

БЕНЧМАРКІНГ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ BENCHMARKING OF MEDICAL SERVICES ORGANIZATION MODELS

У статті проаналізовано моделі організації систем медичних послуг у світі. Визначено конкурентні переваги системи охорони здоров'я Великобританії. Проаналізовано особливі риси радянської моделі системи медичних послуг. Визначено шляхи структурної модернізації радянської моделі організації системи медичних послуг. Розглянуто приклад реформування системи медичних послуг Грузії.

Ключові слова: медичні послуги, системи охорони здоров'я, інвестиційні програми, системи медичного страхування, глобальний економічний розвиток, бенчмаркінг.

В статье проанализированы модели организации систем медицинских услуг в мире. Определены конкурентные преимущества системы охраны здоровья Великобритании. Проанализированы особенные черты

советской модели организации системы медицинских услуг. Рассмотрен пример реформирования системы медицинских услуг в Грузии.

Ключевые слова: медицинские услуги, системы охраны здоровья, инвестиционные программы, системы медицинского страхования, глобальное экономическое развитие, бенчмаркинг.

This article deals with the world health care systems organization. Defined competitive advantage of Great Britain health system. Analyzed the specific features of the Soviet health care model. The ways of structural modernization of the Soviet model of medical services were defined. An example of reforming the health care system in Georgia was analyzed.

Key words: health care, health care, investment programs, health insurance, global economic development, benchmarking.

УДК 339.9:614.2

Поворозник М.Ю.

здобувач кафедри міжнародного обліку і аудиту
Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана

Постановка проблеми. Сучасна людино-центристської парадигма глобального економічного розвитку та суспільного прогресу відбиває реалізацію фундаментального права людини на життя і здоров'я, а отже – отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває проблематика комплексного аналізу і бенчмаркінгу національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувались у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступеня державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Дослідженню питання медичних послуг присвячено чимало робіт як вітчизняних науковців, так і зарубіжних, зокрема Г. Беккер, Т. Шульц, В. Баласа, Й. Бен-Порет, М. Блауг, С. Боулс, Е. Денісон, Е. Лезер, Дж. Мінцер.

Постановка завдання. Метою статті є порівняльний аналіз моделей організації систем медичних послуг у світі.

Виклад основного матеріалу дослідження.

У комплексному дослідженні варіативності національних систем медичних послуг на неабияку дослідницьку увагу заслуговує модель Беверіджа. Дана модель охоплює системи охорони здоров'я скандинавських країн, Ірландії та Великобританії, країн Південної Європи – Греції, Португалії, Іспанії та інших). Її головними засадничими елементами є наступні:

– по-перше, загальна доступність медичних послуг з повним охопленням усього населення медичним страхуванням та уніфікацією обсягу й переліку медичних послуг, що йому надаються;

– по-друге, домінування державного фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечується на основі цільового оподаткування центрального, регіонального та місцевого рівнів;

– по-третє, пріоритет системи планування витрат державного бюджету у фінансовому механізмі функціонування системи охорони здоров'я із жорстким державним контролем рівня витрат у медичній сфері та закріпленням за регіональними органами державного регулювання відповідальності за розподіл його коштів між провайдерами медичних послуг;

– по-четверте, жорстка ув'язка рівня заробітних плат і компенсацій медичного персоналу з кількістю пацієнтів, що обслуговуються.

Разом з тим, незважаючи на прогресивність подібної системи організації медичних послуг та суттєво вищій, порівняно зі страховою системою, рівень її ефективності щодо оптимізації адміністративних витрат, модель Беверіджа має один суттєвий недолік – значна бюрократизованість процесу ухвалення управлінських рішень, висока вартість адміністрування системи охорони здоров'я та значна залежність медичної сфери від вартісних обсягів та структури її державного фінансування. Не слід скидати з рахунків і брак мотивації провайдерів медичних послуг до економії ресурсів і зниження трансакційних витрат, а також підвищення якості медичного обслуговування і рівня задоволення потреб споживачів, що значною мірою погіршує конкурентні умови діяльності агентів ринку медичних послуг.

Красномовним прикладом ефективною реалізації моделі Беверіджа є Великобританія, яка посідає нині світові лідерські позиції як за показниками доступності й якості медичних послуг, так і ефективності діючого механізму їх організації і

фінансування. Запорукою досягнутих успіхів є насамперед відсутність посередницького сегменту у національній системі охорони здоров'я [1], а відтак – економія значних трансакційних витрат на медичному обслуговуванні населення та підвищення цінової конкурентоспроможності медичних послуг.

Ще однією конкурентною перевагою системи охорони здоров'я Великобританії є її загальнодержавне фінансування з податкових платежів економічних агентів, а відтак – безкоштовність для усіх громадян. Інакше кажучи, відсутність полісів медичного страхування робить національну систему охорони здоров'я доступною для усіх, хто легально працює в країні і сплачує податки до державного бюджету. Подібний механізм організації і фінансування медичних послуг значною мірою забезпечується їх раціональною організацією на основі концентрації їх продукування у сегменті висококваліфікованих лікарів загальної практики, або так званих сімейних лікарів. Як первинний інститут медичного обслуговування населення Великобританії, спеціалісти загальної практики забезпечують високий ступінь зручності, персоналізації й індивідуалізації національної системи медичних послуг, а видача ними направлень до вузьких спеціалістів є запорукою високої оперативності і кваліфікації медичного обслуговування населення.

І, нарешті, характеризуючи національні моделі систем медичних послуг, не можна оминати увагою і її радянську модель, яка отримала назву модель Семашка і набула найбільшого поширення у країнах колишнього СРСР. Її характерними рисами є насамперед виключно державне кошторисне фінансування системи охорони здоров'я на основі загальної податкової системи; централізоване державне управління та повний державний контроль над медичною сферою через систему загальнодержавного планування та галузевих нормативів; диференційована структура провайдерів медичних послуг та багаторівневість їх надання залежно від тяжкості захворювань (районні, центральні районні, міські, обласні та федеральні лікарні); прямий (вільний) доступ пацієнтів до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів; повна безоплатність медичних послуг; багатофункціональність діяльності медико-санітарних установ за одночасної можливості отримання хворими високоспеціалізованих медичних послуг; дільнично-територіальний принцип медичного обслуговування [2, с. 100]. Не випадково, головну роль у цій системі відігравав дільничний лікар, відповідальний за надання медичної допомоги населення на своїй дільниці. Це забезпечувало чітку ієрархізацію медичних закладів та вертикальну інтеграцію діяльності усіх медичних служб, рівномірний розподіл хворих у медичній системі, а також посе-

ментне охоплення усіх верств населення медико-санітарним та профілактичним обслуговуванням.

Разом з тим, повна відсутність приватного сектору медичних послуг, консервація мережі діючих медичних закладів та відсутність чіткого видового розмежування медичної допомоги практично унеможливили формування конкурентного середовища медичної індустрії, а отже – спричинили неефективне використання її ресурсів, надзвичайну фрагментованість фінансових потоків та значний брак фінансування багатьох її галузей і підсистем. Достатньо сказати, що, незважаючи на декларовану рівність усіх радянських громадян у доступі до медичних послуг, практично половина із сукупного державного фінансування сфери охорони здоров'я СРСР (загальним обсягом 3-5% ВВП) виділялась на так званий «четвертий відділ» Міністерства охорони здоров'я. Він обслуговував лише представників партійної номенклатури, чисельність яких не перевищувала 1% сукупного населення, тож решта 99% радянських громадян були вкрай обмежені у можливостях задоволення своїх потреб у медичних послугах [3, с. 11].

Не слід скидати з рахунків і значну складність будь-якої структурної модернізації системи Семашка та панування бюрократичних й адміністративно-командних методів її управління, що спричиняє брак економічних механізмів її стратегічного розвитку та менеджменту. Нині країни, медичні системи яких було сформовано за моделлю Семашка, перебувають на різних щаблях її структурної модернізації та реформування з чітким дрейфуванням у бік страхових чи комбінованих засад. Йдеться насамперед про медичні системи таких постсоціалістичних країн, як Молдова, Грузія, Естонія, Киргизстан, Литва, Російська Федерація.

Так, одним з найбільш успішних можна вважати реформування системи медичних послуг Грузії. Його ключові тренди були пов'язані насамперед з формуванням високо конкурентного середовища надання медичних послуг, повним усуненням зовнішньоторговельних бар'єрів у сфері імпорту лікарських засобів та медичного обладнання, посиленням державно-приватного партнерства у медичній сфері, а також докорінним реформуванням госпітальної діяльності та фармацевтичної сфери. Так, на початок реформування медична сфера Грузії не тільки потерпала від хронічного недофінансування, але й була надто переобтяжена глибокими структурними деформаціями. Достатньо лише сказати, що у результаті довготермінового браку фінансування національної системи охорони здоров'я загальна кількість лікарень у період 1988-1998 рр. скоротилась з 402 до 272; за 1998-1999 рр. кількість лікарів зменшилася на 20%, а сестринського персоналу – на 50%. І це при тому, що на кінець 1990-х років Грузія лідиру-

вала серед колишніх республік СРСР і країн Центрально-Східної Європи за показником кількості лікарів на 1 тис. населення (3,86, тоді як перших двох групах – 3,72 та 2,49 відповідно) [3, с. 18]. Протягом 1990-2002 рр. рівень материнської смертності у Грузії зріс майже на 80%, сягнувши максимального показника у 1997 р. [3, с. 20]; а на початок 2000-х років госпіталізовані громадяни з числа незаможних верст населення змушені були сплачувати біля 70% сукупних доходів свого домогосподарства на кожен випадок стаціонарного лікування, а нерідко на оплату медичних послуг їм доводилось позичати кошти і, навіть, продавати нерухоме майно [3, с. 21].

Тож реалізація диверсифікованих інвестиційних програм приватизації державних лікарень і поліклінічних закладів та запровадження транспарентних умов тендерних закупівель товарів медичного призначення дали змогу докорінно їх переобладнати і вивести на новий щабель лікарського й інноваційно-технологічного забезпечення. Прикметно також відзначити, що перехід медичних закладів у власність інвесторів супроводжувався прийняттям приватними установами зобов'язань надавати медичні послуги упродовж семи років в обмін на право використовувати лікарняну нерухомість та устаткування у своїх комерційних цілях.

Своєю чергою, повна імплементація національної системи медичного страхування на основі механізмів купівлі населенням медичних страхових ваучерів дала змогу створити фінансову базу для покриття вартості базового пакету медичних послуг у приватному секторі охорони здоров'я; а державні програми медичного страхування забезпечили соціально незахищені верстви населення Грузії базовим медичним обслуговуванням. Так, тільки у період 2009-2012 рр. загальна кількість громадян Грузії, охоплених приватним медичним страхуванням, зросла з 40 до 450 тис. осіб, охоплюючи на кінець періоду 51% громадян на рівні загального фінансування та 38% на рівні державного фінансування медицини [3, с. 31]. Саме з цього часу національна система охорони здоров'я перейшла на конкурентні «рейки» функціонування, коли провайдери медичних послуг дедалі більшою мірою переорієнтовуються на максимізацію своїх прибутків шляхом як диверсифікації спектру медичних послуг, так і підвищення їх якості.

Запорукою високої ефективності проведених у Грузії реформ медичної сфери стали і її глибокі інституційні реформи, пов'язані насамперед з мінімізацією ролі державного регулювання, різким скороченням чисельності бюрократичного апарату на обслуговування медичної індустрії, суттєвим

спрощенням діючих ліцензійних і реєстраційних процедур, а також формуванням транспарентного регуляторного середовища. Так, запровадження автоматичної реєстрації медичних препаратів та виробів медичного призначення, що практикується нині Європейським медичним агентством та Управлінням з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США, дало змогу усунути корупційну складову у цій сфері (у тому числі корупцію у сфері державних закупівель) та майже утричі знизити для лікарень закупівельну вартість медикаментів. Крім того, скорочення кількості ліцензійних та дозвільних видів підприємницької діяльності на 84% [4] створило підґрунтя для запровадження у практику чітких, прозорих і зрозумілих «правил гри» для усіх агентів ринку медичних послуг.

Висновки з проведеного дослідження. Підбиваючи підсумок, відзначимо, що діючі на сьогодні національні моделі медичних послуг сформувались у результаті складної взаємодії соціально-економічних, політико-правових та культурно-гуманітарних чинників суспільного прогресу, котрі у сукупності детермінують характер історичного поступу різних типів суспільних систем. При цьому визначальний вплив на формування країнових систем медичних послуг справили ментальні особливості кожної нації, а також сповідувані нею гуманітарні і морально-етичні норми і цінності, котрі становлять «становий хребет» національних медичних систем, насамперед щодо характеру акумулювання і розподілу ресурсного забезпечення галузі.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. – [Electronic Resource]. – Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008).
2. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4 (61). – С. 99-105.
3. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – 2014. – К.: Вид-во: ТОВ «НВП»Інтерсервіс». – 2014.
4. Health systems in transition: Georgia. Health system review. – 2009. – Vol. 11 No. 8. – P. 86.