

УДК 614.258

Мокрицька А.Б.,

викладач, Тернопільський Державний Економічний Університет, кафедра фінансів.

**МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ.**

Розглянуто основні проблеми функціонування систем охорони здоров'я країн світу. Проаналізовано організаційні форми надання медичної допомоги. Запропоновано комплексний підхід до аналізу різних систем організації охорони здоров'я.

The basic problems of functioning of the systems of health protection the world countries are considered. The organizational forms of grant of medicare are analysed. The complex going is offered near the analysis of the different systems of organization of health protection.

У системі державного управління в умовах переходу до ринкової економіки України значне місце посідає системний підхід до визначення напрямку прийняття рішень щодо розвитку різних галузей економіки. Повною мірою це стосується системи охорони здоров'я, яка потребує нагальних перетворень і реформ.

Обмежений доступ до медичних послуг, незадовільний стан як здоров'я населення, так і закладів охорони здоров'я та соціальна незахищеність працівників охорони здоров'я викликає негативне ставлення до існуючої системи надання медичної допомоги населенню. При цьому загальні ресурси системи охорони здоров'я України за статистичними даними перевищують показники деяких розвинутих країн [1,284].

Аналіз літературних джерел свідчить, що за останні роки багато наукових праць було присвячено реформуванню вітчизняної охорони здоров'я. Проблемам функціонування первинної медико-санітарної та стаціонарної медичної допомоги присвячені праці Бескида Й., Василика О., Виноградова О., Голяченка О., Карпишин Н., Кириленко О., Комарова Ю., Комуницької М., Лехан В., Лободіної З., Малагардіса А., Мортікова В., Радиш Я., Радь І., Рудого В., Тулай О., та інших зарубіжних і вітчизняних науковців. Основна їх частина була спрямована на вивчення фінансового забезпечення охорони здоров'я, його моделей, джерел, систем фінансування. Проте вирішити проблеми галузі тільки збільшенням та удосконаленням фінансового забезпечення неможливо. Ми згодні, що головною запорукою належного функціонування медичних закладів є забезпечення сталого та достатнього за обсягами фінансування. Проте, як свідчить світовий досвід, системи охорони здоров'я різних країн більшою чи меншою мірою зустрічаються з проблемою дефіциту фінансових ресурсів. Зважаючи на соціальну значущість медицини та відповідні зобов'язання держав перед своїми громадянами, уряди змушені шукати та застосовувати різноманітні заходи, спрямовані на покращення

фінансового забезпечення цієї галузі в основному шляхом більш ефективного використання обмежених фінансових ресурсів [2,151].

Щоб досягти вагомих результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я, слід скласти більш чітке уявлення про переваги і недоліки різних систем організації і економіки охорони здоров'я. З цією ціллю слід вивчити і проаналізувати системи, які функціонують в різних країнах світу, співставити такі системи з точки зору ефективності і дотримання принципів соціальної справедливості в наданні медичної допомоги.

Тому метою статті є характеристика основних проблем функціонування систем охорони здоров'я країн світу, оцінка та аналіз організаційних форм надання медичної допомоги, особливостей формування, розподілу та використання фінансових ресурсів галузі.

В кожній країні існують специфічні організаційні форми надання медичної допомоги, які є основним показником нормативних цінностей суспільства. В системі охорони здоров'я використовується особливий вид господарювання, який зумовлений необхідністю поєднання двох визначальних факторів: соціальної справедливості і економічної ефективності. Соціальна справедливість в охороні здоров'я проявляється, перш за все, у загальній доступності медичних послуг. Вона може бути забезпечена шляхом втілення системи суспільної охорони здоров'я, заснованої на принципі безоплатного надання медичних послуг населенню або на принципі суспільної солідарності [3,107].

В окремих країнах лікувально-профілактичні послуги, які надаються в межах першої програми, розглядаються, в основному, як суспільне благо, від використання якого вигоди отримує все суспільство, тому держава і бере на себе зобов'язання з утримання охорони здоров'я. Іншою цінністю аналогічного характеру є принцип суспільної солідарності, який передбачає перерозподіл ресурсів на користь визначених категорій громадян, які потребують допомоги з тією метою, щоб забезпечити надання необхідної медичної допомоги всім членам суспільства. Солідарні системи, які використовуються у світовій практиці, - різноманітні, хоча і мають окремі загальні риси [1;4].

В тих країнах, на які сильний вплив спричинили радикальні і орієнтовані на ринок концепції 80-х років, медичні послуги розглядаються, як товар, що купується і продається. В цих концепціях робиться акцент на ефективності, якими ринкові стимули можуть збагатити систему надання медичних послуг, а також на вклад, який вносять ці стимули в стримування майбутнього росту витрат на охорону здоров'я. Тим не менше, концепції, котрі розглядають медичні послуги як ринковий товар не була прийняті ні в одній європейській країні. Дійсно, гуманістичний характер охорони здоров'я сформувався в суспільстві на ранніх етапах становлення цивілізації і не може будуватися на економічних законах, які притаманні більш пізнім економічним формаціям. Це протирічить законам історичного розвитку людства ще і тому, що

специфіка охорони здоров'я не дозволяє ставити його в один ряд з іншими сферами національного господарства, які підпорядковуються законам ринку. Тільки для США характерна приватна модель охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Та це не свідчить, що держава зовсім усунулась від фінансових витрат на галузь, тільки про те, що за рахунок державного фінансування покривають лише 41% усіх витрат у сфері медичного обслуговування, що є найменшим показником серед розвинутих країн світу [5,110-111]. З іншої сторони, як показує досвід організації радянської системи охорони здоров'я, нехтування принципами економічної ефективності спричинило занепад останньої [1;6].

Ще на кінець минулого століття в організаціях охорони здоров'я багатьох країн світу назбиралося чимало проблем. До них відносяться проблеми, пов'язані з погіршенням стану здоров'я, якості надання медичної допомоги і проблеми, обумовлені тим, яким чином країни фінансують свої служби охорони здоров'я і організують медичне обслуговування.

Погіршення стану здоров'я означає ріст кількості виявлених захворювань, днів непрацездатності у зв'язку з хворобою, зростання чисельності інвалідів. Проте такі явища є цілком закономірними, так як у всьому світі зростає середня тривалість життя, скорочується дитяча смертність. Що, в свою чергу, вимагатиме зростання обсягів медичної допомоги і, як наслідок, ріст затрат на її забезпечення. Тому невідповідність між станом здоров'я населення і обсягом та якістю медичної допомоги створює проблему, яка потребує свого вирішення шляхом внесення змін в організацію охорони здоров'я.

Одночасно, в більшості розвинутих країн світу зростають внутрішні протиріччя – як з точки зору доступності медичної допомоги, так і з точки зору її якості – навіть в країнах, в яких системи охорони здоров'я за своєю структурою забезпечують доступ до медичного обслуговування всім верствам населення. Стан здоров'я населення, перш за все, залежить від таких факторів, як стереотипи поведінки і спосіб життя, соціально-економічна ситуація в країні, екологічні умови і умови праці. Схильність людей до стресів і хвороб частково залежить від їх професійного, трудового і соціального статусу. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, старіння населення досить сильно впливає на медико-санітарні потреби населення і на структуру захворюваності, в першу чергу зростає кількість хронічних захворювань і випадків інвалідності. Ще однією проблемою є зростання обсягів наукових даних, які ставлять під сумнів доцільність і економічну ефективність різних клінічних процедур, у зв'язку з чим значна частка всіх клінічних послуг, які надаються, є неефективними. Вчені виявили значні відмінності, як у використанні окремих процедур, так і в досягнутих результатах.

Більш гостро постають питання якості медичних послуг. Про це свідчать результати аналізу задоволеності пацієнтів, які не хочуть бути пасивними об'єктами системи медичної допомоги. Вони вимагають для себе більше прав

і можливостей у виборі лікарів і медичних установ, а також хочуть приймати активнішу участь в процесі прийняття рішень щодо клінічних процедур та інших питань. Діяльність служб охорони здоров'я на мікрорівні часто теж характеризують як не ефективну. Тут виділяють наступні проблеми: погана координація роботи окремих установ і секторів охорони здоров'я, відсутність стимулів для ефективного надання медичних послуг, незадовільне управління наявними ресурсами.

У зв'язку з чим уряди багатьох країн світу здійснюють аналіз своїх систем охорони здоров'я, а також достатності та ефективності використовуваних ними підходів до організації, фінансування і надання медичної допомоги з метою підтримання і відновлення здоров'я.

Попри всі відмінності, які існують між системами охорони здоров'я, люди змушені платити за медичну допомогу або шляхом сплати загальних чи спеціальних податків, або купуючи страхові поліси, або шляхом оплати медичних послуг безпосередньо зі свого сімейного бюджету.

В різних країнах обсяги затрат на охорону здоров'я значно відрізняються і для того, щоб охарактеризувати рівень розвитку системи охорони здоров'я країни, їх співставляють з ВВП.

Гарантований обсяг послуг безпосередньо залежить від рівня видатків на охорону здоров'я. Тому завданням будь-якого уряду є забезпечення тим чи іншим способом необхідної частки ВВП, яка витрачається на охорону здоров'я. Проте прямої залежності між показниками здоров'я і видатками на охорону здоров'я не виявлено. Так, наприклад, очікувана тривалість життя у населення США, Німеччини і Великобританії в 2005 році дорівнювала 76 років, хоча частка ВВП, яка витрачається на охорону здоров'я, склала 15,0, 10,7 і 8,2 відсотків відповідно. В той же час, в Японії очікувана тривалість життя населення країни була 80 років, а частка ВВП, направлена на медичну допомогу – всього 6,9 відсотків [7;5,112].

Заходи, які використовуються різними країнами світу для забезпечення належної якості медичних послуг, досить різноманітні, так як функціонуючі сьогодні системи охорони здоров'я були створені не зразу в їх сучасній формі, поступово розвивались і мінялись тривалий час відповідно до національних вимог і потреб.

Щоб скласти уявлення про організації охорони здоров'я слід охарактеризувати:

- принципи та механізми збору коштів для фінансування медичної допомоги;
- статус фондів (суб'єктів фондотримання), які акумулюють та розподіляють кошти;
- принципи та механізми розподілу фінансових ресурсів між медичними установами і працівниками;
- статус установ охорони здоров'я і лікарів, які отримують ресурси і перетворюють їх у медичні послуги.

Кошти на охорону здоров'я можуть формуватися шляхом збору податків, як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні фактори виробництва; страхових платежів; шляхом безпосередньої оплати пацієнтами послуг; через благодійні пожертви. Різні країни по-різному комбінують ці методи і їх різні комбінації і визначають чутливість фінансової бази до змін в економічній ситуації в країні.

Основний перший принцип – принцип фінансування. На його основі базуються форми фінансування, покладені в основу організації охорони здоров'я в кожній країні. На сьогодні в світі сформувались три форми фінансування охорони здоров'я: державна, соціально-страхова і приватна [5].

На практиці ж моделей, заснованих тільки на одній з форм, тобто в чистому вигляді, не існує. У всіх розвинутих країнах охорона здоров'я побудована на поєднанні різних форм організації і багатоканального фінансування медичної допомоги. Справа в тому, яка з форм фінансування є структуроутворюючою і визначає основні процеси в галузі. При цьому існують і інші джерела фінансування, але обсяги ресурсів, які направляються в охорону здоров'я, менші за обсягами ніж кошти, що надходять з основного джерела.

Суб'єктами фондотримання (накопичення) та розподілення можуть виступати органи державної влади та місцевого самоврядування, окремо створені державні, громадські і приватні фонди, організації, страхові компанії, каси, лікарні тощо [1,288]. Статус фондів, які акумулюють фінансові ресурси, в системі бюджетного фінансування визначається тим, що кошти збираються державними податковими органами. В системах ОМС кошти збираються безпосередньо в державних страхових організаціях. В системі, де переважає приватне медичне страхування, кошти акумулюються в приватних страхових компаніях, які можуть бути як комерційними, так некомерційними організаціями. Механізми розподілу суспільних ресурсів у системах охорони здоров'я включають: визначення виду, вартості, обсягу, якості та строків надання медичних послуг (запровадження стандартів, програм, переліків тощо), установлення методу оплати, забезпечення звітності, контролю та моніторинг [1,289]

Способи розподілу фінансових ресурсів і форми оплати послуг медичних установ і працівників впливають на доступність, вартість і якість допомоги. В системах з бюджетним фінансуванням методи оплати впливають на розподіл і ефективність використання ресурсів в межах обмежених бюджетних коштів, і результатом можуть бути відмінності в якості і кількості послуг, забезпечені одним і тим же рівнем видатків. Реальний рух грошових коштів сам по собі має певні стимули для попиту у пропозиції послуг.

Оплата медичних послуг може здійснюватися за допомогою методів ретроспективної оплати, коли витрати відшкодовуються за фактично наданий обсяг послуг (оплата за проведений ліжко-день; за окремі медичні послуги; пролікованого хворого згідно з тарифами, побудованими на основі клініко-

статистичних груп або медико-економічних стандартів); чи проспективної оплати – відшкодовується не фактичний, а заздалегідь узгоджений сумісно з фінансуючою стороною і надавачем послуг обсяг медичної допомоги (кошторисне фінансування, глобальний бюджет) [2,с.154].

Намагаючись контролювати ріст затрат і досягнути більш ефективного використання ресурсів, окремі країни змінюють свої системи відшкодування затрат. Рівень оплати і ціни можуть встановлюватися в адміністративному порядку або шляхом переговорів між державними органами, фондами соціального страхування, приватними страховими товариствами, лікарями, пацієнтами і/або роботодавцями.

Досвід зарубіжних країн свідчить, що застосування ретроспективних методів оплати стаціонарної допомоги не забезпечує підвищення ефективності використання ресурсів та здатне лише посилити проблему структурних диспропорцій у системі надання медичних послуг. За цих умов актуальним є вибір проспективних методів, серед яких вище переліченим критеріям найбільше відповідає модель глобального бюджету – спосіб оплати стаціонарної допомоги, при якому внаслідок переговорів заклад охорони здоров'я отримує від фінансуючої сторони під узгоджений обсяг медичних послуг відповідно до стандартів їх якості фіксований річний бюджет, розмір якого не залежить від ресурсних показників та потужності медичного закладу. На сучасному етапі більшість країн світу (Англія, Франція, Данія, Німеччина, Ірландія, Італія, Нідерланди, Норвегія, Швеція та інші) схиляються до використання саме зазначеного методу оплати медичних послуг лікарняних закладів. Фінансування за методом глобального бюджету належить до найбільш результативних інструментів стимулювання лікарень до оптимізації обсягу і структури стаціонарної допомоги [8,99] та сприяє ефективному використанню фінансових ресурсів для забезпечення досягнення цілей замовника. [2,154]. Метод глобального бюджету дозволяє ефективно контролювати видатки, рівень оплати не залежить від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури лікарень, а лише від результату діяльності; не потребує високого рівня бюрократії [9].

Щодо організації первинної ланки охорони здоров'я, а також амбулаторної, то всі країни світу незалежно від джерела фінансування — чи це із загальних податків, чи із фонду обов'язкового медичного страхування, використовують поєднане фінансування з впровадженням елементів мотивації за втрату певних індикаторів надання медичної допомоги [9]. Саме перехід на цей метод оплати потрібно забезпечити і в Україні.

Статус лікувально-профілактичної установи може бути або державним, або приватним. В свою чергу приватні установи можуть бути як комерційними, так і некомерційними. В багатьох країнах світу публічні заклади охорони здоров'я функціонують за концепцією регульованого ринку або моделлю «соціального підприємництва», яка передбачає збереження медичних закладів у державній (муніципальній, комунальній) власності з

наданням їх значного рівня самостійності та можливості запровадження характерних для підприємництва механізмів, що сприяють підвищенню ефективності та якості діяльності.

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження, можна засвідчити, що вказані характеристики, які властиві будь-якій системі охорони здоров'я, дозволяють значною мірою визначити моделі організації охорони здоров'я, які існують у світі. Серед названих характеристик дві є визначальними: принцип фінансування і принцип розподілу фінансових ресурсів, в той час як дві інші – статус фондів, які акумулюють кошти і статус медичних установ і лікарів є похідними від двох перших. В Україні функціонує бюджетна модель охорони здоров'я, в якій основну роль відіграють бюджетні кошти. Вони розподіляються через механізм бюджетного (кошторисного) фінансування, який має ряд суттєвих недоліків. У результаті ринкових перетворень, які відбулися в Україні та з огляду на світові проблеми в системах охорони здоров'я, ця галузь потребує реформування. Таке реформування повинно стосуватись усіх сторін діяльності системи, основними з яких є механізм фінансового забезпечення та принципи розподілу фінансових ресурсів.

В наступних дослідженнях плануємо детальніше проаналізувати перспективи запровадження в Україні прогресивних форм оплати медичних послуг, як первинної медико-санітарної допомоги, так і стаціонарної.

Список використаних джерел:

1. Виноградов О. Солідарні системи в державному управлінні охороною здоров'я. // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентіві України / За заг. ред. В.І.Лугового, В.М.Князева. – К.: Вид-во НАДУ, 2006. – Вип.1.- с.284-295.
2. Лободіна З.М. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони дітей: перспективи запровадження глобального бюджету. // Світ фінансів. – 2007. - Вип. 4 (13). - с.151-162.
3. Бабич А. М., Жильцов Е.Н., Егоров Е.В. Социальная сфера в условиях перехода к рынку. / Под ред. Жильцова Е.Н., М.: «ТЕИС», 1993. - 256 с.
4. Солтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М., 2000. – 431с.
5. Карпишин Н.І., Комуницька М.П. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. // Світ фінансів. – 2008. - Вип. 1 (14). - с.110-117.
6. Стеценко Г.С., Побережний А.І., Сміянов В.А., Андрієвський І.Ю., Гаврилюк О.Ф. Реформа охорони здоров'я в Україні./ За ред. проф. Голяченка О.М. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160с.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. - <http://data.euro.who.int/hfad/>.
8. Лехан В. М., Лакіза-Савчук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. –174 с.
9. Снегірьов П. Реформа фінансування охорони здоров'я України. Замість впровадження моделей — вирішення нагальних проблем. // Аптека. - 2008. - Вип. 20 (641). – <http://www.apteka.ua>.

Рецензент: к.е.н., доцент, докторант кафедри фінансів Тернопільського державного економічного університету - Кізима Т.О.