Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра громадського здоров'я

Сучасні системи охорони здоров'я в світі. Стратегія «Здоров'я 2020»

Д. м. н., професор
Сміянов В.А.

Головна мета будь–якої системи охорони здоров'я - забезпечення здоров'я населення, його працездатності через доступність та якість медичної допомоги

З позиції системного підходу система охорони здоров'я розглядається управлінцями як керована, єдина, складна, суспільна динамічна система з багатьма складовими елементами. Вони взаємодіють поміж собою і зовнішнім оточенням та об'єднані спільними законами функціонування. Ця система створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних та медичних заходів, які спрямовані на постійне покращення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому.

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Три основних принципи ОЗ:

- забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;

- висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;

- макро-економічна ефективність: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Критеріальні ознаки організації управління охороною здоров'я:

- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Головні економічні характеристики системи ОЗ:

- відношення власності;

- способи фінансування (отримання ресурсів);

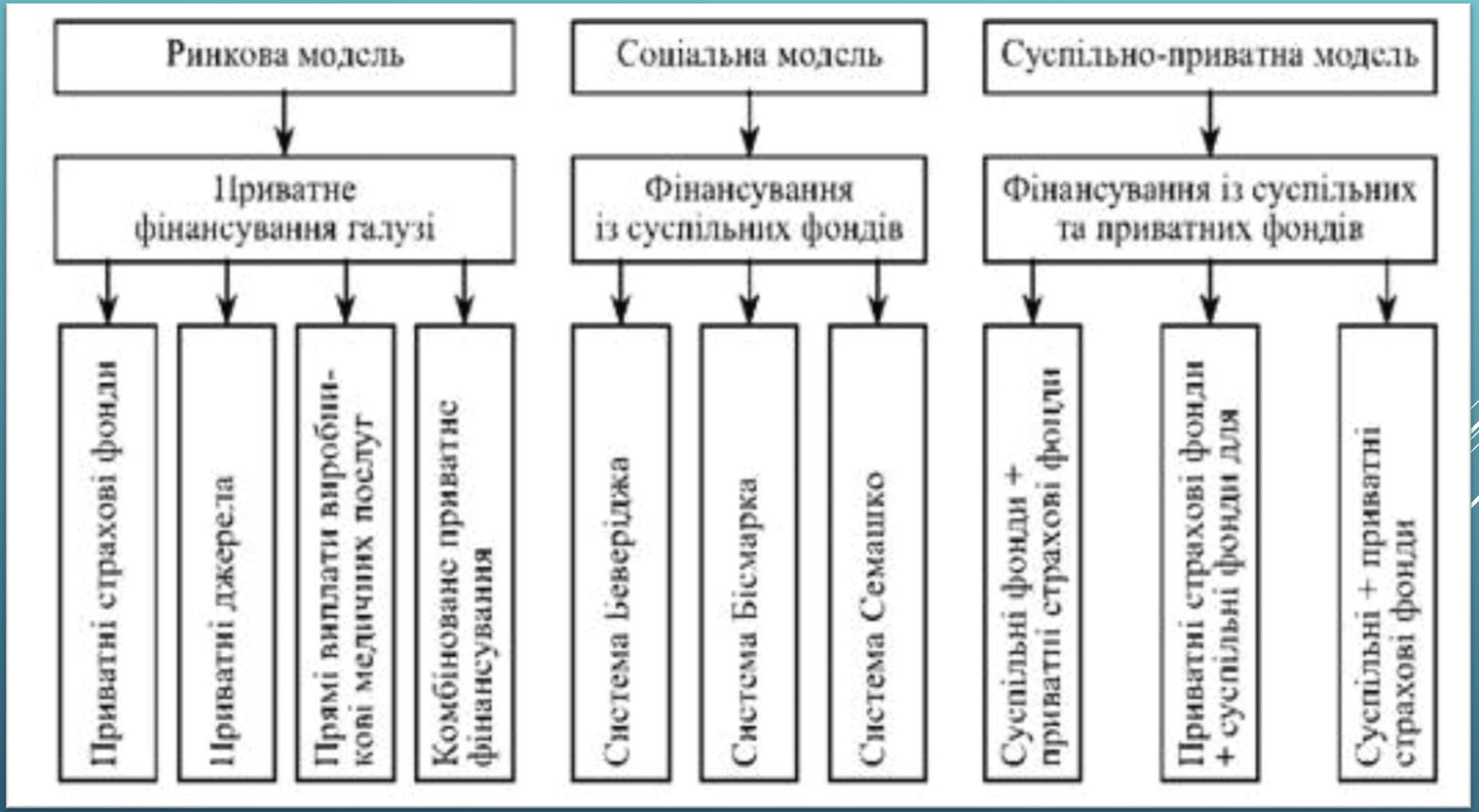
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг).

Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

При всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави в цих процесах.

Три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- *платна медицина*, сформована на *ринкових принципах* з використанням приватного медичного страхування;
- *державна медицина*, *що фінансується з державного бюджету*;
- система охорони здоров'я, *що ґрунтується на засадах соціального страхування* та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.


Ринкова модель
Приватне фінансування галузі
Приватні страхові фонди
Приватні джерела
Прямі виплати виробникові медичних послуг
Комбіноване приватне фінансування
Соціальна модель
Фінансування із суспільних фондів
Система Беверіджа
Система Бісмарка
Система Семашко
Суспільно-приватна модель
Фінансування із суспільних та приватних фондів
Суспільні фонди + приватні страхові фонди
Приватні страхові фонди + суспільні фонди для
Суспільні + приватні страхові фонди

Незалежно від моделі фінансування та її організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з *трьох* основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.

2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин *здійснюється виключно* за рахунок підприємства.

3. *Вільний вибір* застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинута система *добровільного медичного страхування*.

Напрями діяльності охорони здоров'я:

- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;
- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

В основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий - за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

В сучасному світі розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в *напрямі послаблення державних функцій* забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності *нових соціальних інститутів*, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг.

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції:

- уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я;
- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення.

Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення **централізації**. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нераціонального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення.

Оптимізація медичного обслуговування

1. Переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності.

2. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування.

3. В ефективній системі охорони здоров'я має бути впроваджено лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості або тяжких та хронічних.

Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я приводить до ситуації, коли 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта - вузькоспеціалізованими медичними працівниками. При цьому спостерігається висока частка медичної допомоги, що надається середнім медичним персоналом.

Ринкова модель організації охорони здоров'я

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Ринкова модель організації охорони здоров'я

Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробникові медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медичних закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти - їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Переваги ринкової моделі охорони здоров'я:

- стимуляція розвитку нових медичних технологій;
- забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;
- постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;
- жорстка вибраковка економічно неефективних технологій та стратегій;
- мобільність ресурсів.

Недоліки ринкової моделі охорони здоров'я:

- нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг;
- посилення впливу реклами та "моди";
- нединамічність на національному рівні.

Соціальні моделі охорони здоров'я

Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:

1) податки у суспільні фонди;

2) внески в суспільні фонди медичного страхування;

3) змішана система фінансування.

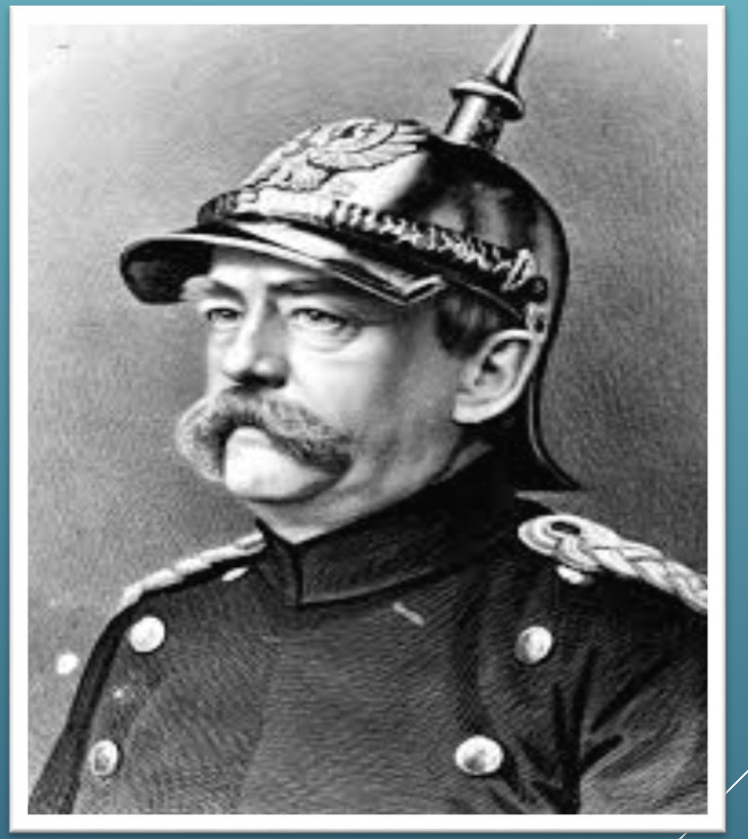
За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії.

На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах.

До соціальних моделей фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

- Система Бісмарка (модель соціального страхування);
- Система Беверіджа;
- Система Семашка.

Отто фон Бісмарк, канцлер Німеччини, ввів систему обов'язкового медичного страхування в 1881 році



Система Бісмарка (модель соціального страхування)

Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Цю систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

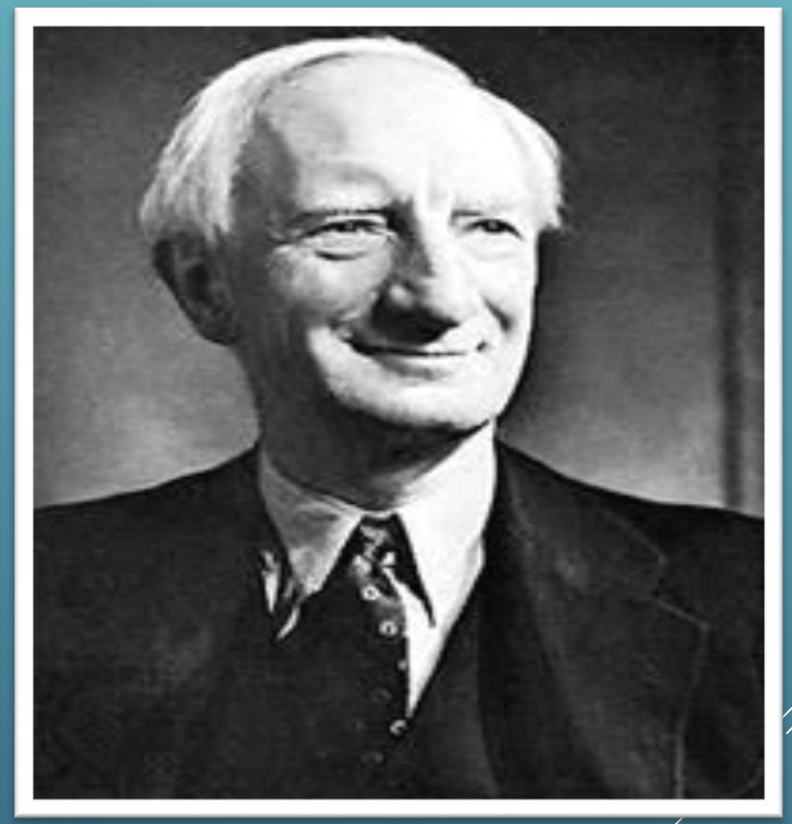
Переваги системи Бісмарка:

- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населення країни.

Недоліки системи Бісмарка:

- великий адміністративний апарат;
- складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Лорд Вільям Беверідж запропонував свою систему у 1947 році



Система Беверіджа (універсалістська)

Система Беверіджа - система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Беверіджа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники.

Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- відносна проста система оплати праці в галузі.

Недоліки системи Беверіджа:

- відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Микола Семашко, перший нарком охорони здоров'я Радянського Союзу

Система Семашка

Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави.

При моделі Семашка система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашка:

- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;
- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.

Недоліки системи Семашка:

- низькі показники розвитку медичної допомоги;
- відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
- низький рівень заробітної платні медичних працівників.

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Країна	Приватне фінансування, %	Суспільне фінансування
1. США	56	44
2. Австрія	34	66
3. Німеччина	27,5	72,5
4. Японія	26,2	73,8
5. Франція	26	74

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!