоритетів, обмеженість матеріальних стимулів у діяльності медичних працівників, слабка залежність оплати праці і фінансування працюючих у цій сфері від обсягів і якості виконаної роботи.

З метою усунення цих недоліків в останні роки в країнах проводяться реформи, згідно з якими здійснюється децентралізація, демонополізація, розширюються фінансові та адміністративні права керівників госпіталів, організовується допуск засобів медичного страхування, передбачається інтеграція секторів, особливо первинної медико-санітарної допомоги і стаціонарів, створюються довірчі (трастові) ради, підвищується рівень самоврядування лікарень.

Іншим найбільш поширеним типом систем охорони здоров'я є система, побудована на принципах страхової медицини. Необхідність введення страхової медицини була обумовлена наявністю широкого приватного сектора в охороні здоров'я з високими цінами на медичні послуги, недосконалістю ринку, інформаційної асиметрією тощо. Тому, поряд з політичними і соціальними причинами введення страхової медицини, важливу роль у його появі відіграла ідея забезпечення більшої доступності медичних послуг для населення.

Страхова система охорони здоров'я, або модель О. Бісмарка поширена в багатьох країнах світу. У Європейському регіоні вона найбільш типово представлена в Німеччині. Загальні принципи цієї моделі закладено ще в кінці XIX ст. канцлером О. Бісмарком, який запропонував основи прогресивного для того часу соціального законодавства, що надалі стало зразком для інших індустріальних держав. Саме тоді було створено три сфери соціального страхування, існуючі в німецькій системі соціального захисту і до теперішнього часу: страхування осіб похилого віку та інвалідів; страхування від хвороби; страхування від нещасних випадків на виробництві [24–26].

В кінці XIX – початку XX ст. у багатьох європейських країнах було прийнято закони про обов'язкове медичне страхування. Необхідність реалізації ідеї соціальної солідарності у сфері охорони здоров'я, з одного боку, і дефіцит коштів на оплату медичної допомоги, з іншого, вимагали втручання держав у процес організації та контролю обов'язкового страхування.

Солідарність в охороні здоров'я передбачає об'єднання всіх видів ризиків здоров'я. Вона включає будь-які заходи, з допомогою яких медичні витрати покриваються самими пацієнтами, а люди, які в даний період часу є здоровими, надають фінансову підтримку тим, хто захворів і користується послугами служб охорони здоров'я.

Професійна солідарність передбачає існування страхових фондів, якими управляють на паритетних засадах найняті працівники та підприємці. Ці фонди акумулюють соціальні відрахування з заробітної плати, з яких і здійснюються страхові виплати.

Характерними рисами страхової моделі охорони здоров'я є наявність декількох основних джерел та децентралізованої системи фінансування, контроль якості медичної допомоги та обсягів видатків на медичні послуги, різноманіття форм

власності і господарювання, регульоване ціноутворення на медичні послуги, різноманіття форм і способів оплати медичної допомоги.

Оплата страхових внесків відбувається в різних пропорціях. У Німеччині це співвідношення однакове як для працівників, так і для роботодавців, а у Франції значну частину витрат у фінансуванні страхових фондів бере на себе роботодавець.

Величина страхових відрахувань залежить, в першу чергу, від розмірів доходів і становить від 1 до 19% заробітної плати.

Для підприємців, фермерів, ремісників, дрібних торговців і т.д. діють особливі правила страхування, не такі як для осіб, які працюють за договором найму.

Крім оплати медичної допомоги, застраховані мають право на одержання допомоги в разі тимчасової втрати працездатності. Умови отримання цієї допомоги в різних країнах відрізняються, але для всіх цих країн характерним є період "очікування", який передує виплаті допомоги.

Для малозабезпечених членів суспільства, які не мають можливостей отримувати медичні послуги з ряду причин, у т.ч. внаслідок відсутності необхідного страхового стажу, національна солідарність реалізується за допомогою системи соціальної допомоги.

Незважаючи на існування принципу обов'язковості соціального страхування, в різних країнах його дотримуються не повною мірою. У деяких країнах страхування охоплено практично все населення (Бельгія, Франція, Австрія), а в деяких з кола осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню, виключаються ті, хто має доходи більше законодавчо встановленого рівня. Участь у програмах добровільного страхування можлива за умови перевищення граничного рівня заробітної плати.

Страхові системи оплати медичної допомоги в порівнянні з бюджетними мають ряд переваг. Адресність і цільова спрямованість страхової медицини проявляється в її більшій орієнтації на пацієнта. Лікар як первинна інстанція в системі охорони здоров'я бере на себе відповідальність за забезпечення всіх необхідних медичних послуг.

Перевагою моделі є достатньо високий (90% і більше) ступінь охоплення населення медичним страхуванням, наявність гарантій безоплатної допомоги. Частина страхових надходжень залишається, як правило, на місцевому рівні, що є джерелом фінансування різних місцевих програм охорони здоров'я. Функції фінансування та на-

дання медичних послуг розділено. Існує можливість контролю за використанням страхових коштів та якістю медичної допомоги, можливість вибору лікаря та лікувального закладу для застрахованих, свобода вибору страхових фондів для працівників і підприємців, що сприяє конкуренції між різними страховими компаніями.

Забезпечення більшого залучення коштів підприємств і працівників, зацікавлених в отриманні медичної допомоги, обумовлено прозорістю фінансування страхової медицини, а також прямим формуванням фондів, на відміну від бюджетного фінансування охорони здоров'я.

Однак, ця перевага часто породжує проблеми, пов'язані зі збільшенням вартості лікування, що, в свою чергу, призводить до дефіциту коштів страхових фондів і, як наслідок, до збільшення ставок страхових внесків підприємців і працівників. З цієї точки зору модель виявляється дороговартісною. У відсотках від ВВП її вартість майже вдвічі більша, ніж державної моделі. Висока вартість зумовлена значними адміністративними витратами, пов'язаними з обробкою фінансових звітів, специфікою діяльності лікарів, зацікавлених в наданні дорогих і часто не потрібних пацієнту послуг; збільшенням витрат на маркетинг і рекламу в умовах конкуренції. Недоліками моделі страхової медицини є також переважне використання ресурсів на лікувально-діагностичні цілі з обмеженням можливостей суспільної охорони здоров'я і санітарної освіти, здійснення медичної профілактики. Існують певні труднощі в управлінні та координації діяльності системи, можливе скорочення страхових фондів за певних економічних та демографічних змін. У страхових системах недостатньо застосовується довгострокове стратегічне планування в національному масштабі.

Рейтинг європейських систем охорони здоров'я, проведений незалежною аналітичною організацією "Health Consumer Powerhouse" і представлений у доповіді "2009 Euro Health Consumer Index" свідчить, що провідні місця в ньому займають країни, охорона здоров'я яких фінансується переважно з громадських джерел, в т.ч. Нідерланди, Данія, Ісландія, Австрія, Швейцарія, Німеччина, Франція, Швеція, Норвегія і Бельгія [27].

Третім різновидом систем охорони здоров'я є приватна або ліберальна. Провідне місце належить організаціям добровільного медичного страхування.

Найбільш повно приватна система охорони здоров'я представлена в США. Вона характери-

зується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання. Для більшості населення страхування здоров'я є приватною справою кожного. Під впливом орієнтованих на ринок концепцій медичне обслуговування розглядається як товар, який може вільно купуватися і продаватися в умовах відкритого ринку. Основним джерелом фінансування медичної допомоги є приватні кошти громадян і прибуток (дохід) юридичних осіб. Головним постачальником медичних послуг є приватний сектор. Існує великий вибір медичних установ, лікарів. Населення через страхові компанії, які об'єднують приватних лікарів, купує поліси приватного медичного страхування. При цьому обсяг і якість медичної допомоги визначається фінансовими можливостями людини, оскільки кожен платить сам за себе. Цим відрізняється приватне страхування від соціального, де діє принцип соціальної солідарності. Провідна форма медичного обслуговування – добровільне приватне медичне страхування, яким охоплено більше 80% населення [28–29].

Страхові, медичні та інші організації, що акумулюють фінансові кошти охорони здоров'я та забезпечують надання медичної допомоги, мають переважно недержавний, комерційний статус.

Перевагами приватної системи охорони здоров'я є наявність широкого діапазону медичних установ, що забезпечують задоволення потреби в послугах, відсутність черг на медичне обслуговування, належна увага до якості медичної допомоги, захист прав споживача, а також високі доходи працівників охорони здоров'я.

Однак система характеризується значними недоліками, головними з яких є висока вартість медичних послуг і, отже, відсутність або низька доступність медичної допомоги для вразливих верств населення; недостатня увага до профілактики; переважання витратних механізмів і неефективне використання ресурсів; часте використання дорогих процедур і необґрунтованих медичних втручань, відсутність державного регулювання і контролю за якістю медичних технологій.

Для приватної системи характерні вільне, нерегульоване ціноутворення на медичні послуги і значна частка національного доходу, що виділяється на охорону здоров'я.

Наприклад, у США понад 2000 страхових медичних компаній, з яких дві найбільші – "Синій Хрест" і "Синій щит", що займаються переважно

страхуванням лікарняної та позалікарняної допомоги. Вони працюють на некомерційній основі. Добровільне медичне страхування вимагає значних коштів від застрахованих осіб, на нього витрачається істотна частина заробітку.

З державного бюджету і громадських фондів фінансуються програми "Медікер" (медична допомога людям 65 років і старше) і "Медікейд" (медична допомога малозабезпеченим, безробітним). Особисті внески громадян, різних релігійних, благодійних фондів та організацій складають більше 20%. В США витрачає на охорону здоров'я з усіх джерел понад 16% ВВП.

Особливістю системи є те, що навіть якщо людина застрахована на всі види медичного забезпечення, це не гарантує 100% покриття витрат на медичну допомогу. Частина прямих виплат повинні здійснювати застраховані.

Однією з причин масового поширення добровільного страхування є його підтримка роботодавцями, які з метою скорочення податків і утримання робочої сили, виплачують досить істотні суми на страхування своїм робітникам і службовцям. Ці виплати включаються в собівартість продукції.

Разом з тим, значна частина населення є незастрахована. Більшість громадян вважають за краще страхуватися, оскільки ціна медичних послуг є непомірно високою і має тенденції до зростання, значно випереджаючи зростання цін на споживчі товари та інші послуги. Альтернативою добровільному страхуванню за останні роки стало створення страхових організацій з дешевим страхуванням, переважно за основними видами позалікарняної, найбільш масової допомоги, за підтримки багатьох громадських асоціацій, місцевих адміністрацій та спонсорів. Цим видом страхування охоплено більше 35 млн. громадян США.

Координацію діяльності галузі на державному рівні здійснює Департамент охорони здоров'я, освіти та добробуту. На регіональному рівні в урядах штатів є департаменти охорони здоров'я, яким підпорядковано більшість медичних закладів, зокрема психіатричні, акушерсько-гінекологічні, педіатричні, інфекційні, бактеріологічні лабораторії, амбулаторно-поліклінічні центри. Установи регіонального і федерального рівнів складають не менше 3/4 всієї матеріально-технічної бази охорони здоров'я.

У кожному штаті є свій центр охорони здоров'я, функціями якого є організація санітарного захисту населення; медичного освіти; контролю за здоров'ям школярів; служби охорони материн-

ства і дитинства; боротьби з інфекційними, венеричними, психічними захворюваннями та туберкульозом.

Медичні установи мають різні форми власності. Майже половина всіх лікарняних установ — приватні. Ціна медичних послуг у цих закладах є надзвичайно високою і доступною тільки для дуже багатих людей.

У країні діє значна частина благодійних, місіонерських, релігійних медичних закладів, які існують на кошти конфесій та меценатів.

Пільгову медичну допомогу отримують головним чином незаможні, безробітні, які підпадають під дію програми "Медікейд", і літні, старі, які одержують медичну допомогу за програмою "Медікер".

Загалом, у США переважають організації добровільного медичного страхування. Величезні кошти, що витрачаються на охорону здоров'я, дозволяють розробляти і впроваджувати ефективні медичні технології, досягати високої якості медичної допомоги, розгорнути наукові дослідження. Однак рівень здоров'я населення не повною мірою адекватний значним витратам на його підтримку. Наприклад, за показником дитячої смертності США знаходяться на 20-му місці у світі. Ці та інші причини змушують шукати шляхи скорочення витрат, підвищення ефективності медичної допомоги для задоволення вимог бідних прошарків населення.

Отже, існуючі у світі системи охорони здоров'я суттєво відрізняються між собою. Фактично, чисельність різних систем охорони здоров'я дорівнює чисельності країн. Рішення про те, яку створити чи розбудувати систему охорони здоров'я, є перш за все соціальним і політичним. Важливим є питання, як використовувати та розподіляти ресурси, відображаючи цінності і розподіл влади в прийнятті рішень. Всім країнам без винятку необхідно мати систему, яка мобілізує фінансові ресурси для охорони здоров'я. Деякі країни використовують оподаткування та соціальне страхування як основу для фінансування, тому для населення існують субсидії. У той же час інші країни розраховують на добровільне страхування або готівкові виплати, тому охорона здоров'я є особистою відповідальністю. Об'єднання фондів є показником розподілу ризику у фінансовій та медичній сферах, що, в свою чергу вказує, наскільки солідарність є важливою соціальною цінністю [30–32].

В Австралії групи людей з низьким доходом роблять менші внески, і їх ефективно субсидують

групи людей з високим доходом. Молоді люди субсидують літніх людей, оскільки останні часто користуються медичними послугами. Такі країни як США і Китай більше розраховують на особисті внески населення, ніж на об'єднання фондів. Чим більше готівкових виплат буде залучатися на фінансування системи охорони здоров'я, тим меншою буде рівень в доступності медичних послуг. Деякі громадяни змушені відмовлятися від медичної допомоги, менше уваги приділяється профілактиці.

Обмеження видатків на охорону здоров'я є основною проблемою для всіх країн та їх урядів. Деякі країни контролюють витрати частково за допомогою кураторства, коли лікарі загальної практики направляють пацієнтів до фахівців, або через встановлені виплати постачальникам, наприклад, державні бюджети лікарень. У той же час, інші країни використовують порядок цін, щоб контролювати попит пацієнтів на медичні послуги, наприклад, додаткові платежі. Кураторство лікарів загальної практики має додаткову перевагу, забезпечуючи надання комплексної первинної медичної допомоги.

Виходячи з соціального аспекту політики охорони здоров'я розглядаються наступні положення при оцінці системи: забезпечення рівності в доступі до медичних послуг; досягнення системи охорони здоров'я; економічна ефективність; участь суспільства.

Найбільш значною проблемою системи охорони здоров'я є нерівномірність здоров'я громадян. Це не є тим питанням, яке легко вирішити. Враховуючи кількість чинників, що впливають на результати здоров'я, більшість з яких знаходяться поза системою охорони здоров'я, проблеми охорони здоров'я вимагають міжвідомчого співробітництва та загальнодержавного підходу. Все це робить реалізацію політики охорони здоров'я особливо складною.

Таким чином, в сучасному світі існує безліч систем охорони здоров'я, що мають спільні та відмінні риси. Ведеться постійний пошук оптимальних та універсальних моделей їх побудови. Різноманітність існуючих систем викликає необхідність їх типологізації, яка здійснюється за багатьма принципами.

Найбільш поширеними є класифікації за принципом організації та фінансування, особливостями управління, домінуючим типом власності постачальника послуг, політичною філософією, що лежить в основі побудови системи, рівнем державного втручання, економічного роз-

витку країни та ін.

Класична типологія систем охорони здоров'я передбачає поділ їх на державні (національні), страхові та приватні (ліберальні). Кожна з них має свої переваги і недоліки. Перевагами національних моделей охорони здоров'я є економічність, низький рівень адміністративних витрат, а недоліками – схильність до монополізму, невисока якість послуг внаслідок відсутності контролю з боку споживачів, дефіцит послуг, тривалість очікування певних їх видів, бюрократизація і авторитарність управління, залежність від зміни політичних пріоритетів.

Страхова модель має переваги у вигляді адресності, орієнтації на пацієнта, солідарності та субсидарності, можливості фінансування місцевих програм, контролю за використанням коштів та якістю послуг, вибору лікаря та лікувального закладу, страхового фонду, конкуренції між страховими компаніями, прозорості фінансування і прямого формування фондів. Недоліками моделі є її висока вартість, дефіцит коштів страхових фондів, збільшення ставки страхових внесків, значні адміністративні витрати, зацікавленість лікарів у наданні дорогівартісних послуг, витрати на маркетинг і рекламу в умовах конкуренції, обмежені можливості суспільної охорони здоров'я, санітарної освіти, профілактики, труднощі в управлінні та координації діяльності.

Приватна система охорони здоров'я характеризується значним переліком медичних установ, можливістю задоволення потреб у якісних послугах, відсутністю черг на медичне обслуговування, високим рівнем захисту прав споживачів і великими доходами медичних працівників. Недоліками вважаються висока вартість медичних послуг та низька їх доступність, необгрунтовано надмірне та неефективне використання ресурсів, відсутність регулювання і контролю з боку держави.

У багатьох країнах, як наслідок, існують і розвиваються змішані типи систем та організаційні форми охорони здоров'я. Вони визначаються цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним ладом, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією та ін.

У залежності від перерахованих чинників, а також системи спеціальних компенсаторів, що дозволяють вносити корективи і робити преференції в організаційному, фінансовому та інших відносинах, формуються різні моделі систем охо-

рони здоров'я. В кожній конкретній країні в залежності від історичних традицій, соціально-економічного розвитку тощо сформовано національні моделі систем охорони здоров'я.

Побудова системи охорони здоров'я є найважливішим соціальним і політичним питанням, що акумулює проблеми використання та розподілу ресурсів, дотримання цінностей та принципів, забезпечення рівності, досягнення цілей та ін. Але усім системам притаманна одна головна мета – доступність і якість медичної допомоги, медичних послуг, медичного обслуговування.

Будь-яка сфера системи охорони здоров'я може бути порівнянна з будь фокус-групою інших сфер системи, таких, як фінансова діяльність,

сервісні послуги, рівень економічного розвитку, тип уряду і т. д. Суспільний інтерес до проблем охорони здоров'я переходить межі специфіки кожної окремої сфери і розширює критерії загальної діяльності системи охорони здоров'я.

В умовах зростання вимог до якості і доступності медичних послуг, збільшення витрат на медичну сферу єдиним реальним ресурсом забезпечення потреб є оптимізація побудови та функціонування систем охорони здоров'я, що підносить вказані проблеми до рангу найбільш пріоритетних. Одним з найактуальніших питань залишається удосконалення типологізації систем охорони здоров'я, пошук найбільш інформативних критеріїв їх класифікації та оцінки.

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛАССИФИКАЦИЮ

Москаленко В.Ф.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Резюме. В статье освещены различные подходы к типологизации систем здравоохранения. Дана характеристика наиболее распространенным их типам: государственной (национальной), страховой, частной (либеральной) модели. Проанализированы их преимущества и недостатки. Представлены характеристики оптимальной модели здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, государственная (национальная), страховая, частная (либеральная), модель, оптимальная модель, организация, финансирование, управление, предоставление услуг.

HEALTH SYSTEMS: MODERN VIEWS ON THE CLASSIFICATION

V.F.Moskalenko

O.O. Bohomolets National Medical University

Abstract. The article highlights the different approaches to the typology of health systems. The characteristics of the most common types: the state (national), insurance, private (liberal) model. Analyzed their advantages and disadvantages. The characteristics of the optimal model of care.

Key words: health care, the state (national), insurance, private (liberal) model, the optimal model, organization, financing, management and delivery of services.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. - ВОЗ, 2000. - 232 с.
2. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. - К.:ИД "Авиценна". - 256 с.
3. Health Systems Performance Assessment: debates, methods and empiricism / Edited by Christopher J.L. Murray and David B. Evans. - WHO, Geneva, 2003. - 927 p.
4. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. - Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. - 1049 с.
5. Смайловская М.С. Развитие систем здравоохранения за рубежом // Практика международного бизнеса. - 2007. - №3.

6. Найговзина Н.Б., Пудовкина Н.А. Типология организации здравоохранения // Экономика здравоохранения. - 2005. - №5-6. - С.33-40.
7. Фотаки Марианна. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сб. "Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)". - М., 1999. - С.8 -11.
8. Тогунов И.А. Типология систем здравоохранения и организационно-правовое поле медицинских услуг / Сб. Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 5. - СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ. - 2000. - С.44-47.
9. Проект ЄС "Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні" / Доповідь А.Козеркевича, д.м.н., Інститут громадського здоров'я Ягелонського ун-ту (Краків, Польща), 2005.
10. Москаленко В.Ф. Европейский Союз и реформирование национальных систем здравоохранения стран Центральной и Восточной Европы // Охорона здоров'я України. - 2007. - №3-4 (27-28). - С.82-84.
11. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. - К.: Книга плюс, 2008. - 320 с.
12. Соединенное Королевство. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора. - Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. - 5 с.
13. Sean Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition. - 2011. - Vol.13, №1. - 486 p.
14. Srtandberg-Larsen M., Nielsen M.B, Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2007. - 187 p.
15. Glenngard A.H., Hjalte F., Svensson M., Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. - 145 p.
16. Москаленко В.Ф., Грузева О.В. Тенденції громадського здоров'я населення Швеції та особливості організації системи охорони здоров'я // Внутрішня медицина. - 2007. - №5. - С.124-130.
17. Юркин Г. Медицинское страхование в Голландии // Страхование медицина. - 2001. - №1.
18. Johnsen J.R. Health Systems in Transition: Norway, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. - 187 p.
19. Москаленко В.Ф., Грузева О.В. Здоров'я населення та система охорони здоров'я Норвегії // Охорона здоров'я України. - 2007. - №3-4 (27-28). - С.45-53.
20. Лисицин Ю.П. Здравоохранение в XX веке. - М.: Медицина, 2002. - 216 с.
21. Щепин В.О., Овчаров В.К. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №2. - С.3-6.
22. Foubister T., Thomson S., Mossialos E., McGuire L. Private Medical Insurance in the United Kingdom. - WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006. - 103 p.
23. Зубенко С.А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем [Электронный ресурс] // Липецкий гос. техн. ун-т. - Липецк, 2006-2008. - URL: <http://www.stu.lipetsk.ru/files/materials/616/zubenko.doc>.
24. David G. Green, Benedict Irvine. Health Care in France and Germany. - London: Institute for the Study of Civil Society, 2001. - 110 p.
25. Corens D. Health system review: Belgium. Health Systems in Transition, 2007. - 194 p.
26. Systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. - 162 p.
27. Arne Bjarnberg, Beatriz Cebolla Garrof?, Sonja Lindblad. Euro Health Consumer Index 2009. Report. - Health Consumer Powerhouse AB, 2009. - 67 p.
28. Kao-Ping Chua. Overview of the U.S. Health Care System. - 2006. - 6 p.
29. Социально-экономическая эффективность: опыт США / Отв. ред. Марцинкевич В.И. - М.: Наука, 2000. - С.96.
30. Tomson S., Foubister T., Mossialos E. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. - ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г. - 241 с.
31. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. - ВОЗ, 2010. - 82 с.
32. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / J. Figueras, M. McKee, S. Lessof, A. Duran, N. Menabde / Справочный документ. - ВОЗ, 2008. - 75 с.