

ДЕМОГРАФІЯ, ЕКОНОМІКА ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНА ЕКОНОМІКА І ПОЛІТИКА

УДК 351.773:353

Борщ В.І., к.е.н.,
доцент кафедри менеджменту та інновацій
Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

Борщ В.І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. У статті досліджено проблему сучасного розвитку системи охорони здоров'я України та надано порівняльний аналіз моделей управління та фінансування охорони здоров'я у світі. Проаналізовано сучасні тенденції розвитку національної системи охорони здоров'я порівняно із системами охорони здоров'я провідних країн світу. Досліджено основні цілі та завдання системи охорони здоров'я. Класифіковано основні моделі управління та фінансові моделі у сфері охорони здоров'я. Дано загальну характеристику цих моделей із перевагами та недоліками; досліджено спільні риси та відмінності. Визначено ключові питання та завдання вдосконалення охорони здоров'я у рамках Концепції розвитку національної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, модель управління у сфері охорони здоров'я, модель соціального медичного страхування (система Бісмарка), модель централізованого фінансування охорони здоров'я (моделі Семашка, Беверіджа), приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Борщ В.І. Современные тенденции развития системы здравоохранения в Украине: сравнительный анализ. В статье исследована проблема современного развития системы здравоохранения Украины и проведен сравнительный анализ мировых моделей управления и финансирования здравоохранения. Проанализированы современные тенденции развития национальной системы здравоохранения по сравнению с системами здравоохранения ведущих стран мира. Исследованы основные цели и задачи системы здравоохранения. Классифицированы основные модели управления и финансовые модели в сфере здравоохранения. Представлена общая характеристика этих моделей с преимуществами и недостатками; исследованы общие черты и отличия. Определены ключевые вопросы и задачи усовершенствования здравоохранения в рамках Концепции развития национальной системы здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, модель управления в сфере здравоохранения, модель социального медицинского страхования (система Бисмарка), модель централизованного финансирования здравоохранения (модели Семашко, Бевериджа), частная модель финансирования здравоохранения.

Borshch V.I. Modern trends of development of Ukrainian healthcare system: comparative analysis. Modern Ukrainian society is characterized by the economic transformational processes, acceleration in political processes, and also reforming the social sphere, which key element is the national healthcare system. Today reformation, and in fact creation of the new healthcare system, which must take the lead among the main priorities of state policy, is urgent. The main goal of this paper is to analysis current trends of development of the national healthcare system in comparison with healthcare systems of the leading countries. This study combines economic and managerial analysis of the management and financial models of healthcare systems. In this study complex of the general scientific and special research methods were used to achieve the goal of the study. The method of historical and logical analysis of the literature was used. The structural analysis was used with purpose to research the expenditures for healthcare system. Method of comparative analysis was used to study features, differences, advantages and disadvantages of the models of healthcare systems. Method of summarization was used to make a conclusion. Scientific works of national scientists in the sphere of healthcare economics and management, national and international legal documents were used as the informational basis for the conducted research. In the paper the issue of the modern development of Ukrainian health care is researched. Also, comparative analysis of the world models of healthcare systems management and financing is conducted. In the paper main management and financial models of healthcare are classified. General attributes of these models with their advantage and disadvantages are provided; general features and distinctions are researched. The key issues and tasks of healthcare improvement in the frames of Concept of national healthcare system development are defined.

Key words: healthcare system, model of healthcare system, Bismarck healthcare model (insurance medicine), state (national) healthcare model (Semashko and Beveridge models), private healthcare model.

Постановка проблеми. Розвиток національної економіки має значний вплив на форми та методи регулювання та управління галуззю охорони здоров'я. З іншого боку, внесок охорони здоров'я в економічний розвиток будь-якої країни є також очевидним. Обсяг медичних послуг, що надаються населенню та виражені у вартісній формі, має позитивний вплив на ВВП країни. Працівники галузі є виробниками медичних послуг і, отже, запобігаючи хворобам та лікуючи хворих, вони тим самим поліпшують соціально-демографічний стан та підвищують трудовий потенціал країни.

Сучасне українське суспільство характеризується трансформаційними процесами в економіці, активізацією політичних процесів, а також реформуванням соціальної сфери, важливим елементом якої є національна система охорони здоров'я. Сьогодні актуальним є реформування, а фактично створення нової системи охорони здоров'я, яка має посісти провідне місце серед основних пріоритетних напрямів державної політики, оскільки стан здоров'я людини та нації є одним із найважливіших та визначних критеріїв формування та розвитку людського капіталу країни.

Сьогодні держава задекларувала дві концепції розвитку системи охорони здоров'я. Перша концепція 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 р. Друга концепція засновується на розвитку системи громадського здоров'я в Україні та формує засади переорієнтації пріоритетів національної системи охорони здоров'я від процесів лікування до превентивної, профілактичної медицини, що має на меті розроблення політики зміцнення та збереження здоров'я людини та нації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Існує велика кількість ґрунтовних наукових публікацій різного спрямування, що висвітлюють цю проблематику. Зокрема, такі науковці, як З. Гладун, Є. Долотенко, Д. Карамішев, Н. Кризіна, Т. Педченко, С. Петрова, Т. Семігіна, Н. Солоненко, М. Співак, Я. Радиш, В. Чернецький, досліджують проблеми державного управління та політики у сфері охорони здоров'я.

І. Голованова, Е. Ковжарова, О. Литвинова, Г. Панфілова, А. Надточій та М. Шутов свої наукові праці присвятили розвитку проблеми фінансового та організаційно-економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я.

Такі українські науковці, як А. Голяченко, Л. Морарь, В. Пономаренко, О. Приходський, О. Скрипник, Т. Чеканова, аналізують безпосередньо проблеми управління закладами охорони здоров'я та організаційно-адміністративні процеси в галузі охорони здоров'я.

Проте в наукових публікаціях за цією тематикою дослідження не розглядається проблема форму-

вання та розвитку управлінського капіталу закладів охорони здоров'я зокрема та національної системи охорони загалом. Отже, постає необхідність акцентувати увагу на цьому питанні в рамках подальших досліджень за цим напрямом.

Постановка завдання. Метою дослідження є аналіз сучасних тенденцій розвитку національної системи охорони здоров'я порівняно із системами охорони здоров'я провідних країн світу.

Виклад основних результатів. Національна система охорони здоров'я є складовим елементом людського розвитку, що визначається суспільством як пріоритетна цінність. Вона належить до невиробничої сфери надання медичних послуг населенню та займає центральне місце в розвитку суспільства, що визначається тим, що здоров'я, безпосередньо впливаючи на економічне та соціальне благополуччя, є важливим чинником національної безпеки країни. Охорона здоров'я, формуючи суспільне здоров'я, впливає на формування та розвиток людського капіталу країни та надає суспільству в цілому послуги, що значною мірою компенсують негативні наслідки від його діяльності. Виходячи із цього, держава має акцентувати увагу на розвитку соціальної політики, підкріплюючи своєчасним та достатнім фінансуванням охорони здоров'я [1, с. 9–10].

Кінцевим результатом в системі охорони здоров'я має бути результат чи наслідки певної політики або заходів в охороні здоров'я і пов'язаних із ними змін у стані здоров'я та медичному обслуговуванні населення [2, с. 9].

Основним завданням та викликом, який стоїть 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 аналізу складових елементів та характерних ознак, що властиві моделям охорони здоров'я зарубіжних країн.

Система охорони здоров'я в кожній країні формувалася по-різному, з урахуванням історичних передумов: спостерігаються відмінності в методах та організації управління, підходах до фінансування, доступності медичних послуг, незважаючи на схожість та однотипність завдань, що має вирішити система охорони здоров'я.

М.М. Шутов [1] розрізняє три основні моделі управління у сфері охорони здоров'я: модель адміністративно-командного управління; демократична модель; ринкова модель.

Перша модель передбачає втручання держави у функціонування та зміну системи охорони здоров'я для забезпечення швидкої зміни політичних цілей. Демократична модель передбачає, що кожний громадянин має право впливати на соціально-політичні рішення у житті суспільства та є відповідальним за них; така модель сприяє залученню населення в процес прийняття рішень щодо потреб, пріоритетів

та проблем управління охороною здоров'я. Ринкова модель встановлює правила саморегуляції на основі конкурентоздатності медичних ринків відповідно до ринкових законів за визнанні умов певних обмежень. Цей підхід заснований на доктрині автономного розвитку ринку, отже, передбачає мінімальне втручання держави в економічні питання охорони здоров'я [1, с. 243–244].

У [3] виділяються такі види моделі системи охорони здоров'я: модель соціального медичного страхування (система Бісмарка); моделі централізованого фінансування охорони здоров'я (моделі Семашка, Беверіджа); приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Модель соціального медичного страхування 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 добровільному медичному страхуванні, прямій оплаті медичних послуг та депозитних медичних рахунках.

Виділяють також таку класифікацію моделей фінансування охорони здоров'я: із фондів суспільного споживання; зі змішаних фондів; із приватних фондів.

У суспільні фонди споживання кошти надходять шляхом збору податків або внесків по лінії соціального страхування. Обидва методи переважно базуються на розмірі доходів громадян країни. Змішані системи поєднують одночасно податки та внески. А в моделі, що фінансується з приватних фондів, основним джерелом є особисті внески громадян.

Отже, останні дві класифікації перетинаються 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 принципі солідарності та мають спільні риси: універсальна система захисту незалежно від ризику; рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги; обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я; відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги; державний контроль ціноутворення. Проте ці моделі мають суттєві відмінності.

Модель соціального медичного страхування (система Бісмарка, або страхова модель) характерна для таких країн, як Австрія, Швейцарія, Ізраїль, Франція, Нідерланди, держави Східної Європи та Прибалтики, Японія тощо. Ця система створена за принципом соціального страхування, тобто є захистом від чинників соціального ризику (хвороб, нещасних випадків, втрати працездатності) та при материнстві, безробітті, смерті родичів. Кошти, які надходять у вигляді внесків по лінії соціального страхування, покривають витрати на медичне обслуговування населення.

Фінансування за цією моделлю є багатоканальним і включає обов'язкові фіксовані внески з фонду заробітної плати робітників і роботодавців, субсидії держави, внески у фонди добровільного медичного страхування, пряму оплату та співоплату громадян країни. Розмір внесків визначається платоспроможністю і не залежить від індивідуального ризику, що зумовлює постійний характер покриття витрат на охорону здоров'я і не впливає на обсяг медичної допомоги, що надається. Стабільність надходження коштів сприяє інвестуванню їх у сучасні інноваційні медичні технології та обладнання, стимулює медичний персонал до вдосконалення та забезпечує підвищення їхніх доходів.

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

Добровільне медичне страхування за такої моделі є не основним на відміну від США, Австралії та Швейцарії: його питома вага становить від 1,6% (Люксембург) до 14,3% (Нідерланди). Воно існує як: а) замісний (є альтернативою державного медичного страхування для найманих робітників та службовців із доходами, які перевищують граничні рівні, затверджені урядом); б) додатковий (дає змогу громадянам мати комфортніші умови у разі госпіталізації або отримувати допомогу у приватних закладах охорони здоров'я); в) доповнюючий (повністю або частково покриває витрати на медичні послуги, які залишилися поза державною схемою фінансування, або гарантує прискорений доступ до медичної допомоги).

Держава безпосередньо не бере участі в 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 над якістю медичної допомоги). Тому така модель називається регульованою.

Обов'язкове медичне страхування може функціонувати у двох організаційних (пряма та непряма) й економічних (товарна і грошова) формах. Прямая форма характеризується тим, що органи медичного страхування мають власні заклади охорони здоров'я (Японія, Швеція); непряма – передбачає контактування страхової організації з закладами охорони здоров'я. За грошової форми страхувальник вільно вибирає надавача медичних послуг (лікаря загальної практики чи сімейного лікаря), оплачує вартість цих послуг, потім страхова компанія відшкодовує певний відсоток вартості амбулаторної допомоги, а частина витрат покривається за принципом співоплати (Бельгія, Люксембург, Франція); товарна форма характеризується тим, що страхувальник отримує медичну допомогу безоплатно, а економічні питання вирішує посередник між страхувальником

і постачальником медичної послуги (Німеччина, Австрія, Нідерланди, Швеція).

Сусільно-приватна модель фінансування охорони здоров'я (змішана форма) притаманна Нідерландам та Японії та характеризується покриттям витрат на медичну допомогу шляхом поєднання соціального та приватного медичного страхування.

Переваги системи соціального медичного страхування: високий ступінь гарантій надання безкоштовної медичної допомоги; адресність внесків; усунення внутрішньогалузевого монополізму системи охорони здоров'я; відкритість для додаткових джерел фінансування; інвестування коштів в інноваційне оновлення галузі, новітні медичні технології та устаткування, фармацевтичні та технічні розробки; розвиненість ринку інновацій та інтелектуальної власності в галузі охорони здоров'я; гарантування з боку держав якісної медичної допомоги; вільний вибір страхових фондів і постачальників медичних послуг.

Недоліки цієї системи полягають у: високих адміністративних витратах та збільшенні витрат страхових компаній та закладів охорони здоров'я, що призводить до скорочення працівників.

Моделям державної системи охорони здоров'я (система Семашка та Беверіджа) притаманні такі риси: основне джерело фінансування – загальні податкові надходження; оплата медичного обслуговування здійснюється з державного та місцевих бюджетів; податки прогресивні; держава виступає власником більшості закладів охорони здоров'я, здійснюючи функції управління, фінансування та організації надання медичної допомоги населенню; органами державного управління регламентується загальна стратегія розвитку галузі та основні боки економічної діяльності закладів охорони здоров'я.

Модель Семашка характерна для радянських країн та характеризується принципами, що були вище перераховані. Для цієї моделі характерна жорстка державна форма управління та контролю; фінансування сфери охорони здоров'я здійснювалося за залишковим принципом, а формування – за централізовано визначеними нормативами (штати, ресурси, заробітна плата). Більшість медичних послуг була безкоштовна, проте це призвело до екстенсивного розвитку галузі, відсутності економічної зацікавленості медичного персоналу в раціональному використанні ресурсів та підвищенні якості медичної допомоги, слабкої орієнтації на споживача та відсутності конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг. Ці чинники разом із розпадом Радянського Союзу й призвели до руйнування цієї моделі.

Модель Беверіджа притаманна для таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Канада, Італія, Іспанія, Португалія, Греція, Нова Зеландія, та засновується на принципах універсальності доступу та безкоштов-

ності медичної допомоги на основних етапах курсу лікування.

Крім бюджетних асигнувань як основного джерела надходжень в охорону здоров'я використовуються додаткове і доповнююче добровільне медичне страхування та співплата населення за окремі види медичних послуг (стоматологічні, офтальмологічні, фармацевтичні, для яких встановлена фіксована оплата). Для цієї моделі характерна чітка централізована система контракування згідно з державними стандартами. Оплата медичного персоналу здійснюється на подушній основі; регулювання кількості та структури медичного персоналу відбувається відповідно до потреб споживачів. Характерна орієнтація на первинну медико-санітарну допомогу та наявність конкурентного середовища.

Система охорони здоров'я представлена сімейною медициною, лікарняною допомогою та суспільною охороною здоров'я. Так, наприклад, у Великобританії та більшості країн Західної Європи первинна медична допомога фінансово та оперативно відокремлена від вторинної.

Внутрішній ринок працює через територіальні відділи охорони здоров'я та лікарів загальної практики – фондотримачів, які укладають контракти з закладами охорони здоров'я всіх форм власності й узгоджують між собою обсяг медичної допомоги. При цьому лікарі загальної практики отримують річний бюджет, який включає кошти на лікувальну, профілактичну, реабілітаційну діяльність і на оплату всіх видів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, їм надають цільові виплати за надання медичних послуг людям певного віку (вакцинація, контрацепція тощо). Це сприяє ефективному використанню ресурсів, адекватному розподілу витрат на охорону здоров'я та стимулюванню лікарів до надання якісної медичної допомоги й активної профілактичної роботи.

Система оплати праці лікарям загальної практики поєднує подушну та гонорарну оплату: рівень подушної оплати визначається чисельністю та віком прикріпленого до лікаря населення. Стаціонари фінансуються шляхом формування річного бюджету під визначений обсяг діяльності (глобальний бюджет). Широкого застосування набули денні стаціонари хірургічного профілю (хірургія «одного дня»), що пов'язано зі зниженням собівартості лікування (на 30% нижче) порівняно з традиційними стаціонарами.

Переваги державної системи охорони здоров'я: високий ступінь державного управління системою; загальнодоступність; безоплатність медичної допомоги; прозорість фінансових потоків; підзвітність суспільству; якісна медична допомога за помірної вартості; контроль над коштами.

Недоліки: дефіцит бюджетного фінансування для матеріально-технічного оновлення системи охорони здоров'я; відсутність можливості вільного вибору лікаря та часу візиту до нього, наявність

черг; відсутність адресності внесків; бюрократизація відносин; відсутність економічної зацікавленості медичного персоналу в якості медичних послуг і раціональному використанні ресурсів; обмеженість прав закладів охорони здоров'я; слабка орієнтація на споживчий попит; плінність кадрів.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я побудована на основі лібертарної концепції (внесок громадянина у суспільний добробут визначає його доступ до соціально важливих благ) та ризику для стану здоров'я і характеризується такими ознаками: основне джерело фінансування – особисті кошти громадян; премії добровільного медичного страхування встановлюються відповідно до індивідуального ризику (індивідуальна оцінка можливості захворіти), суспільного і групового ризиків (оцінка середнього ризику для певної групи населення); існує тісний зв'язок між індивідуальним ризиком та величиною премій і обсягом медичних послуг; доступ для отримання медичної допомоги за загальнодержавними програмами обмежується віком, стажем роботи, соціальним статусом та місцем роботи; здійснюється селекція серед бажаючих отримати медичну страховку (перевага надається здоровим, молодим, забезпеченим); орієнтація на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу; ціни регулюються законами вільного ринку; різноманітність медичних послуг та їх постачальників.

Представником такої моделі є США. Медичне забезпечення країни формується відповідно до фінансових можливостей і потреб населення та за законами вільного ринку. За даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2016) [4], обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП становив 17% й є найвищим показником серед інших країн як у відсотку до ВВП, так і подушно (табл. 1).

Фінансування сфери охорони здоров'я являє собою поєднання приватного страхування (страхові премії, особисті виплати) з покриттям витрат із суспільних фондів (федеральні та регіональні податки) для груп підвищеного ризику (пенсіонерів, інвалідів, незаможних громадян). Система фінансування не передбачає принципу солідарного субсидювання між групами з різними доходами. Приватні страхові компанії обслуговують 73% громадян США, із них колективним медичним страхуванням через роботодавців охоплено 64% населення, самостійним, індивідуальним – 9%; зовсім не мають медичної страховки 16% населення.

Компенсація медичної допомоги здійснюється за рахунок таких програм: членства в організаціях підтримки здоров'я Health Maintenance Organization (НМО); індивідуального добровільного медичного страхування або членства в організаціях медичного обслуговування за вибором пацієнта Preferred Provider Organization (РРО); програм «Пункт допомоги» (Point-of-Service), що поєднує аспекти НМО та РРО; безоплатної невідкладної допомоги населенню країни,

Таблиця 1
Рейтинг країн за витратами на охорону здоров'я, згідно з даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2016)

Країна	Обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, %	Витрати на одного громадянина на рік, дол. США	Покриття населення необхідною медичною допомогою, %
США	17	98701	≥80
Бразилія	12	1016	77
Франція	12	4263	≥80
Швейцарія	12	98362	≥80
Канада	11	4458	≥80
Японія	11	4233	≥80
Швеція	11	57115	≥80
Німеччина	11	4714	79
Норвегія	11	74783	≥80
Великобританія	10	3958	≥80
Австрія	10	4688	≥80
Данія	10	5566	≥80
Нідерланди	10	4742	≥80
Австралія	9	5002	≥80
Фінляндія	9	4117	79
Італія	9	2739	≥80
Республіка Молдова	9	171	65
Болгарія	8	612	64
Греція	8	1511	70
Іран	8	415	65
Ізраїль	7	2837	≥80
Чеська Республіка	7	1322	73
Польща	7	809	75
Естонія	7	1185	76
Україна	7	141	63
Люксембург	6	62714	≥80
Білорусь	6	318	74
Китай	5	398	76
Румунія	5	476	72
Російська Федерація	5	469	63
Казахстан	4	262	71
Кувейт	4	1068	77
Пакистан	3	40	40
Катар	3	1827	77
Венесуела	3	1578	73
Монако	2	2940	-

Джерело: сформовано за даними [4; 5]

^{1,2,3...} – найвищі показники витрат на охорону здоров'я на одного громадянина, дол. США.

незалежно від платоспроможності (необхідний мінімальний обсяг, затверджений федеральним урядом); державних програм Medicare та Medicaid, які опікують людей віком від 65 років та малозабезпечених.

Покриття витрат на медичну допомогу за колективного страхування може здійснюватися двома шляхами: платою за послугу, тобто працедавець виплачує страховій компанії за кожного робітника страхові премії відповідно до страхового поліса, а страхова компанія оплачує рахунки (80%) закладів охорони здоров'я та лікарів; платою за керовані послуги, що використовуються в організаціях підтримки здоров'я Health Maintenance Organization (НМО), для яких характерно: обслуговування певної групи населення; регулярна сплата фіксованих внесків, розмір яких не залежить від стану здоров'я та віку; обсяг і асортимент медичних послуг визначаються контрактом; наявність уніфікованих вимог до різних технологій обстеження, лікування і реабілітації пацієнтів у вигляді керівництв та протоколів; відповідність результатів лікування визначеним стандартам; прийняття організацією на себе фінансового ризику під час надання медичної допомоги. НМО є продавцем або укладає колективні контракти з групою лікарів, які надають медичну допомогу членам організацій у центрах здоров'я і лікарнях, що належать НМО. Заклади охорони здоров'я отримують фіксовану суму, яка попередньо виплачується за кожного застрахованого незалежно від обсягу медичних послуг.

До державних страхових програм належать Medicare (13%), Medicaid (10%) та Фонд ветеранів армії (4%). Програма Medicare надає послуги людям віком від 65 років, які мають стаж роботи від 5 до 10 років, певним категоріям інвалідів; фінансується за рахунок цільових податків із фонду заробітної плати та державних прибутків. Програма Medicaid охоплює бідні сім'ї, доходи яких нижче за межу бідності; малозабезпечених інвалідів, громадян похилого віку, вагітних та дітей; фінансується федеральним урядом та органами управління штатів.

Загалом лікарняний сектор США представлений такими закладами: а) неприбутковими, які управляються державними органами влади, релігійними або незалежними суспільними організаціями (86%, із них 27% – власність місцевих органів управління); б) комерційними, керівництво яких знаходиться у великих приватних корпораціях (14%).

Переваги такої моделі: концентрація фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я; значні інвестиції сприяють інноваційному розвитку галузі та підвищенню ефективності діяльності; високий рівень заробітної плати медичних працівників; багатостороння система контролю над якістю медичної допомоги.

Недоліки: порушення соціальної справедливості у фінансуванні та доступі до медичних послуг; висока вартість медичних та фармацевтичних послуг; значні адміністративні витрати [3, с. 62–90].

У табл. 1 представлено рейтинг країн за витратами на охорону здоров'я. Як ми бачимо, трійку лідерів країн за рівнем витрат на цю галузь очолюють: США (17% від ВВП, що подушно становить 9 870 дол. США на рік), Швейцарія (12% від ВВП, 9 836 дол. США на рік) та Норвегія (11% від ВВП, 7 478 дол. США на рік). Покриття населення необхідною медичною допомогою у цих країнах становить понад 80%. Складно стверджувати лише на основі цих показників про рівень ефективності медичної галузі у цих країнах у цілому, проте вони підтверджують той факт, що ці країни надають медичну допомогу на високому рівні та відповідають цілям та завданням свого існування.

Незважаючи на всі відмінності, що ми визначили в процесі дослідження різноманітних моделей охорони здоров'я, можемо зауважити, що вдосконалення охорони здоров'я в усіх вище наведених моделях має схожі ключові питання та завдання: роль держави, взаємодія владних установ та закладів охорони здоров'я; розвиток страхової медицини; пошук та використання нових джерел фінансування та форм перерозподілу; організація госпітальної, догоспітальної та невідкладної допомоги; форми оплати праці та мотиваційний процес медичного персоналу; роль та місце середнього персоналу в лікувально-профілактичному процесі; розвиток конкурентоспроможності системи охорони здоров'я та конкуренція всередині галузі; зміна ставлення населення до власного здоров'я (впровадження превентивної медицини).

Охорона здоров'я, що є однією з найважливіших ланок суспільного виробництва та національної економіки та впливає на процес формування і розвитку людського капіталу країни, не може не розвиватися під впливом ринкових умов, що сформувалися в національній економіці. Так, завдання сучасного етапу розвитку галузі охорони здоров'я України – сформулювати таку стратегію розвитку та скорегувати її так, щоб ця галузь змогла дотримуватися балансу інтересів населення, держави та закладів охорони здоров'я. У зв'язку із цим необхідно акцентувати увагу на формуванні та розвитку управлінського капіталу галузі.

Вдосконалення процесів управління в національній сфері охорони здоров'я досі здійснювалося завдяки проведенню економічних експериментів, які давали змогу отримати певний соціально-економічний ефект за рахунок використання фінансових та економічних механізмів. Економічні складники старої системи охорони здоров'я з тотальною державною власністю не враховують управлінські підходи.

Національна стратегія охорони здоров'я повинна стати складовою частиною єдиного плану сталого розвитку України. Це має забезпечити Концепція розвитку національної системи охорони здоров'я, що повинна бути спрямована на досягнення таких цілей: збереження та поліпшення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття

та тривалості життя населення; створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на збереження здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги в певному законодавчому обсязі; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для забезпечення попиту населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових та матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні системи охорони здоров'я [1, с. 278–279].

Такі зміни мають бути забезпечені низкою вимог до: адаптації та уніфікації нормативно-правової бази країни до правової бази провідних країн світу; надання свободи у виборі форм власності, організації лікувально-профілактичної роботи, економічної,

фінансової та управлінської діяльності закладів охорони здоров'я; збереження переважної ролі держави у фінансуванні системи охорони здоров'я за допомогою вдосконалення кредитно-грошового механізму, податкової політики та соціального страхування [6]. Реалізація цих принципів має забезпечити вирішення можливих внутрішніх протиріч нової системи охорони здоров'я.

Висновки. Сьогодні національні політичні та медичні керівники здійснюють узгоджені зусилля щодо створення збалансованої системи охорони здоров'я. Реструктуризація галузі має забезпечити поштовх для зміни відношення суспільства до охорони здоров'я від пасивного до активного, що має на меті активну роль суб'єкта суспільства у збереженні свого власного здоров'я та медичному обслуговуванні. Важливим є врахування досвіду розвинених країн світу, які вже пройшли той шлях до побудови сучасної системи охорони здоров'я, але не забуваючи про історичні передумови розвитку охорони здоров'я в країні та національну ідентичність української нації.

Список літератури:

1. Шутов М.М. Экономические основы рыночного здравоохранения; НАН Украины. Ин-т экономико-правовых исследований. Донецк: ВИК, 2002. 294 с.
2. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Навчально-довідкове видання / В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, С.Д. Пономаренко та ін.; за заг. ред. В.М. Пономаренко. Київ; Львів: Ліга-Прес, 2003. 100 с.
3. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.
4. Global health expenditure database. World Health Organization: official website. URL: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (дата звернення: 23.01.2019).
5. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 2018. 86 p.
6. Система здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в 2000 г. Женева: ВОЗ, 2001. 207 с.