

О.О. ВОЙТОВИЧ
ЛІРОЛ "Україна"

ПЕРЕБУДОВА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ СВІТОВОГО ДОСВІДУ

З погляду соціальної медицини й організації охорони здоров'я у практиці сучасного медичного наукознавства актуальною є проблема перебудови сфери охорони здоров'я. Дослідженням цього питання займаються багато вчених: В. Амітан, Б. Буркинський, Л. Богуш, В. Баранов, В. Василенко, Ю. Вороненко, М. Гончаров, О. Голяченко, М. Долішній, М. Єрмошенко, В. Куценко, Б. Кліяненко, В. Лехан, В. Москаленко, В. Мамутов, М. Прокопенко, Л. Савельєв, І. Солоненко, В. Фінагін, М. Чумаченко, а також зарубіжні науковці: Д. Брунтлад, А. Вебер, Д. Кемберленд, Ф. Котлер, М. Мексон, Ю. Одума, Дж. Стиглер, П. Хаггет, С. Шортел та інші.

Здоров'я населення – це багатогранна категорія, що відображає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя і водночас похідною від природного, соціального, культурного, економічного та політичного середовища. Саме тому в міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВООЗ "Здоров'я–21" наголошується, що "... поліпшення здоров'я і добробуту людей – кінцева мета економічного та соціального розвитку" [1].

Перебудова сфери охорони здоров'я – це процес, який триває постійно і водночас активно вдосконалюється в багатьох країнах світу, зокрема щодо забезпечення ефективності та якості надання медичних послуг. Зменшення соціальної й економічної нерівності між державами, регіонами, групами населення визнано стратегічним напрямом збереження здоров'я [2]. За масштабами заходів можна зробити висновок, що лише скоординована діяльність та співпраця міжнародних організацій, урядів країн, національних служб охорони здоров'я можуть служити основою для вирішення цих завдань.

Сьогодні майже всі цивілізовані країни світу перебудовують цю галузь, намагаючись покращити якість та обсяг медичного забезпечення своїх громадян. Перебудова сфери охорони здоров'я стала постійною турботою суспільства кожної країни. Суть зазначеного полягає у тому, щоб постійно покращувати якість медичного обслуговування, але шляхи досягнення кінцевої мети у кожній країні власні. На сьогодні міжнародні експерти не можуть визначити сучасну бездоганну систему охорони здоров'я. Оскільки жодна модель не може бути прийнятною для всіх країн, то і жодна система охорони здоров'я у світі не може досягнути своєї оптимальної вершини розвитку. Досі не знайдені оптимальні співвідношення між вартістю та якістю медичних послуг.

Україна перебуває у кризовому стані. Її матеріальні, фінансові, економічні, технічні ресурси виснажені. Враховуючи всі обставини, особливу

увагу потрібно приділити виваженості рішень, спрямованих на поліпшення ситуації, зокрема збереження здоров'я нації [3]. Донедавна посадовці із гордістю стверджували, що за кількістю лікарів та ліжок на 10 тис. населення наша країна перевищує показники провідних держав світу [4]. При цьому недостатньо звертали увагу на якість надання медичної допомоги, умови перебування хворих у стаціонарах і поліклініках тощо. Однак перехід до ринкових відносин висуває зовсім інші вимоги до якості медичних послуг та скорочення термінів перебування хворих у стаціонарах.

Погіршення стану здоров'я населення та пошук шляхів вирішення актуальних проблем у системі охорони здоров'я вимагають вжиття невідкладних заходів щодо підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги. Сьогодні профілактичні заходи носять декларативний характер, втрачається набутий раніше досвід диспансеризації, відсутня матеріальна та соціальна підтримка з боку держави. За цих умов, використовуючи досвід розвинених країн, найперспективнішим є надання первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейної медицини.

Прообразом лікаря загальної практики (сімейного лікаря) була земська медицина, яка виникла в 1861 р. після ліквідації кріпосного права й успішно існувала в Україні до 30-х років ХХ ст. Пізніше розпочалася хвиля спеціалізації. Земський лікар був основною фігурою охорони здоров'я – високопрофесійним терапевтом-педіатром із глибоким генетико-імунологічним підходом до профілактики лікування, фахівцем, що володів значним обсягом знань з різних медичних спеціальностей.

Світова практика сформувала три моделі діяльності лікаря загальної практики (сімейного лікаря):

- індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал);
- групова практика (декілька лікарів загальної практики об'єднано в групи, що дозволяє зекономити кошти, організувати взаємозаміну поміж собою, мати певну спеціалізацію медичної практики);
- центри здоров'я (скандинавська модель – амбулаторія загальної практики, іноді зі стаціонаром для людей похилого віку).

Згідно з даними досліджень [5], 90% усіх пацієнтів у різних країнах світу починають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики. У різних країнах світу кількість сімейних лікарів у їх загальній кількості становить від 54 (Франція) до 12 (Іспанія) і 39,2% (США), а решта – лікарі вузької спеціалізації. На одного сімейного лікаря припадає від 850 (Австралія) та 975 (Іспанія) до 2430 (Швеція) мешканців. З найбільшою інтенсивністю проводять прийом хворих лікарі Японії (5,7 консультації за одну годину), а найменшою – Швеції (2,4). Кількість направлень на консультацію до лікаря вузької спеціалізації або на госпіталізацію від сімейного лікаря коливається від 3 до 17 на 100 пацієнтів.

Світовий досвід перебудови сфери охорони здоров'я свідчить, що насамперед важлива зміна управління фінансової основи галузі. Повинна змінюватися загальна схема фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, яка фінансується підприємствами, установами, організаціями різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення.

Досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування і страхування здоров'я: державне, через обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. У відокремленому вигляді ці види страхування не використовуються в жодній державі, але можуть займати домінуюче положення. Зокрема, в Італії, Англії, Данії переважає державна система фінансування, а в Австралії, Німеччині, Франції, Швеції та Японії – система обов'язкового медичного страхування, в той час як у США – змішана форма фінансування медичної допомоги.

Американська система охорони здоров'я – одна з найбільших галузей у країні. На медичне обслуговування середньостатистичного американця тут щорічно витрачають 4500 дол., у Норвегії – 2900, Німеччині – 2800, Франції – 2500 дол. США. В Україні ця цифра є значно меншою, тому за якістю медичного обслуговування посідає 79-те місце у світі [6]. На охорону здоров'я населення в США у 2004 р. було виділено 15,3% внутрішнього національного валового продукту, Німеччині – 8,6 Франції – 7,4 Канаді – 6,7, а в Україні – 3,6%. Економіка Америки та сфера охорони здоров'я зокрема орієнтовані на ринок. Як і на більшості економічних ринків, у США урядові структури всіх рівнів використовують для впливу на засоби фінансування охорони здоров'я і надання медичних послуг п'ять видів механізмів суспільної політики: регулювання, оподаткування, суспільні програми, допомога у придбанні послуг, збір та поширення інформації. Ці інструменти використовуються для регулювання цін та доступності медичних послуг. Велика частина витрат на медичні послуги покривається за рахунок індивідуального медичного страхування, яке сплачується переважно роботодавцями, та 20% від загальної суми сплачують громадяни. Групове страхування за місцем роботи становить 58% населення, добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2%. Близько 15% населення, а саме малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, де відсутня система медичного страхування, не мають доступу до медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичного страхування. Найбільш широко ним охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Отже, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Тут на охорону здоров'я витрачають 15% валового прибутку (більш ніж будь-яка інша країна у світі), при цьому понад 15% американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів.

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із значним ступенем централізації управління. Приватне медичне страхування у Великобританії стосується переважно тих сфер медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше як 13% населення. Основна мета діяльності приватних страхових компаній полягає у доповненні державної системи

охорони здоров'я. Це означає, що об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе Національна служба охорони здоров'я. Враховуючи високий рівень розвитку останньої, сфера діяльності приватного медичного страхування достатньо обмежена, вона охоплює лише платну частину медичної допомоги як у комерційних медичних закладах, так і в лікарнях Національної служби охорони здоров'я. Страхові програми добровільного медичного страхування розгалужуються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань.

На особливу увагу заслуговують організація та функціонування Шведської системи охорони здоров'я. Остання вважається однією з найбільш соціально орієнтованих. Вивчення особливостей і результатів її функціонування становить особливий інтерес. Система побудована за адміністративно-територіальним принципом з трьома рівнями управління – центральним, регіональним і місцевим. Близько 90% медичного персоналу зосереджено в державних медичних закладах. Питома вага лікарів загальної практики становить 17,2%. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється з податків на рівні округів (72%), державних трансферів (13%) і в незначному обсязі з внесків обов'язкового медичного страхування. Основними напрямками перебудови охорони здоров'я Швеції були децентралізація управління, скорочення витрат, розвиток регульованого ринку медичних послуг, підвищення їх якості.

У кожній країні світу, де поширена сімейна медицина, наявні ринкові відносини або розвинена страхова медицина. В Україні потрібно опанувати сімейну медицину разом із впровадженням державного обов'язкового медичного страхування. Сучасну сімейну медицину без ринкових відносин очікує те ж, що й дільничну. Україна до сьогодні не реформувала медичну галузь, ми не маємо інституту "сімейного лікаря", який у всьому світі є базисом надання медичної допомоги. Сьогодні відбуваються гострі дискусії серед українських фахівців стосовно того, хто ж має стати посередником між пацієнтом та лікарем. Світовий досвід у цьому питанні ґрунтується на роботі фондів страховиків, лікарняних кас, які акумулюють гроші та за потреби пацієнта перерахують їх до лікаря.

В умовах економічної нестабільності введення в Україні страхової медицини призведе до погіршення медичного обслуговування мешканців, передусім пенсіонерів, інвалідів, бідних. Найбільш перспективною в майбутньому є організація бюджетно-страхової медицини з урахуванням соціально-економічного становища українців у наданні медичних послуг. Державна політика має бути спрямована на формування трансформаційної моделі перебудови сфери охорони здоров'я, що найбільш відповідає соціально-економічним реаліям держави.

Негативним фактором у реформуванні охорони здоров'я може стати повне дублювання моделей реформи країн Західної Європи або Північної Америки, тільки за політичними або ідеологічними вподобаннями, без урахування історичного досвіду, економічних ресурсів, необхідних для впровадження таких реформ. Прикладом може стати реформування сфери охорони здоров'я в Російській Федерації. Воно розпочалося без ґрунтового вивчення конкретних місцевих умов та достатнього рівня професійних знань,

що позначилося на технічних можливостях управління реформою [7].

Отже, сьогодні всі цивілізовані країни світу перебудовують систему охорони здоров'я, намагаючись покращити якість та обсяг медичного забезпечення своїх громадян. Україна переходить до ринкових відносин, які висувають зовсім інші вимоги до якості медичних послуг. Погіршення стану здоров'я населення вимагає підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейної медицини. Потрібно опанувати сімейну медицину разом з упровадженням державного обов'язкового медичного страхування. Найбільш перспективною в майбутньому є організація бюджетно-страхової медицини з урахуванням соціально-економічного становища українців у наданні медичних послуг. Вивчаючи світовий досвід реформування сфери охорони здоров'я, можна запровадити багато важливих та корисних аспектів, але це вимагає ґрунтовного вивчення конкретних місцевих умов, історичного досвіду економічних ресурсів та рівня професійних знань.

Література

1. *Здоровье–21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВООЗ / Европейское региональное бюро ВООЗ. – Копенгаген, 1999. – С. 305.*
2. *The world Health Rtport-1995 Priding the gaps WHO. – New York, 1995. – 80 p.*
3. *Москаленко В.Ф. Стратегічний розвиток охорони здоров'я України до 2010 року // Поглиблення ринкових реформ та стратегія економічного розвитку України до 2010 року: Матеріали наукової конференції УкрІНТЕІ. – К., 1999. – Т. 2; ч. 2. – С. 42–43.*
4. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під ред. проф. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – С. 176.*
5. *Вклад семейного врача в процесс создания медицинского обслуживания и образования, соответствующих потребностям людей // Рабочие материалы ВООЗ и ВОСВ. – Онтарио, 1994. – 6–8 ноября. – С. 154.*
6. *Охорона здоров'я України. – 2006. – № 3–4. – С. 15.*
7. *Семенов В.Ю. некоторые итоги развития системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – №3. – С. 3–8.*

УДК 338.46:37

О.А. КАРПЮК

Житомирський державний університет імені Івана Франка

ОСВІТА В УМОВАХ ЗНАННЄВОЇ ЕКОНОМІКИ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Сучасна система освіти в Україні характеризується низкою проблем: питання ефективності функціонування як окремих ВНЗ, так і освітньої системи в цілому практично не пов'язані з проблемами доцільності тих чи інших начальних програм, навчальних курсів, а також практичної віддачі власне процесу навчання; підготовка кадрів в Україні зорієнтована на платоспроможний попит населення в умовах недостатнього фінансування, розвитку платних форм навчання. Сучасна модель взаємодії ринку праці та