

УДК 352.614.1:312.6(477)

ЧЕРНЕЦЬКИЙ Вадим Юрійович,  
канд. мед. наук, докторант ДонДУУ

## **ВПЛИВ ДЕРЖАВИ НА ФОРМУВАННЯ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ**

Розглядаються зарубіжні моделі організації охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, державне управління, модель організації охорони здоров'я.

***Чернецкий В. Ю. Влияние государства на формирование моделей организации охраны здоровья в зарубежных странах***

Рассматриваются зарубежные модели организации здравоохранения.

Ключевые слова: система охраны здоровья, государственное управление, модель организации охраны здоровья.

***Chernetsky V. Y. The influence of the state on the formation of health care organization models in foreign countries***

The foreign models of health care organization are considered.

Key words: health care system, public administration, health care model.

***Постановка проблеми.*** Основна частина хворих в Україні отримує медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а кількість пацієнтів приватних і колективних медичних закладів незначна і не становить навіть 2% від їх загальної кількості. Таку модель організації надання медичної допомоги можна охарактеризувати як державно-комунальну систему охорони здоров'я, тим більше, що саме вона визнана й офіційно закріплена в ряді нормативно-правових актів та офіційних документів.

Система охорони здоров'я України нині являє собою функціонально поєднану державну і комунальну системи охорони здоров'я, які доповнюють і «накладаються» одна на одну, із «вкрапленням» в їхню діяльність окремих медичних закладів приватної і колективної форм власності та індивідуальною діяльністю окремих медиків і фармацевтів. Українська модель організації охорони здоров'я передбачає етапність у діагностиці захворювань та ступеневість у лікуванні пацієнтів.

Відповідно до ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я надання медичної допомоги населенню організовано за трьома рівнями – первинним, вторинним і третинним, що повністю відповідає міжнародним стандартам і вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога передбачає консультацію лікаря, діагностику і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, скерування пацієнта для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Первинну медико-санітарну допомогу надають переважно за територіальним принципом сімейні лікарі або інші лікарі загальної практики. Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу надають лікарі, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування у своїй галузі, ніж лікарі загальної практики. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу надають лікар або група лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, при лікуванні, а також для встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що трапляються рідко.

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.* Питаннями зарубіжного досвіду організації охорони здоров'я та його адаптації до умов України займалися такі українські та російські вчені, як Н. Найговзина, М. Ковалевский, Я. Радиш, Л. Жаліло, І. Солоненко, В. Скуратівський, З. Гладун, Т. Педченко, В. Москаленко, А. Таранов, С. Осташко, С. Майборода, А. Іпатов, В. Новак, П. Гриза та ін.

*Мета статті* – дослідити моделі організацій охорони здоров'я в зарубіжних країнах та обґрунтувати їх адаптацію до умов України.

*Виклад основного матеріалу.* Сьогодні у світі існують три основні моделі систем охорони здоров'я. Головним критерієм, за яким вони різняться, є спосіб

фінансування діяльності системи охорони здоров'я. Хоча всі з них відкриті для багатоканальних механізмів фінансування, в кожній країні переважає один із способів фінансування, який і є визначальним у характеристиці тієї чи іншої моделі охорони здоров'я. У світовій практиці використовуються такі джерела фінансування системи охорони здоров'я: державний і місцеві бюджети, які сформовані за рахунок податків, державна чи напівдержавна медична страхова система, кошти, зібрані через приватне страхування здоров'я, добровільні пожертви та ін.

Кожна країна створила власну модель системи охорони здоров'я, однак всі вони можуть бути віднесені до однієї з трьох існуючих моделей. Найважливішим питанням, яке вирізняє ту чи іншу з існуючих моделей систем охорони здоров'я, є ступінь владного і регулюючого втручання держави у сферу охорони здоров'я населення, проте в жодній країні світу немає такої моделі, де б держава зовсім не втручалась у цю сферу і не формувала б власну політику охорони здоров'я. Тому серед існуючих моделей систем охорони здоров'я можна виділити декілька. Так звана модель Семашка (за прізвищем першого наркома охорони здоров'я РРФСР 1918 р., або за термінологією в західній літературі – одержавлена, радянська, соціалістична) фінансується виключно з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється державою через систему централізованого планування і управління, характеризується відсутністю приватного сектору. Вона діяла в СРСР, країнах Центральної та Східної Європи. Зараз більшість із цих країн перебуває на стадії переходу від цієї моделі до соціально-страхової моделі чи намагається поєднати соціальне страхування із системою, що базується на податках.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні являє собою розглянуту вище модель, яка в період трансформації країни в ринкове середовище зазнала певних змін і відчутно занепала. Реформування такої системи вимагає її докладного аналізу та чіткого бачення нової концепції, яка б, з одного боку, спиралася на сильні сторони попередньої системи, з іншого – враховувала світовий досвід реформування систем охорони здоров'я, виходячи з реальних економічних, політичних та загальноцивілізаційних змін. До переваг цієї системи належить:

– виключна роль держави, в тому числі і в діяльності системи охорони здоров'я в післявоєнний період 1945 – 1965 рр., що сприяло економічному зростанню країни, розширенню соціального сектору, поліпшенню харчування, життєвих умов, зайнятості, що сприяло підвищення рівня життя та поліпшенню стану здоров'я населення;

– право кожного громадянина і всього населення на широкий спектр медичних послуг;

– розвинена інфраструктура галузі, кваліфікований медичний персонал, налагоджена система підготовки кадрів;

– жорстко структурована система санітарно-епідеміологічної служби, спрямованої на боротьбу з інфекційними та професійними захворюваннями, а також хворобами, пов'язаними із забрудненням довкілля.

Незважаючи на вказані переваги, загалом радянська система охорони здоров'я виявилася неефективною з погляду затратного економічного механізму (звідси і фінансування за залишковим принципом), поліпшення здоров'я народу, запобігання захворюванням та різним видам непрацездатності, причини яких добре відомі та могли б бути усунені. Крім того, державна монополія в умовах централізовано планової і орієнтованої на пропозицію системи охорони здоров'я призвела до низької ефективності та якості медичної допомоги.

Модель Бісмарка, або соціально орієнтована, ґрунтується на обов'язковому соціальному страхуванні всіх громадян аж до визначеного рівня доходу. Така система фінансується через цільові внески роботодавців та працівників, а також бюджетні субсидії із загальних або цільових надходжень. Внески визначаються згідно з можливістю їх оплати, а доступ до медичних послуг – відповідно до потреб. Потенційною перевагою цієї системи є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні чи приватні страхові компанії (не безпосередньо державною адміністрацією), хоча їх діяльність строго регламентована. Тобто медичне страхування тут є функцією самоврядних незалежних організацій, які мають власні бюджет, управління та статус юридичної особи, що забезпечує їм незалежність від держави та державного бюджету.

У деяких країнах (наприклад у Франції) організації, яким доручено надання соціальних послуг, є приватними, але вони перебувають під жорстким контролем

уряду. Фактично вони є квазідержавними і в більшості країн – некомерційними організаціями. Одним із головних принципів медичного страхування є соціальна солідарність та субсидіарність, тобто ризики визначених груп населення розподіляються для всього населення. При соціальному страхуванні, звичайно, практикується докладний перелік видів послуг, оплата яких компенсується, а розміри внесків встановлюються на такому рівні, який дозволяє їх оплачувати. До європейських країн, які мають системи охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок страхових внесків, належать Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія та ін. Звичайно, системи соціального страхування цих країн відрізняються одна від одної залежно від історичних, соціальних, економічних, культурних відмінностей, організаційних умов та ідеологій. Європейська система соціального страхування переважно ґрунтується на соціальному партнерстві.

Така система сприяє ефективному наданню медичної допомоги та медичних послуг, встановленню прав пацієнтів як споживачів цих послуг, забезпечує відчутний приплив ресурсів у сектор охорони здоров'я, комбінує об'єднання ризиків і взаємну підтримку, надаючи послуги згідно з потребами в них і розподіляючи фінансовий тягар відповідно до можливостей оплати, може брати участь у реалізації цілей державної політики охорони здоров'я, але при цьому зберігати певну незалежність від держави.

Недоліками згаданої системи є необхідність постійного обмеження витрат на медичні послуги, можливість зростання їх вартості та значні адміністративні витрати. Модель Беверіджа переважно фінансується безпосередньо з державного бюджету, тобто ресурси збираються через загальну податкову систему, при цьому використовується стандартне адміністрування, а також сучасні управлінські методи. Рішення про загальний обсяг фінансування приймається в процесі планування витрат щодо державного бюджету в цілому [1].

У такій моделі більшість витрат на охорону здоров'я фінансується за рахунок загальних податків, які збираються на центральному, регіональному чи місцевому рівнях, а фонди в рамках цієї системи загалом є нецільовими. Але і в цьому випадку всі громадяни охоплюються страхуванням і отримують однаковий обсяг медичних послуг. Відповідальність за розподіл бюджету між надавачами

послуг в основному покладається на спеціальні адміністративні одиниці системи охорони здоров'я. Ця модель передбачає різноманітні підходи до фінансування системи, забезпечує загальний чи майже загальний доступ до медичних послуг і справедливий географічний розподіл ресурсів. Державний сектор тут є основним у забезпеченні фондами. Модель Беверіджа використовується в Данії, Норвегії, Швеції, Ірландії і Великобританії, країнах Південної Європи, Греції, Португалії та Іспанії. Проте системи, що фінансуються із загальних податкових надходжень, мають відмінності. У деяких країнах, наприклад в Ірландії та Данії, тільки найменш забезпечені громадяни мають право на всю допомогу з медичного страхування без додаткової оплати, тим часом як решта населення зобов'язана компенсувати деякі додаткові витрати. А у Фінляндії, Великій Британії системи охорони здоров'я мають два джерела фінансування: основну частину за рахунок податкових надходжень, а решту з фондів соціального страхування. У Фінляндії внески на соціальне страхування використовуються переважно на оплату приватного медичного обслуговування, медико-санітарного обслуговування на підприємстві, ліків та допоміжних послуг. У Великій Британії зберігся розподіл внесків на соціальне страхування між роботодавцями і працівниками.

В інших країнах, таких як Фінляндія, Норвегія і Швеція, відмовились від внесків працівників. Існує спільна думка, що основним недоліком такої системи є бюрократична влада адміністрації системи охорони здоров'я. Ще одне заперечення проти системи загальних податків базується на великій залежності системи охорони здоров'я від державного бюджету [2].

Така система характеризується відсутністю зацікавленості в економії всіх видів ресурсів та стимулів до підвищення якості та задоволення потреб споживачів. Водночас система загальних податків може бути дуже ефективною щодо обмеження загальних витрат і при відповідному управлінні забезпечити менші адміністративні витрати, ніж страхова система. Крім трьох основних існує ще одна, так звана приватна модель охорони здоров'я, яка в чистому вигляді майже не існує і саме тому більшість дослідників не виділяють її в окрему модель. Найбільш характерним прикладом такої системи охорони здоров'я є та, яка існує в США. На думку переважної більшості організаторів і політиків охорони здоров'я в США, медицина і охорона здоров'я населення – це звичайний, високорентабельний

бізнес. Лише в сільське господарство і будівництво вкладається більше капіталів і в цих галузях працює більше людей, ніж в охороні здоров'я. Приватна модель, або модель переваги споживачів, базується переважно на системі приватного медичного страхування і врахування ризиків. Усі суб'єкти в такій моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча і забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Для частини населення, яке не застраховане за місцем роботи, страхування здоров'я бере на себе уряд. Премія приватного медичного страхування розраховується відповідно до середньої вартості надання послуг. Різні страхові компанії пропонують перелік послуг, що оплачуються, для різних категорій застрахованих. Медичну допомогу надають в основному приватні лікарі та лікарні. Часто дія приватних систем страхування згубно позначається на системі соціальної солідарності. Мається на увазі використання шкали індивідуальних показників ризику – найбільш ненадійний вид страхування. У таких випадках основою виплат окремій людині є скориговані на фактор ризику внески в страхову компанію, які є відображенням стану її здоров'я. Система, яка ґрунтується на конкуренції між приватними страховими компаніями, порушує принцип рівності і солідарності, якщо співробітники таких компаній орієнтуються лише на фактори ризику, що задовольняють їх. Згадана система стимулює розвиток професійної діяльності нових медичних технологій та високу якість медичної допомоги, сприяє мобільності. Але вона має суттєві недоліки, насамперед зумовлені величезними соціально-економічними втратами (принаймні 35 млн американців не мають адекватного медичного страхування), постійне підвищення суспільних витрат на охорону здоров'я, яке дуже важко стримувати [1].

У міжнародній практиці, в діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я системи охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн (СРСР, Болгарії, Угорщини, Польщі, Румунії, Чехії, Словаччини і частково Югославії) дістали назву «централізовані системи охорони здоров'я», де плани розвитку охорони здоров'я були невід'ємною частиною загальнодержавних планів соціально-економічного розвитку. До другої групи країн належать Бельгія, Нідерланди, Великобританія, Туреччина, Франція, Швеція та ін, де існують доволі широкі процеси планування,

але ці плани використовуються швидше як основні вказівки загальних напрямів діяльності. Нарешті, у третій групі країн (Австрія, Італія та Іспанія) є лише деякі елементи планування охорони здоров'я.

**Висновки.** Таким чином, вибір моделі охорони здоров'я в процесі її реформування повинен, насамперед, відповідати соціальним потребам суспільства, бути економічно виваженим і давати змогу розвитку медичної сфери.

1. **Охорона** громадського здоров'я: управлінські аспекти / Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос [та ін.]. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 236 с.

2. **Педченко Т.** Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування / Т. Педченко // Вісн. Укр. Акад. держ. упр. – № 2. – 2003. – С. 202 – 208.