

Борщ В.І.

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Монографія

ОЛДІ
ПЛЮС



В. І. Борщ

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Монографія

ОЛДІПІНОБ

2020

НАЦІОНАЛЬНА 3
НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

УДК 351.773(477)
Б83

Рекомендовано до друку Вченою радою
Науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая
(протокол № 1 від 16.01.2020 р.)

Рецензенти:

Васильців Т. Г. – д.е.н., професор, заступник директора Державної установи «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долішнього»;

Гринчуцький В. І. – д.е.н., професор, завідувач кафедри економіки підприємств і корпорацій Тернопільського національного економічного університету;

Кириленко В. І. – д.е.н., професор, завідувач кафедри економічної теорії Державного вищого навчального закладу «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»

Матукова Г. І. – д.п.н., професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Борщ В. І.

Б83 Управління закладами охорони здоров'я : монографія / В. І. Борщ. – Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. – 392 с.

ISBN 978-966-289-380-9

Національна система охорони здоров'я України потребує значних структурних трансформацій, зміни парадигми управління, керівних кадрів закладів охорони здоров'я. Відтак, виникає потреба в імплементації технологій та інструментів сучасного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я.

В монографії узагальнено теоретико-методологічні засади та надано практичні рекомендації з управління закладами охорони здоров'я. Здійснено аналіз сучасних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я України та еволюції управління національними системами охорони здоров'я в Україні та світі. Визначено особливості фінансового, кадрового та стратегічного управління закладами охорони здоров'я. Запропоновано сучасні інструменти та технології управління закладами охорони здоров'я.

Монографія буде корисною для управлінців у сфері охорони здоров'я, державних службовців, науковців і фахівців, які на науковому та практичному рівнях вирішують питання організації охорони здоров'я; викладачів, а також на студентів вищих навчальних закладів та всіх, хто цікавиться проблемами медичного бізнесу.

УДК 351.773(477)

ISBN 978-966-289-380-9

© В. І. Борщ, 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1	
Теоретико-методологічні концепти управління зкладами охорони здоров'я	9
1.1. Еволюція моделей організації та фінансування охорони здоров'я	9
1.2. Організація охорони здоров'я в економічно розвинених країнах світу	26
1.3. Організація охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою та країнах з низьким економічним розвитком	72
1.4. Економічні наслідки та концепти подолання COVID-19	103
1.5. Сучасна парадигма управління в світовій сфері охорони здоров'я	115
РОЗДІЛ 2	
Національна система охорони здоров'я в Україні	125
2.1. Державне регулювання охорони здоров'я	125
2.2. Соціально-економічний стан системи охорони здоров'я в Україні в умовах реформування галузі	145
2.3. Ринок охорони здоров'я України	162
2.4. Сучасні тенденції розвитку системи управління охороною здоров'я України	182
РОЗДІЛ 3	
Функціональна система управління фінансовими механізмами в сфері охорони здоров'я	199
3.1. Фінансування охорони здоров'я в Україні	199
3.2. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах реформування галузі	220
3.3. Лікарняні каси як основа для забезпечення інноваційних механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні	234
3.4. Особливості фінансового менеджменту закладів охорони здоров'я	240
РОЗДІЛ 4	
Управління персоналом в закладах охорони здоров'я	245
4.1. Особливості управління персоналом в сфері охорони здоров'я	245
4.2. Стратегія управління людськими ресурсами та кадрова політика в закладах охорони здоров'я	260

4.3. Особливості формування та розвитку персоналу в закладах охорони здоров'я	267
4.4. Система мотивації та стимулювання персоналу в закладах охорони здоров'я як стратегія формування людського капіталу	275
РОЗДІЛ 5	
Стратегічний менеджмент у закладах охорони здоров'я	289
5.1. Особливості стратегічного менеджменту в сфері охорони здоров'я	289
5.2. Стратегія управління та розвитку закладу охорони здоров'я	294
5.3. Інвестиційно-інноваційний механізм розвитку закладів охорони здоров'я	307
5.4. Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я	316
ВИСНОВКИ	323
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	325
ДОДАТКИ	349



ВСТУП

Сучасний період у житті українського суспільства характеризується трансформаційними процесами в економіці, активізацією політичних процесів, а також реформуванням соціальної сфери, архіважливим елементом якої є національна система охорони здоров'я. В Україні відбувається фундаментальне реформування, фактично створення нової системи охорони здоров'я, яка має відповідати основним пріоритетним напрямкам державної політики.

Показники стану здоров'я української нації, а саме: тривалість життя, фізичне та психічне здоров'я, смертність та народжуваність на сьогодні є загрозливими. Це підтверджує факт нагальності у переосмисленні сутнісних засад розвитку суспільства, розуміння цінності життя і здоров'я людини має бути основою всієї системи соціального управління, гуманістичної політики та трансформації національної системи охорони здоров'я.

Політика у сфері охорони здоров'я має бути пріоритетом, основою державної політики та стратегії розвитку країни, оскільки стан здоров'я людини та нації є одним з найважливіших та визначних критеріїв формування та розвитку людського капіталу країни. Національна економіка має суттєвий вплив на форми і методи регулювання та управління галуззю охорони здоров'я. Відповідно, внесок охорони здоров'я в економічний розвиток будь-якої країни є також очевидним. Обсяг медичних послуг, що надаються населенню мають позитивний вплив на ВВП. При збільшенні ресурсів, що використовуються у виробництві медичних послуг, підвищенні кваліфікації медичних кадрів, збільшується національний прибуток, що створюється галуззю. Працівники галузі є виробниками медичних послуг: проводять профілактику та лікують хворих, відповідно покращують соціально-демографічний стан та підвищують трудовий потенціал країни.

Держава задекларувала концепцію розвитку системи охорони здоров'я, що полягає у реформуванні фінансової моделі системи охорони здоров'я в Україні та передбачає поступовий перехід на нову модель фінансування галузі з остаточним її запровадженням у 2020 році. Зважаючи на це, формування та розвиток управлінського капіталу в системі охорони здоров'я набувають нині статусу визначально-важливих наукових проблем, що потребують глибокого теоретичного й емпіричного дослідження. Необхідність теоретичного обґрунтування впровадження сучасних технологій управління закладами охорони здоров'я, формування теоретико-методологічної основи для формування та розвитку управлінського та людського капіталу цієї галузі, а також розробка практичних рекомендацій щодо розвитку національної системи охорони здоров'я України обумовили необхідність дослідження.

Сфера охорони здоров'я є однією з найбільших в національній економіці, внаслідок цього, що попит на медичні послуги щорічно зростає. Здоров'я набуває характеристики соціально-ринкового ресурсу суспільного відтворення. Зазначені фактори зумовили

необхідність макроекономічних трансформацій в галузі охорони здоров'я та впровадження сучасної парадигми управління у сфері охорони здоров'я, яка має формуватися на засадах сучасних теорій та концепцій, інструментів та механізмів фінансового, кадрового та стратегічного управління.

Охорона здоров'я сьогодні – це складна багатофункціональна система, яка забезпечує життєві потреби населення, має особливе місце в системі виробничих відносин: галузь виконує роль ресурсозберігаючої сфери людського капіталу та посилює економічний ефект, зберігаючи здоров'я населення країни. Її функціонування та розвиток визначаються ефективністю функціонування та розвитку багатьох підсистем, зокрема: економічної та управлінської. Розвиток ринкового механізму господарювання ставить низку принципів завдань перед системою управління, найважливішими з яких є стратегічний розвиток та ефективне використання ресурсів. Відповідно, розвиток медичного менеджменту на засадах фінансового, кадрового та стратегічного управління є своєчасним та актуальним завданням, необхідним елементом сучасного реформування національної системи охорони здоров'я.

У монографії представлено авторське бачення сучасної парадигми управління сферою охорони здоров'я, що сформована на засадах фінансового, кадрового та стратегічного управління закладами охорони здоров'я. В науковій праці представлена спроба вирішення ряду питань, які не знайшли свого відображення у наукових дослідженнях, зокрема: формування макроекономічних концептів управління охороною здоров'я; ідентифікація напрямів макроекономічної модернізації національної економіки в системі охорони здоров'я; формування концептуального базису та методологічних положень функціональної системи управління фінансовими механізмами в закладах охорони здоров'я; обґрунтування концепції сучасної парадигми управління персоналом у закладах охорони здоров'я; розробка методологічного базису стратегічного управління закладами охорони здоров'я.



РОЗДІЛ 1

Теоретико-методологічні концепти управління закладами охорони здоров'я

1.1. Еволюція моделей організації та фінансування охорони здоров'я

Основними завданнями та викликами, які постають перед сучасним суспільством та керівництвом України, є формування власної системи охорони здоров'я, враховуючи історичні передумови розвитку охорони здоров'я в країні та світовий досвід. Це потребує комплексного аналізу еволюції розвитку, складових елементів та характерних ознак, що властиві для існуючих моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я – це сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян, надання медичної та лікарської допомоги, проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду [229, с. 11; 186, с. 18].

У [259] система охорони здоров'я визначається як «сукупність будь-яких організацій та ресурсів, що використовуються для дій в інтересах забезпечення здоров'я, тобто будь-який вид допомоги, медичної чи будь-якої іншої, що направлена на покращення здоров'я» [259, с. 243].

В. Д. Долот визначає систему охорони здоров'я як «сукупність організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я» [104].

Комплексна система охорони здоров'я – це система охорони здоров'я, яка включає всі необхідні елементи для задоволення потреб населення [229, с. 9]. Важливим у цьому визначенні є ознака «комплексна», адже сучасні тенденції розвитку цієї системи враховують інтеграційні процеси в європейській і світовій практиці, які встановлюють вимоги до адаптації політики та системи охорони здоров'я, а також переорієнтації системи з лікування хвороб на профілактику захворювань, підвищення рівня здоров'я.

Законодавчо охорона здоров'я визначається як «система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [12].

Отже, охорона здоров'я представляє собою систему – сукупність елементів, що пов'язані між собою для досягнення поставленої мети. Відповідно, можна стверджувати, що охорона здоров'я є складною, багаторівневою системою, яка розвивається, видозмінюється під впливом часових, соціальних, економічних та інших чинників.

Для її ефективного функціонування, необхідно розуміти визначення, структуру, особливості побудови та функціонування, взаємодії та взаємовідносин між її елементами (рис. 1.1).

Узагальнюючи представлене, можна стверджувати, що *система охорони здоров'я* представляє собою комплекс, тобто сукупність елементів, певним чином пов'язаних між собою для досягнення мети, а саме: сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, що діють у межах законодавства, діяльність яких регулюється ринковим механізмом господарювання та спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян.

Система охорони здоров'я є складовим елементом людського розвитку, що визначається суспільством як пріоритетна цінність. Здорове населення і ефективні системи охорони здоров'я мають вирішальне значення для економічного зростання. Інвестування в здоров'я нації та економічне зростання надає можливість людям залишитися активними довше і в кращому фізичному стані, що сприяє зменшенню збитків від втрати чи погіршення здоров'я, а отже і позитивній динаміці соціальних, економічних та інших показників.

Відповідно основною *метою* системи охорони здоров'я є збереження та зміцнення стану здоров'я населення країни.

Мета системи охорони здоров'я передбачає розв'язання цілої низки конкретних завдань, а саме: (1) надання якісної медичної допомоги; (2) проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; (3) зменшення рівня смертності від захворювань; (4) захист населення від необґрунтованих фінансових витрат, пов'язаних із захворюваністю; (5) збереження людської гідності під час надання медичної допомоги; (6) здійснення превентивної та профілактичної діяльності.

З економічної та управлінської точки зору, функціями системи охорони здоров'я є:

- 1) організація та надання гарантованого державою належного рівня медичного забезпечення та соціального захисту населення;
- 2) визначення організаційно-економічних та соціально-економічних засад функціонування закладів охорони здоров'я (тобто які медичні послуги, кому та за яких умов надаються, які організаційно-правові, суспільно-економічні форми діяльності закладів існують тощо);
- 3) визначення інвесторів медичних послуг (у витратах на охорону здоров'я можуть бути задіяні державні, приватні, кошти страхових компаній);
- 4) забезпечення системного підходу до лікувально-діагностичного процесу;
- 5) визначення, забезпечення ресурсних можливостей та потужностей галузі (як і будь-яка галузь національної економіки, охорона здоров'я володіє такими ресурсами: матеріальні, фінансові, людські);
- 6) оперативне реагування на інноваційні зміни та удосконалення матеріально-технічної бази галузі охорони здоров'я;
- 7) формування стандартів та нормативної бази системи охорони здоров'я;



Рис. 1.1. Системи охорони здоров'я України

Джерело: розроблено автором

- 8) визначення методів, принципів та технологій управління процесами галузі охорони здоров'я (господарсько-економічними, фінансовими, лікувальними та бізнес-процесами);
- 9) забезпечення ефективної діяльності національної системи охорони здоров'я (ефективність у межах охорони здоров'я є складним поняттям, що має вимірюватися як медичною, соціальною, економічною й організаційною ефективністю діяльності на різних рівнях системи);
- 10) визначення напрямів та шляхів підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я належить до невиробничої сфери надання медичних послуг населенню. Вона займає центральне місце в розвитку суспільства і визначається тим, що здоров'я безпосередньо впливає на економічне та соціальне благополуччя, є важливим чинником національної безпеки країни. Виходячи з цього, держава має акцентувати увагу на розвитку соціальної політики, підкріплюючи своєчасним та достатнім фінансуванням охорони здоров'я [259, с. 9-10].

Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я необхідне забезпечення певних організаційних та управлінських принципів, існування адекватної системи управління, ресурсного забезпечення (фінансові, матеріальні, людські, інформаційні ресурси).

Найважливішим принципом національної системи охорони здоров'я є збалансована взаємодія трьох її складових: споживачів та постачальників медичної послуги, а також держави.

Основними принципами, на яких будується система охорони здоров'я у світовому просторі, є наступні:

- державний характер із рівноправним існуванням громадської та приватної форм власності;
- децентралізація/децентралізація управління;
- ефективність діяльності;
- автономізація закладів охорони здоров'я;
- профілактична спрямованість;
- вільний вибір лікаря;
- постійне наукове забезпечення;
- широка участь громадськості в сфері охорони здоров'я;
- міжнародне співробітництво [76, с. 51].

Відтак, належне управління та регулювання діяльності в сфері охорони здоров'я, на нашу думку, спрямовані на:

- 1) формування ключової стратегії розвитку галузі та сприяння формуванню належного підґрунтя для її реалізації на індивідуальних соціальних і структурних рівнях;
- 2) формування ефективних механізмів державного регулювання та управління в сфері охорони здоров'я;
- 3) забезпечення дії ринкового механізму господарювання в сфері охорони здоров'я;
- 4) сприяння розвитку інвестиційно-інноваційних механізмів управління в сфері охорони здоров'я;

- 5) сприяння співпраці всіх учасників ринку охорони здоров'я з метою досягнення основних цілей та завдань, що поставлені перед системою охорони здоров'я;
- 6) сприяння громадської активності та співпраці у питаннях планування, управління, фінансування тощо в сфері охорони здоров'я;
- 7) формування належної нормативно-законодавчої бази, спрямованої на забезпечення досягнення основних цілей та завдань в сфері охорони здоров'я.

Ефективне управління системою охорони здоров'я здійснюється лише за умови наявності висококваліфікованого медичного персоналу, оптимальної структури фінансових, технічних і матеріальних ресурсів, а також адекватної системи управління.

Класифікація моделей та систем охорони здоров'я

Система охорони здоров'я в кожній країні формувалась в різних умовах з урахуванням історичних передумов та принципів функціонування: спостерігаються відмінності в методах та організації управління, підходах до фінансування, доступності медичних послуг, незважаючи на схожість та однотипність завдань, що має вирішувати система охорони здоров'я.

Можна виділити наступні основні параметри, за якими моделі відрізняються між собою, – фінансово-економічні характеристики, а саме:

- відносини власності;
- роль держави;
- джерела фінансування;
- механізми стимулювання постачальників та споживачів медичних послуг;
- форми та методи контролю обсягу та якості медичної допомоги.

Так, існують різні класифікації моделей охорони здоров'я, аналіз яких представлено нижче.

М. М. Шутов [259] розрізняє три основні моделі управління в сфері охорони здоров'я:

- 1) модель адміністративно-командного управління;
- 2) демократична модель;
- 3) ринкова модель.

Перша модель передбачає втручання держави в функціонування та зміну системи охорони здоров'я з метою забезпечення швидкої зміни політичних цілей.

Демократична модель передбачає, що кожний громадянин має право впливати на соціально-політичні рішення в житті суспільства та є відповідальним за них. Модель сприяє залученню населення в процес прийняття рішень щодо потреб, пріоритетів та проблем управління охороною здоров'я.

Ринкова модель встановлює правила саморегуляції на основі конкурентоспроможності ринків охорони здоров'я у відповідності до законів попиту та пропозиції при визнанні умов певних обмежень. Цей підхід заснований на доктрині автономного розвитку ринку, отже, передбачає мінімальне втручання держави в економічні питання охорони здоров'я [259, с. 243-244].

За аналогією з класичними законами економіки (попиту та пропозиції) зарубіжні науковці вирізняють:

- 1) модель, що направлена на формування попиту (*demand-side model*), розглядає здоров'я як благо, а отже при цій моделі охорони здоров'я споживачі медичних

послуг можуть здійснювати контроль над цими послугами. Постачальники медичних послуг здатні формувати попит на послуги та формувати політику ціноутворення. Споживачі та постачальники медичних послуг домовляються між собою. Відповідно, конкуренція за доходи споживачів змушує постачальників надавати якісні послуги. Економіка попиту передбачає розподіл ресурсів відповідно до схильності споживачів до оплати послуг та готовності постачальників постачати медичні послуги. Прикладом такої моделі можуть слугувати моделі охорони здоров'я Сінгапуру та Південної Кореї [336; 347; 388];

- 2) модель, яка направлена на формування пропозиції (*purpose-side model*) передбачає, що здоров'я – це благо, яке має бути доступним для всіх громадян країни. Органи управління, за такої моделі, здійснюють контроль над ресурсами, закон вільного ринку не розвинений. При цьому держава відіграє важливу роль як у розподілі ресурсів, так і у ціноутворенні на медичні послуги [347].

М. Фотакі у [242] класифікує системи охорони здоров'я за принципом рівнів соціального розвитку, виділяючи наступні моделі:

- 1) універсалістська модель (модель Беверіджа);
- 2) модель соціального страхування (модель Бісмарка);
- 3) південна модель (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- 4) інституціональна чи соціал-демократична модель (скандинавська модель);
- 5) ліберальна модель (модель залишкового соціального забезпечення);
- 6) консервативна корпоративна модель (японська модель);
- 7) латиноамериканська модель;
- 8) модель охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- 9) модель охорони здоров'я країн з перехідною економікою [242, с. 8-11].

Аналізуючи типи моделей систем охорони здоров'я, слід виділити також класифікацію наступних науковців О. Щепіна, В. Філатова та Я. Погорєлова, які розрізняють наступні види:

- 1) утилітарна модель (засновується на філософсько-етичній концепції утилітаризму та передбачає, що розміщення ресурсів у охороні здоров'я має максимально слугувати для стану здоров'я населення);
- 2) комунітарна модель (засновується на філософсько-етичній концепції комунітаризму – від англ. *community* – та зосереджує увагу на громаді, правах громадян та їх обов'язків);
- 3) ліберальна модель (засновується на філософсько-етичній концепції лібералізму, дотримується позиції, що держава має створювати певні початкові умови доступу до охорони здоров'я за рахунок повного або часткового фінансування охорони здоров'я за державні кошти) [244, с. 45-53; 209].

Американський вчений М. Філд розрізняє моделі охорони здоров'я за принципом соціально-політичної структури суспільства:

- 1) класична (неупорядкована);
- 2) плюралістична;
- 3) страхова;
- 4) національна;

5) соціалістична [312, с. 401].

Більшість сучасних науковців [53; 63; 81; 104; 124; 184] визначає класифікацію моделей системи охорони здоров'я за принципом фінансування (класична класифікація):

- 1) модель соціального медичного страхування (модель Бісмарка);
- 2) державна модель чи модель централізованого фінансування охорони здоров'я (моделі Семашко, Беверіджа);
- 3) приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Модель соціального медичного страхування характеризується як страхова, що заснована на принципах соціального страхування та багатоканальній системі фінансування. Моделі централізованого фінансування є державними з бюджетною системою фінансування. Приватна модель засновується на власних коштах громадян, а саме: добровільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг та депозитні медичні рахунки.

Також існує класифікація моделей фінансування охорони здоров'я за видами фондів: суспільного споживання; змішаних фондів; приватних фондів.

У суспільні фонди споживання кошти надходять шляхом збору податків або внесків соціального страхування. Обидва методи базуються на доходах громадян країни. Змішані системи поєднують одночасно податки та внески. У моделі, що фінансується із приватних фондів, основним джерелом є особисті внески громадян.

Так, останні дві класифікації схожі між собою: моделям фінансування охорони здоров'я із суспільних фондів споживання та змішаних фондів відповідають три системи організації охорони здоров'я Бісмарка, Семашка та Беверіджа, що ґрунтуються на принципах солідарності та мають наступні спільні риси: (1) універсальна система захисту незалежно від ризику; (2) рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги; (3) обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я; (4) відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги; (5) державний контроль за ціноутворенням. Проте ці моделі мають суттєві відмінності.

Для системного бачення необхідно еволюційно-детально уявити класичну класифікацію моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

1. *Модель соціального медичного страхування* (модель Бісмарка), використовується у таких країнах як: Австрія, Швейцарія, Ізраїль, Франція, Нідерланди, держави Східної Європи та Прибалтики, Японії тощо.

Модель формується у XIX – XX столітті, коли в багатьох європейських країнах були прийняті закони про обов'язкове медичне страхування, час початку реалізації ідеї соціальної солідарності в сфері охорони здоров'я, а дефіцит фінансових коштів на оплату медичних послуг спонукав владу втручатися у процес організації та контролю надання медичної допомоги.

Історично модель вперше запроваджена у 1881 році на національному рівні у Німеччині канцлером Отто фон Бісмарком та отримала статус державної системи охорони здоров'я. Модель має назву-німецька або континентальна [53]. Відповідно моделі були створені лікарняні каси – заклади соціального страхування робітників, бюджет яких переважно формування із внесків робітників, а управління здійснювалося роботодавцями [62].

Основним принципом, за яким діє модель, є принцип соціального страхування, тобто захисту від факторів соціального ризику (хвороб, нещасних випадків, втрати

працевдатності) та при материнстві, безробітті, смерті родичів, який передбачає існування страхових фондів, які керуються на паритетних засадах найманими робітниками та працевдавцями. Фонди акумулюють соціальні надходження від заробітної плати для здійснення страхових виплат, які покривають витрати на медичне обслуговування населення. Фонди є неурядовими, некомерційними (страховими) фондами, які виступають як посередники між застрахованими особами та закладами охорони здоров'я. В різних країнах страхові фонди формуються за різними принципами: професійними, територіальними, релігійними, політичним [50, с. 121].

Основним економічним принципом моделі є принцип змішаної економіки, що поєднує механізми ринку медичних послуг та розвинену систему державного регулювання і соціальних гарантій.

Для моделі характерне децентралізоване фінансування, яке є багатоканальним, охоплює обов'язкове медичне страхування більшості населення, забезпечується за рахунок обов'язкових фіксованих внесків із фонду заробітної плати робітників і роботодавців на обов'язкове медичне страхування та соціальне страхування, субсидій держави, внесків у фонди добровільного медичного страхування, прямої оплати та співоплати громадян країни. Співвідношення розміру фінансової участі в формуванні фондів медичного страхування залежить від економічної кон'юнктури та податкової політики, що склалися в країні.

Розмір внесків визначається платоспроможністю і не залежить від індивідуального ризику, що обумовлює постійний характер покриття витрат на охорону здоров'я і не впливає на обсяг медичної допомоги, що надається. Страхові внески, як правило, розраховуються на основі розміру заробітної плати та доходів. В цьому випадку відбувається перерозподіл ресурсів від категорій населення з високим рівнем заробітної плати до категорій з меншим рівнем, від молодого та здорового населення – до літніх та хворих. Таким чином, забезпечується соціальна солідарність у групі застрахованих.

Фінансування в межах соціальної страхової моделі є менш залежним від політичної кон'юнктури. За цією моделлю, істотна частина страхових внесків залишається, як правило, на місцях. Вони перерозподіляються за принципом територіального вирівнювання та можуть контролюватися страховиками та застрахованими в частині використання ресурсів, які направляються на оплату медичної допомоги, та якості медичних послуг. Крім того, пацієнти мають можливість вибору лікарів та закладів охорони здоров'я.

Перевагою такої моделі є стабільність надходжень коштів від підприємств, робітників, які зацікавлені в отриманні медичної допомоги. Цей факт обумовлений прозорістю фінансування страхової медицини, а також прямим та опосередкованим формування фондів. Це сприяє інвестуванню фінансових коштів у сучасні інноваційні медичні технології та обладнання, стимулює медичний персонал до удосконалення та забезпечує підвищення їх доходів.

Страхова система не фінансується, як правило, з державного бюджету, за окремими винятками. Так, для малозабезпечених верств населення, які не можуть отримувати медичні послуги за низкою причин (наприклад, відсутній необхідний страховий стаж), медична допомога фінансується державою. В даному випадку мова йде про додаткові, допоміжні механізми, які представляють собою відхилення від страхової моделі, проте без яких забезпечення повного охоплення населення медичною допомогою буде неможливим [50, с. 119].

Держава відіграє роль гаранта у забезпеченні потреби населення в медичній допомозі, не залежно від рівня доходів, при цьому не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантованого державою рівня, забезпечуючи право вибору та суверенітет споживачів – споживачів медичних послуг.

Субсидії держави покривають витрати на соціальне страхування, громадську охорону здоров'я (санітарно-протиепідемічні заходи), підготовку медичних кадрів та наукові дослідження.

Характерною рисою моделі соціального медичного страхування є наявність незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, якість діяльності яких жорстко регламентується державою.

Медичне страхування є обов'язковим для всіх працюючих – у переважній більшості європейських країн ним покривається практично все населення. Так, наприклад, у Люксембурзі тільки 1-3% населення не є застраханим, до яких переважно належать забезпечені верстви населення [284, с. 121].

Добровільне медичне страхування при такій моделі є не основним, на відміну від США та Австралії: його питома вага складає від 1,6% (Люксембург) до 14,3% (Нідерланди). Цей вид медичного страхування існує у якості: (а) замінного (є альтернативою державного медичного страхування для найманих робітників та службовців з доходами, які перевищують граничні рівні, затверджені урядом), (б) додаткового (дозволяє громадянам мати комфортніші умови при госпіталізації або отримувати допомогу у приватних закладах охорони здоров'я), (в) доповнюючого (повністю або частково покриває витрати на медичні послуги, які залишились за межами державного фінансування, або гарантує певні преференції до медичної допомоги) [370, с. 11].

За цією моделлю постачальники медичних послуг є вільними суб'єктами ринку. Держава безпосередньо не приймає участі у процесі медичного обслуговування, однак законодавчо забезпечує регулюючу та контролюючу функції: регулює ставки внесків, ціни на медичні послуги, договірні відносини між страхувальником і закладом охорони здоров'я, розмір гарантованого пакету медичних послуг, системи контролю за якістю медичної допомоги. Тому така модель охорони здоров'я характеризується як регульована, оскільки макроекономічна вартість страхової моделі є більш вартісною, ніж, наприклад, державної. Це відбувається за рахунок підвищення цін на медичні послуги, а отже і вартості страхових внесків, високих адміністративних витрат, маркетингових витрат тощо.

Обов'язкове медичне страхування може функціонувати у двох організаційних (пряма та непряма) і економічних (товарна і грошова) формах.

Пряма форма характеризується тим, що органи медичного страхування мають власні заклади охорони здоров'я (Японія, Швеція); непряма – передбачає контактування страхової організації із закладами охорони здоров'я (Німеччина, Австрія).

При грошовій формі страхувальник вільно обирає фахівця медичних послуг (лікаря загальної практики чи сімейного лікаря), оплачує вартість послуг, відповідно страхова компанія відшкодовує певний відсоток вартості амбулаторної допомоги, а частина витрат покривається за принципом співоплати (Бельгія, Люксембург, Франція); товарна форма

633 198

3

характеризується тим, що страхувальник отримує медичну допомогу безоплатно, а економічні питання вирішує посередник між страхувальником і постачальником медичної послуги (Німеччина, Австрія, Нідерланди, Швеція).

Реформування за останні роки даного типу охорони здоров'я призвело до гнучкості системи, яка поєднує як принципи централізованого, так і децентралізованого управління, що зменшує вплив кон'юнктурних коливань на систему [382, с. 9].

Моделі соціального медичного страхування притаманні ознаки як державної моделі фінансування, так і приватної-залежно від переваги параметрів.

Так, різновидом моделі соціального медичного страхування є *суспільно-приватна модель фінансування охорони здоров'я (змішана форма)*, яка притаманна для Канади, Нідерландів та Японії. Модель характеризується покриттям витрат на медичну допомогу шляхом поєднання соціального та приватного медичного страхування, тобто поєднує в собі ринкову та соціальну моделі.

До основних переваг моделі соціального медичного страхування належать:

- 1) високий рівень гарантій надання безкоштовної медичної допомоги;
- 2) адресність внесків;
- 3) усунення внутрішньогалузевого монополізму системи охорони здоров'я;
- 4) відкритість для додаткових джерел фінансування;
- 5) інвестування коштів в інноваційне оновлення галузі, новітні медичні технології та устаткування, фармацевтичні та технічні розробки;
- 6) розвиненість ринку інновацій та інтелектуальної власності у галузі охорони здоров'я;
- 7) гарантування з боку держави якісної медичної допомоги;
- 8) вільний вибір страхових фондів і постачальників медичних послуг.

Недоліки системи полягають у високих адміністративних витратах та збільшенні витрат страхових компаній та закладів охорони здоров'я, що призводить до скорочення працівників, збільшення вартості страхових внесків. Недоліком є також незначні можливості в сфері охорони громадського здоров'я, санітарної просвіти населення, профілактичної медицини, що обумовлюється недостатніми фінансовими можливостями страхових фондів та їх незацікавленістю розподілі фінансових коштів на вирішення цих завдань. Іншою слабкістю моделі є складність управління та координації діяльності закладів охорони здоров'я, що обумовлена децентралізацією, особливо в країнах з обмеженими ресурсами та неоднорідністю територіального розподілу. Важливим недоліком страхової моделі є залежність від демографічної ситуації в країні, від процесів старіння населення, зниження народжуваності-це основні причини кризових процесів сучасних систем страхової медицини.

2. *Державній моделі охорони здоров'я (модель централізованого фінансування: системи Семашка та Беверіджа)* притаманні наступні риси: (1) основне джерело фінансування – загальні податкові надходження; (2) оплата медичного обслуговування здійснюється з державного та місцевих бюджетів; (3) податки прогресивні; (4) держава виступає власником більшості закладів охорони здоров'я, здійснюючи функції управління, фінансування та організації надання медичної допомоги населенню; (5) органами державного управління регламентується загальна стратегія розвитку галузі та основні сторони економічної діяльності закладів охорони здоров'я.

Модель Семашка була запропонована академіком М. О. Семашко. Характерна для радянських та пострадянських країн на початку 1990-х рр.

Ця модель характеризується принципами: безкоштовності, загальної доступності кваліфікованої медичної допомоги, профілактичної спрямованості діяльності, тісного зв'язку між медичною наукою та практикою.

Для моделі характерна жорстка державна форма управління контролю та відсутність вільного ринкового середовища. Характерною ознакою цієї моделі була наявність єдиного замовника медичної допомоги в особі держави.

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснювалося за залишковим принципом, а формування – за централізовано визначеними нормативами (штату медичних працівників, ресурсів, фонду заробітної плати). Модель орієнтувалася на командно-адміністративний принцип: централізований механізм формування бюджету галузі, організація матеріально-технічного та фармацевтичного забезпечення на основі державного замовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів.

Це призвело до екстенсивного розвитку галузі, відсутності економічної зацікавленості медичного персоналу у раціональному використанні ресурсів та підвищенні якості медичної допомоги, слабкої орієнтації на споживача та відсутності конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг. Ці чинники з розпадом Радянського Союзу й призвели до руйнування моделі охорони здоров'я.

Однак у більшості країн із перехідною економікою, після розпаду СРСР, гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінювалися, або були лише незначно модифіковані. Наприклад, в країнах східної Європи (Болгарії, Словенії, Чехії, Естонії) на певний час були введені фіксовані співоплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. В Україні та Російській Федерації, наприклад, відбулася «тонізація» фінансових відносин в сфері охорони здоров'я за рахунок прямої оплати населенням медичному персоналу вартості наданих медичних послуг. Як результат, характерною особливістю цих країн став «значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням» [104], що потребував повної або часткової трансформації моделі фінансування та організації охорони здоров'я.

Проте існування такої моделі усуває недоліки ринкового механізму функціонування, на якій побудовані модель соціального медичного страхування та приватна модель: «система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні, тобто система фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР – республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні – обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охороною здоров'я» [53].

Модель Беверіджа (універсалістська модель; бюджетна модель) притаманна для таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Канада, Італія, Іспанія, Португалія, Греція, Нова Зеландія.