

Н. В. Дацій,

д. держ. упр., професор, професор кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління, Поліський національний університет, м. Житомир

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0640-6426>

І. В. Драган,

д. держ. упр., старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділу методології сталого розвитку, Інститут демографії та проблем якості життя НАН України, м. Київ

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6906-5000>

Т. В. Малахова,

д. держ. упр., доцент, професор кафедри державного управління та адміністрування, Державний університет інформаційно-комунікаційних технологій

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3591-7236>

DOI: 10.32702/2306-6814.2023.20.128

ЕФЕКТИВНІ ЗАРУБІЖНІ МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

N. Datsii,

Doctor of Sciences in Public Administration, Professor, Professor of the Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Polissia National University, Zhytomyr

I. Dragan,

Doctor of Sciences in Public Administration, Associate Professor, Senior research fellow of the Department of Sustainable Development Methodology, Institute for demography and life quality problems of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv

T. Malakhova,

Doctor of Sciences in Public Administration, Associate Professor, Professor of the Department of Public Management and Administration, State University of Information and Communication technologies

EFFECTIVE FOREIGN MODELS OF PUBLIC MANAGEMENT OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Встановлено, що першою в історії системою громадської охорони здоров'я є німецька модель. Модель ця є соціально-страховою, тобто включає ознаки і суспільного, і ринкового сектора. Модель Бісмарка є системою регульованого страхування здоров'я. Вона виходить з принципу змішаної економіки: інтегрує у собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Відрахування роботодавців йдуть до лікарняних кас, з яких оплачуються всі витрати на лікування, медикаменти та профілактику здоров'я. Все це характеризує систему охорони здоров'я сучасної Німеччини, а також Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади та Японії.

Для моделі Беверіджа характерна виняткова роль держави: фінансується галузь переважно з державного бюджету, за рахунок податків з підприємств та населення. Медичну допомогу населення отримує безкоштовно, виняток становлять лише невеликий набір медичних послуг, надаються на платній основі (приблизно 5%). Іншими словами, держава — це головний покупець та постачальник медичної допомоги, що забезпечує задоволення населення у наданні медичної допомоги. Фінансування лікарів первинної ланки у розрахунку на душу населення також використовується в низці інших країн, що мають державні моделі фінансування, наприклад, у Польщі, Словаччині, Болгарії, однак без таких широких повноважень щодо фонду отримання.

Ключовим механізмом задоволення потреб у медичній допомозі є ринок медичних послуг. Об'єктивно, існує категорія громадян, які не в змозі купити медичні послуги, наприклад, пенсіонери, малозабезпечені верстви населення, безробітні. Відповідальність за зазначений контингент перебирає держава, фінансуючи громадські програми надання медичної допомоги.

Ринкова модель властива системі охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки, тут вона доповнена двома національними програмами: "Medicaid" — програма медичного обслуговування для бідних, та "Medicare" — для пенсіонерів.

Розглядаючи моделі управління системою охорони здоров'я, вважаємо, що необхідно розглянути моделі країн-лідерів міжкраїнних рейтингів за показниками охорони здоров'я. Одними з найавторитетніших є рейтинг країн світу з ефективності систем охорони здоров'я The Most Efficient Health Care (американське агентство Bloomberg), рейтинг країн за рівнем медицини Health Care Index for Country (Numbeo) та Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse).

It has been established that the first public health care system in history is the German model. This model is social insurance, that is, it includes features of both the public and market sectors. The Bismarck model is a system of regulated health insurance. It is based on the principle of a mixed economy: it integrates the market of medical services with a developed system of state regulation and social guarantees. Employers' deductions go to hospital funds, from which all costs for treatment, medicines and preventive health are paid. All this characterizes the health care system of modern Germany, as well as the Netherlands, Austria, Belgium, Holland, Switzerland, Canada and Japan.

Beveridge's model is characterized by an exclusive role of the state: the industry is financed mainly from the state budget, at the expense of taxes from enterprises and the population. The population receives medical assistance free of charge, with the exception of a small set of medical services provided on a paid basis (approximately 5%). In other words, the state is the main buyer and provider of medical care, which ensures the satisfaction of the population in the provision of medical care. Per capita funding of primary care physicians is also used in a number of other countries with public funding models, such as Poland, Slovakia, and Bulgaria, but without such broad endowment fund powers.

The market of medical services is a key mechanism for meeting the needs of medical care. Objectively, there is a category of citizens who are unable to buy medical services, for example, pensioners, low-income sections of the population, and the unemployed. Responsibility for the specified contingent is taken over by the state, financing public programs for the provision of medical assistance.

The market model is characteristic of the health care system of the United States of America, here it is supplemented by two national programs: "Medicaid" — a program of medical care for the poor, and "Medicare" — for pensioners.

When considering the management models of the health care system, we believe that it is necessary to consider the models of the leading countries of international rankings for health care indicators. One of the most authoritative is the ranking of countries in the world on the effectiveness of health care systems The Most Efficient Health Care (American agency Bloomberg), the ranking of countries by the level of medicine Health Care Index for Country (Numbeo) and Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse).

Ключові слова: ефект, зарубіжні моделі, показники охорони здоров'я, публічне управління, система охорони здоров'я.

Key words: effect, foreign models, health care indicators, public administration, health care system.

ВСТУП

Моделі охорони здоров'я прийнято розрізняти за низкою факторів, основними з яких є економічні: механізм фінансування, відносини власності, організаційно-управлінський вплив на процес отримання споживачами медичних послуг, а також питання матеріаль-

ної мотивації виробників та споживачів медичних послуг.

Ступінь наукової розробленості проблеми. М.Г.Філд, наприклад, оперуючи критерієм соціально-політичної структури суспільства під час аналізу організації системи охорони здоров'я виділяє п'ять моделей:

класична (невпорядкована); плюралістична; страхова; національна; соціалістична [1].

Експерти BOO3 (S. Hakanesson, B. Majnoni, D. Intignano, J. L. Roberts та ін.) узагальнили дані моделі в "класичну" економічну класифікацію, яка включає три первинні моделі охорони здоров'я: державна, чи модель Беверіджа; модель, заснована на всеохоплюючому страхуванні здоров'я — система Бісмарка; ринкова (приватна) модель охорони здоров'я [2].

Далі буде проведено аналіз функціонування даних моделей.

МЕТА СТАТТІ

Дослідити теоретичні підходи та практичний інструментарій ефективних зарубіжних моделей публічного управління системою охорони здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ

Першою в історії системою громадської охорони здоров'я є німецька модель, інституційне зародження якої відбулося 1881 року, названо її на честь канцлера Отто фон Бісмарка. Модель ця є соціально-страховою, тобто включає ознаки і суспільного, і ринкового сектора. Модель Бісмарка є системою регульованого страхування здоров'я. Вона виходить з принципу змішаної економіки: інтегрує у собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Джерелами фінансування у цій моделі є кошти страхових організацій (як обов'язкового медичного страхування, так і добровільного), державний бюджет та відрахування із заробітної плати працівників: саме завдяки цьому вона є стабільною та такою, що пристосовується до сучасних потреб суспільства.

Відрахування роботодавців йдуть до лікарняних кас, з яких оплачуються всі витрати на лікування, медикаменти та профілактику здоров'я. Все це характеризує систему охорони здоров'я сучасної Німеччини, а також Нідерландів, Австрії, Бельгії, Голландії, Швейцарії, Канади та Японії.

Для моделі Беверіджа характерна виняткова роль держави: фінансується галузь переважно з державного бюджету, за рахунок податків з підприємств та населення. Медичну допомогу населення отримує безкоштовно, виняток становлять лише невеликий набір медичних послуг, надаються на платній основі (приблизно 5%). Іншими словами, держава — це головний покупець та постачальник медичної допомоги, що забезпечує задоволення населення у наданні медичної допомоги. Сьогодні фонд отримання вважається справжнім проливом в управлінні охороною здоров'я. Саме така структура дозволяє Англії при порівнянні якості медичного обслуговування в порівнянні з іншими розвиненими країнами витратити в 1,5—2 рази менше бюджетних коштів та зберігати рівень громадського здоров'я на найвищому рівні. Фінансування лікарів первинної ланки у розрахунку на душу населення також використовується в низці інших країн, що мають державні моделі фінансування, наприклад, у Польщі, Словаччині, Болгарії, однак без таких широких повноважень щодо фонду отримання.

Ключовим механізмом задоволення потреб у медичній допомозі є ринок медичних послуг. Об'єктивно,

існує категорія громадян, які не в змозі купити медичні послуги, наприклад, пенсіонери, малозабезпечені верстви населення, безробітні. Відповідальність за зазначений контингент перебирає держава, фінансуючи громадські програми надання медичної допомоги.

Ринкова модель властива системі охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки, тут вона доповнена двома національними програмами: "Medicaid" — програма медичного обслуговування для бідних, та "Medicare" — для пенсіонерів.

Модель охорони здоров'я в сучасній Україні є змішаною та має структурні ознаки трьох розглянутих моделей (німецької моделі Бісмарка, модифікованої англійської моделі Беверіджа, та окремі компоненти платної системи охорони здоров'я).

Розглядаючи моделі управління системою охорони здоров'я, ми вважаємо, що необхідно розглянути моделі країн-лідерів міжкраїнних рейтингів за показниками охорони здоров'я. Одними з найавторитетніших є рейтинг країн світу з ефективності систем охорони здоров'я The Most Efficient Health Care (американське агентство Bloomberg), рейтинг країн за рівнем медицини Health Care Index for Country (Numbeo) та Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse).

Рейтинг The Most Efficient Health Care заснований на даних BOO3, ООН та Світового банку та розраховується на основі трьох показників:

- 1) середня очікувана тривалість життя при народженні;
- 2) державні витрати на охорону здоров'я (відсоток від ВВП на душу населення);
- 3) вартість медичних послуг у перерахунку на душу населення, \$.

У рейтингу представлені країни, чисельність населення яких перевищує 5 мільйонів чоловік, ВВП на душу населення становить понад 5000 доларів, а тривалість життя перевищує 70 років: це вже говорить про хорошу систему охорони здоров'я у цих країнах. У 2018 році таких країн виявилось лише 56 — це 23% від усіх країн світу (всього їх 251).

За підсумками рейтингу максимальний бал отримує країна, де очікувана тривалість життя найвища, а фінансування охорони здоров'я найнижче. При розрахунку рейтингу не враховуються багато факторів — корупція, заробітна плата лікарів та багато інших, але, тим не менш, він є об'єктивним, визнанням у світі та наочним показує співвідношення ціна/якості медичних послуг.

Проаналізуємо результати рейтингу за підсумками "допандемічного" 2018 року. Більшість країн, що займають лідируючі місця в даному рейтингу, ефективно реалізували заходи щодо стримування першої хвилі пандемії — 2019, не зазнавши при цьому важких економічних втрат (Сінгапур, Республіка Корея, Тайвань). Це все дозволило Гонконгу та Сінгапуру очолити рейтинг і у 2020 році.

Лідер рейтингу — Гонконг — країна, де система охорони здоров'я включає жорстке державне регулювання, зокрема витрати на цю сферу. Тут тривалість життя — 84 роки, частка витрат на охорону здоров'я — 5,4% ВВП. Чиновники відповідають за здоров'я громадян. Наприклад, після поширення вірусу атипової пневмонії голова адміністрації Гонконгу змушений був піти

у відставку. За державні клініки сплачує уряд країни. Головна особливість державних клінік щодо витрати/якість: вони вартують уряду лише 3 % ВВП, хоча надають високоякісні послуги.

Важливий аспект полягає в тому, що державна медицина в Гонконгу не безкоштовна, але оскільки матеріально-технічна база системи громадської охорони здоров'я Гонконгу субсидується урядом, якісні медичні послуги надаються на прийнятному для мешканців рівні по дуже низькій ціні. Але кожен громадянин все ж таки повинен платити за послуги: держава зазвичай бере він приблизно 90 % вартості. Ціна, яку сплачує громадянин, називається "medical fee" — медичний збір. Ще одна дуже вагома річ: у відмінність, наприклад, від США, Гонконг не змушує мешканців мати обов'язкове медичне страхування. Це одна з найважливіших причин, чому Гонконг витрачає менше на охорону здоров'я.

У Гонконгу існує "welfare-система" — це програма соціального забезпечення, яке передбачає додаткові виплати громадянам, дохід яких не задовольняє базові потреби.

В результаті розрахунку рейтингу The Most Efficient Health Care 2018 його замкнули Азербайджан, США та Болгарія, яка погіршила свої показники у рейтингу порівняно з минулими роками.

Розглянемо рейтинг країн за рівнем медичного обслуговування. Care Index for Country, що складається найбільшою у світі базою даних про міста та країни Numbeo. Експерти оцінили якість систем охорони здоров'я, оснащеність обладнанням, професіоналізм персоналу, вартість медичних послуг. Ключовим моментом тут є той факт, що інформація збирається з урахуванням опитування населення у містах відповідних країн. Дані опитування розраховуються за шкалою 100, тобто найвищий рейтинг має країна зі значенням коефіцієнта 100, а найнижчий — зі значенням коефіцієнта 0.

Агентство Bloomberg також на основі даних ВООЗ, ООН та Світового банку формує рейтинг найздоровіших країн (Global Health Index). Воно охоплює 169 країн та оцінює фактори, що впливають на загальний стан здоров'я населення у цих країнах. При цьому враховуються такі показники, як очікувана тривалість життя населення, заходи щодо боротьби з курінням та ожирінням, екологічні показники, доступ до чистої води та медицини.

Лідерами рейтингу 2019 року є Іспанія (тут найвища тривалість життя при народженні серед країн Європейського союзу, і вона поступається тільки Японії та Швейцарії), Італія, Ісландія, Японія, Швейцарія, Швеція, Австралія та Сінгапур. Із замикаючих рейтинг 30 країн 27 розташовані в Африці, три — Гаїті, Афганістан і Ємен.

Безумовно, в даний час показники України у міжнародних рейтингах характеризують її як країну з неефективно функціонуючою системою охорони здоров'я, що говорить про необхідність зміни політики у даній галузі: збільшення державного фінансування як мінімум до 5 % ВВП, підвищення доступності та якості освіти у цій сфері, збільшення частки населення, що веде здоровий спосіб життя. Головним результатом цієї політики має стати підвищення здорової тривалості життя.

Загалом проведений аналіз зарубіжних моделей, що проводиться з метою оцінити функціонування та розвиток ефективно функціонуючих систем охорони здоров'я та спроектувати його на модель України, показав, що чим вищий рівень централізації управління ресурсами, тим вищі показники розвитку охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Необхідно дійти усвідомлення того, що ставлять перед собою влада у сфері охорони здоров'я: заробляти на соціально значущих послугах або підвищити якість життя. У сучасних реаліях одночасно це неможливо: в Україні немає ні цивілізованого ринку, ні інституційного гідного його оформлення.

Регулятор всіх процесів, пов'язаних з фінансуванням гарантованої медичної допомоги, як було написано вище, є держава: вона, через сформовані інституційні підходи, визначає джерела та обсяг фінансування з бюджету та інших джерел, порядок їх адміністрування та, головне, гарантовану медичну допомогу населенню. Проблеми, що є в охороні здоров'я України, виражаються не тільки в низьких кількісних показниках, а й у суб'єктивній оцінці населенням стану свого здоров'я та його ставлення до системи охорони здоров'я — що викликає серйозне занепокоєння у суспільстві.

Пандемія COVID-19 наочно показала, що системи охорони здоров'я багатьох країн були готові до поширення вірусу незалежно від обраної моделі її функціонування. Більшість країн зіткнулися з ідентичними труднощами, це: нестача медичного персоналу, перевантаженість медичних установ, дефіцит необхідного обладнання та засобів індивідуального захисту, засобів для діагностики та лікування, вимушеним призупиненням надання планових послуг та ін. проблем, пов'язаних з коронавірусною інфекцією, можна вважати також показник ефективності функціонування системи охорони здоров'я країн.

Підхід країн до боротьби з інфекцією можна поділити на три методи — пасивний, що запізнюється і той, що випереджає.

Пасивний (Швеція, Індія, країни Африки та Латинської Америки) — це ігнорування пандемії, неприйняття спочатку заходів щодо нерозповсюдження COVID-2019. Запізнювальний метод був реалізований у США, Великобританії, Італії, Іспанії, Туреччині, Єгипту. Випереджаючий же підхід обрали Сінгапур, Тайвань, Республіка Корея. Реалізація випереджувального підходу дозволила регулюючим органам скоротити поширення та знизити смертність.

Порівняємо кількісні дані на міжкрайновому рівні, що дозволяють оцінити ефективність у боротьбі з коронавірусною інфекцією, зіставивши їх при цьому з позицією у рейтингу The Most Efficient Health Care.

Можна констатувати, що азіатські країни впоралися з поширенням інфекції набагато ефективніше. Одними з найефективніших методів стали: оперативні карантинні заходи, відповідальність за їх порушення (у Китаї навіть передбачено смертну кару), стратегічне планування та трансформація медичної мережі (готовність перепрофілювати лікарні, виділення окремих центрів для прийому хворих на COVID-19), масштабне тестування, запас достатньої кількості засобів індивідуального за-

хисту та апаратів ШВЛ, а також створення централізованих каналів інформування громадян. Заходи, реалізовані країнами-лідерами щодо запобігання поширення коронавірусної інфекції, повинні стати основою при формуванні механізмів розвитку охорони здоров'я всіх країн світу. Дані заходи, доповнюючи аспекти здоров'язбереження, повинні скласти філософський концепт ідеальності моделі керування системою охорони здоров'я.

Це ще раз підкреслює необхідність регулятора та централізованого управління у сфері охорони здоров'я. Лише держава змогла оптимізувати та сконцентрувати всі наявні ресурси (інфраструктурні, кадрові, технологічні), знайти таке необхідне додаткове фінансування, скоординувати дії всіх суб'єктів охорони здоров'я.

Важливим аспектом також була проведена інформаційно-пропагандистська кампанія, яка багато в чому сприяла ізоляційно-обмежувальним заходам та профілактиці здоров'я.

На даному етапі необхідно говорити про подальшу профілактику здоров'я, особливо про реабілітаційні заходи для людей, які перенесли дане вірусне захворювання. Наслідки вірусу повноцінно не вивчені, але вже зараз багато фахівці з усього світу говорять про всілякі ускладнення, які можуть позначитися на показниках громадського здоров'я (психічні розлади, серцево-судинні захворювання, репродуктивні відхилення).

Загалом огляд зарубіжного досвіду дозволяє констатувати, що ті країни, у яких ступінь участі держави у системі охорони здоров'я високий, домагаються як дуже суттєвого покращення медичної допомоги, так і збільшення тривалості життя. Водночас сьогодні у всі сфери життєдіяльності суспільства входять ринкові механізми, система охорони здоров'я не є винятком. У зв'язку з цим, а також усвідомлюючи нові цілі, всі моделі охорони здоров'я сьогодні змішані, з пріоритетним державним регулюванням.

Кожному жителю має бути гарантований мінімальний перелік медичних послуг, якими має можливість скористатися будь-яка особа поза залежністю від його фінансового чи правового статусу — це стосується поняття "медицина здоров'я" (той базовий набір медичних послуг, необхідний для життєзабезпечення людини, що включає медичні огляди, діагностику, лабораторні дослідження, диспансеризацію, профілактику захворювань).

Також бачиться перспективним реальний розвиток страхового сектору надання медичних послуг. Однак до того моменту, поки цей механізм не почне працювати у повному обсязі, держава має виступати гарантом медичного забезпечення населення.

Ідеальної моделі управління системою охорони здоров'я немає, проте необхідність цілеспрямованої державної політики для ефективності будь-якої з моделей не ставиться під сумнів. Для ефективного цілепокладання необхідний комплексний підхід до оцінки системи охорони здоров'я та її трансформація в систему здоров'язбереження, що вимагає усвідомлення підходу англійського соціолога А. Williams, згідно з яким показниками здоров'я є мобільність, самообслуговування, повсякденна діяльність, відсутність болю/дискомфорту, занепокоєння та депресії.

ВИСНОВОК

Лише повноцінне усвідомлення даних установок та цінностей державою, індивідом та роботодавцем дозволить їм цілеспрямовано, узгоджено та, що найголовніше, використовуючи принцип пріоритетності здоров'я населення, перейти до принципу здоров'язбереження та поліпшити показники громадського здоров'я не лише у кількісному, а й у якісному аспекті.

Кінцевим результуючим показником функціонування системи охорони здоров'я та надання медичних послуг є громадське здоров'я. Не буде перебільшенням твердження, що громадське здоров'я — це громадське багатство, фактор соціально-економічної безпеки, фактор, без якого немислимо створення всієї сукупності матеріальних та духовних цінностей. Усе це вимагає усвідомленого управління процесом надання медичних послуг, що дозволить вирішити проблеми в аспекті їх якості та доступності.

Література:

1. Field M. G. The Health System and Policy: A Contemporary American Dialectic. Social Science and Medicine, 1980. Vol. 14. P. 401.

2. Всесвітня організація охорони здоров'я (2023). URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>. (дата звернення 26.08.2023 р.).

References:

1. Field, M. G. (1980), "The Health System and Policy: A Contemporary American Dialectic", Social Science and Medicine, Vol. 14, pp. 401.

2. World Health Organization (2023), available at: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>. (Accessed 26 August 2023).

Стаття надійшла до редакції 12.10.2023 р.

<https://nayka.com.ua>

Електронне фахове видання

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ
удосконалення та розвиток

Виходить 12 разів на рік

включено до переліку наукових фахових видань України
з питань **ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**
(Категорія «Б»)

Наказ Міністерства освіти і науки України
від 28.12.2019 №1643

Спеціальність 281

e-mail: economy_2008@ukr.net

 viber: +38 050 3820663