

МІЖНАРОДНЕ ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Здійснено запропоновано оцінювання результативності функціонування систем охорони здоров'я Польщі, Чехії та України за критерієм очікуваної тривалості життя. Виокремлено уроки з позитивного досвіду та зроблені пропозиції щодо їх впровадження в Україні.

Осуществлена сравнительная оценка эффективности функционирования систем здравоохранения Польши, Чехии и Украины по критерию ожидаемой продолжительности жизни. Вычленены уроки из положительного опыта и сделаны предложения по их внедрению в Украине.

The comparative evaluation of the effectiveness of the health systems of Poland, the Czech Republic and Ukraine's performance on life expectancy. Singling out the lessons of good practices and made suggestions for their implementation in Ukraine.

Ключові слова. Очікувана тривалість життя, структура фінансування охорони здоров'я, медичні стандарти, вартість медичної послуги, норми медичного обслуговування.

Keywords. Life expectancy, the structure of health financing, health standards, the cost of medical services, standards of medical care.

Ключевые слова. Ожидаемая продолжительность жизни, структура финансирования здравоохранения, медицинские стандарты, стоимость медицинской услуги, нормы медицинского обслуживания.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Головним завданням існування світової спільноти у третьому тисячолітті стало створення можливостей для розвитку людини, що знайшло своє відображення в програмних документах діяльності ООН і стало відомим як Цілі розвитку тисячоліття [12]. З метою відображення досягнень світу у виконанні цього завдання ООН щорічно публікується Звіт з людського розвитку. Серед трьох головних критеріїв, за якими здійснюється оцінка можливостей людського розвитку, вагоме місце займає здоров'я населення. Адже наявність його у громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, і є важливим соціальним критерієм ступеню розвитку і благополуччя суспільства [7, с. 71]. Проте забезпечення умов для збереження здоров'я населення є і результатом реалізації належної державної політики, зокрема соціально-економічної. З огляду на це, вивчення досвіду посткомуністичних країн щодо реформування національних систем охорони здоров'я та забезпечення результативності їх діяльності є особливо актуальним науковим завданням.

Аналіз досліджень і публікацій останніх років. Дослідженню питань організації систем охорони здоров'я у країнах світу та їх фінансування у науковій літературі приділяється значна увага [3, 9, 10]. І варто визнати те, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я стан здоров'я людини на 20 % залежить від впливу генетичних та екологічних чинників, на 10 % — від системи охорони здоров'я, і на 50 % — від способу життя. Проте, поліпшення функціонування охорони здоров'я сприятиме його збереженню, хоча звісно не в такій мірі, як зміна способу життя. Саме тому, абсолютно поділяємо думку Е. Лібанової, що в сучасній Україні на відміну від розвинених суспільств, де здоров'я є необхідним атрибутом життя, існує відсутність ідеалу здоров'я як громадського престижу, що й відобра-

жається на тому способі життя, який ведуть наші співвітчизники [6]. Саме тому першочерговим завданням державної політики є пропаганда у суспільстві ведення здорового способу життя. Хоча спосіб життя людини визначається багатьма чинниками, серед яких функціонування системи охорони здоров'я є до певної міри також визначальним.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Актуальною проблемою для держави є не лише організація діяльності суспільної системи охорони здоров'я, але й забезпечення її результативної діяльності.

Постановка завдання. Реалізація соціально-економічної політики в державі вимагає здійснення видатків на функціонування охорони здоров'я. Проте важливим залишається не лише оцінка обсягу спрямованих фінансових ресурсів на потреби охорони здоров'я, а визначення тих результатів, що досягнуті завдяки їм.

Виклад основного матеріалу дослідження. Оцінювання менеджменту національної системи охорони здоров'я передбачає використання показника результативності. Адже саме результативність дає можливість оцінити досягнення стратегічних цілей [1, с. 13].

Головним завданням менеджменту національних систем охорони здоров'я є забезпечення подовження тривалості життя населення. Так, проведений аналіз очікуваної тривалості життя при народженні свідчить, що за період 2000—2007 рр. у всіх реферативних країнах відбулося її подовження в межах 1,5—2 роки. На жаль, в Україні воно було найменшим і становило лише 0,1 року. Прогрес постсоціалістичних країн є аналогічним до високо розвинутих. Зокрема, у Чехії приріст склав 1,5 року, а в Польщі 2,2 року, що є вищим, ніж досягнення Норвегії, США, Німеччини та Ізраїлю (табл. 1).

Таблиця 1

ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ НАРОДЖЕННІ*

Країни	Роки								Абсолютний приріст ОЖ 2007 до 2000
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Норвегія	78,5	78,8	78,9	79,4	78,9	79,8	80,5		+2,0
США	77,0	76,9	77,0	77,4	77,0	77,9	79,1		+2,1
Великобританія	77,7	77,9	78,1	78,4	78,1	79,0	79,3		+1,6
Німеччина	77,7	78,0	78,2	78,7	78,2	79,1	79,8		+2,1
Ізраїль	78,7	78,9	79,1	79,7	79,1	80,3	80,7		+2,0
Чехія	74,9	75,1	75,3	75,6	75,3	76,6	76,4		+1,5
Польща	73,3	73,6	73,8	74,3	73,8	75,2	75,5		+2,2
Україна	68,1	69,3	69,5	66,1	69,5	67,7	68,2		+0,1

* Дані із звітів з людського розвитку 2003—2009 рр. [2].

Звісно, досягнення поставленої цілі вимагає використання фінансових ресурсів. Проведене оцінювання обсягів і структури фінансування систем охорони здоров'я у країнах світу, дає право стверджувати, що для кожної країни вони різні. Так, найбільше коштів на функціонування охорони здоров'я спрямовується у США 15,4 % від ВВП, а найменше в Польщі — 6,2 % (табл. 2).

Структура фінансування охорони здоров'я в обраних країнах також суттєво відрізняється. Так, наприклад у США особисті засоби населення складають половину від загального бюджету системи, а інша частина консолідується за рахунок добровільного медичного страхування. У Ізраїлі навпаки 2/3 бюджету формується за рахунок обов'язкового медичного страхування, а лише третина — за рахунок особистих засобів населення. У Норвегії, Великій Британії і Німеччині 90 % фінансових ресурсів галузі формується державою, а решта — особистими засобами населення. Аналогічна структура фінансування охорони здоров'я сформувалася у

Чехії. У Польщі частка ресурсів населення у бюджеті галузі є дещо вищою від європейських країн і приблизно складає 40 %, що аналогічно й в Україні. Проте, у Польщі ресурси галузі формуються за рахунок обов'язкового страхування, а в Україні через систему оподаткування (табл. 2).

Таблиця 2

СТРУКТУРА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КРАЇНАХ СВІТУ [2]

Механізми	Країни							
	Норвегія	США	Великобританія	Німеччина	Ізраїль	Чехія	Польща	Україна
Страхування:								
— добровільне (приватне)	+	++	+	+	+			+
— обов'язкове	++	+	+	++	++	+	+	—
Державне фінансування (за рахунок оподаткування) (% від ВВП)	8,1	6,9	(++) 7	(+) 8,2	6,1	6,5	(+) 4,3	(++) 3,7
Соціальні допомоги від роботодавців				+		+		
Особисті засоби (% від ВВП)	1,6	8,5	1,1	2,4	2,6	0,8	1,9	2,8
Сума витрат на охорону здоров'я (% від ВВП)	9,7	15,4	8,1	10,6	8,7	7,3	6,2	6,5

Примітка: + — наявне; ++ — переважає; — не впроваджене.

Якщо оцінювати результативність функціонування охорони здоров'я, то можна стверджувати, що найвищою вона є у Польщі та Чехії, проте найнижчою в Україні (табл. 3). Досягнення такого результату в Польщі та Чехії відбулося за рахунок успішного проведення реформ у галузі. Що ж до функціонування системи охорони здоров'я у США та Німеччині, то у цих країнах спрямовуються значні кошти на потреби галузі, проте все частіше політики наголошують на необхідності реформування їх систем менеджменту.

Детальне вивчення досвіду реформування національних систем Чехії та Польщі дає право стверджувати, що у них досягнуто успіху завдяки таким речам:

1) впровадження ринкових механізмів у систему охорони здоров'я. Зокрема, шляхом розмежування функцій пропозиції (виробника) та попиту (споживача) медичних послуг через запровадження медичного страхування. Так, у Чехії споживачем медичних послуг є страхові компанії, які функціонують в умовах регульованої конкуренції. Так, премія, що отримана страховою компанією, підлягає регулюванню залежно від кількості і складу застрахованих осіб [8]. У Польщі споживачем медичних послуг є каси медичного страхування [4];

2) реалізації усіх медичних послуг на контрактній основі. У Чехії медичні послуги надаються без прямої оплати, але при цьому в країні встановлені єдині розцінки на втручання, що використовуються в розрахунках між виробниками і постачальниками. У Польщі пацієнт має право одержати безкоштовну медичну допомогу лише в конкретній лікарні, з якою підписаний договір з місцевим відділенням «Каси хворих». Якщо він виявляє бажання обслуговуватися в іншому закладі, то зобов'язаний самостійно оплатити своє лікування;

3) роздержавленню амбулаторного сектору. У Чехії 70 % лікарів мають приватну практику. Окрім того, стимулювання розвитку приватної практики здійснювала держава. Адже всі лікарі, що виявляли бажання займатися приватною практикою, могли

одержати пільгові кредити. Реалізація таких заходів дала можливість сформувати виробника медичних послуг [8]. У Польщі первинну медичну допомогу надають сімейні лікарі. Так, прийом у них є платний і складає символічну суму 1,5€. Окрім того, лише за направленням сімейного лікаря здійснюється прийом у спеціаліста вузького профілю. Для сімейного лікаря встановлена норма обслуговування пацієнтів. Вона складає 2,5 тис. осіб. Якщо до лікаря звертаються нові пацієнти, то він може відмовити їх обслуговувати, коли їх число є понад норму [4];

4) ліквідації всіх відомчих структур охорони здоров'я (Чехія).

Таблиця 3

ГРУПУВАННЯ ОКРЕМИХ КРАЇН СВІТУ ЗА ПРИРОСТОМ ОЧІКУВАНОЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ ПРИ НАРОДЖЕННІ ТА ОБСЯГАМИ ВИТРАТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Групи країн за приростом ОЖЖ		Групи країн за обсягами витрат охорони здоров'я, % від ВВП		
		до 8 %	8—10 %	10 % і вище
		I	II	III
I	до 1 р.	Україна		—
II	1,5—2,0 р.	Чехія	Великобританія, Норвегія, Ізраїль	—
III	>2 р.	Польща	—	Німеччина, США

Висновки і перспективи подальших розробок. На противагу успішно реформованим системам у національній не зроблено жодного такого кроку. Власне реформування національної системи охорони здоров'я розпочалося із оптимізації мережі закладів шляхом створення госпітальних округів. Цілком не заперечуючи певної доцільності такого підходу, вважаємо, що першочерговими уроком для України має стати — необхідність формування на ринкових засадах споживача і покупця медичних послуг. Виконання такого важливого завдання передбачає вироблення нових медичних стандартів, а на їх основі визначення вартості медичних послуг. Саме оцінка вартості медичних послуг дасть можливість для функціонування ринкових механізмів, а головне внесе прозорість в охорону здоров'я та стане основою для перегляду системи мотивації працівників галузі.

Наступний урок для України, що виходить з досвіду Чехії, — це ліквідація широкої сітки відомчих медичних установ. Як стверджують медичні експерти лише 25 % суми коштів, що спрямовуються на потреби системи доходять і ними розпоряджається профільне міністерство. Разом з тим за рахунок коштів охорони здоров'я утримуються відомчі сітки медичних установ Укрзалізниці, Міністерства внутрішніх справ та оборони, прикордонних військ [11].

Необхідно також переглянути нормативи медичного обслуговування населення на первинному рівні та підвищити кваліфікацію медичних працівників через встановлення їм «норми виробітку». Ця відома європейська практика, що висока кваліфікація хірурга зберігається при умові, що він робить у рік не менше 200 операцій. Проте наша дійсність є протилежною. Так, як стверджує Л. Ковальчук, що в одній із міських лікарень працює 17 хірургів, які за рік виконують 740 операцій, з яких 39 % були амбулаторні. В середньому на одного хірурга приходиться 40—45 операцій. І лише один з них робить за рік близько 200. Звідси, логічне запитання, а що відбувається з кваліфікацією 16? Звісно, що запровадження такого підходу дасть можливість переглянути існуючу систему фінансування галузі та розподілу ресурсів первинного рівня охорони здоров'я. Окрім того, цей же автор пропонує встановити чіткі критерії для формування сітки медичних установ. Там, де живе 300 осіб, має функціонувати медпункт і бути один медичний працівник. Якщо населений пункт більший, то має діяти ФАП. Всі ці заклади мають бути об'єднанні в амбулаторії, які в свою чергу сформують центр первинної медико-санітарної допомоги [5, с. 11].

Вважаємо, що реалізація викладених пропозицій щодо реформування вітчизняної системи охорони здоров'я на основі досвіду країн, що досягли успіху, дасть можливість забезпечити продовження тривалості життя пересічного українця і стане головним критерієм успіху в реформуванні національної системи охорони здоров'я.

Література

1. Гуменюк В.Я., Роцик І.А. Менеджмент продуктивності: Навч. посібник. — Рівне : НУВГП, 2010. — 203с.
2. Звіти про людський розвиток за 2003—2009 рр. [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.un.org/ru/development/hdr>.
3. Зеленеви́ч В.О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-shlyahi-vdoskonalennya-finansuvannya-ohoroni-zdorovya-v-ukrayini/>.
4. Кандида́йло Т. Здравоохранение Польши [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/2848.html>.
5. Ковальчук Л. Без университетских больниц невозможно реформировать медицину // Зеркало недели. — № 4 (52). — 4—10 февраля 2012.
6. Либанова Э. Украинский прогрессирующий недуг // Профиль. — 2008. — № 31 (50—51) [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://www.profil-ua.com/index.phtml?action=view&art_id=783.
7. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір (колективна монографія) / За ред. Е.М. Либанової. — К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2008. — 383 с.
8. Мартинович А. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховаш [Електронний ресурс] / — Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/2848.html>.
9. Павлюк К.В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу // Формування ринкових відносин в Україні. — 2006. — № 9. — С. 143—148.
10. Шульга Л. М. Практика і проблематика бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / [Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vldfa/2010_18/Shulga.pdf].
11. Щепотин І. Українська нація – тяжелобольной, имеющей все шансы выздороветь [Електронний ресурс] / І. Щепотин. — Режим доступу: http://profil-ua.com/index.phtml?action=view&art_id=784.
12. Цілі Розвитку Тисячоліття: Україна // Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України. — К., 2003. — 24 с.

Стаття надійшла до редакції 00.00.2012 р.

УДК 332.12:338.48:379.845

Самолюк Н.М.,

канд. екон. наук, старший викладач кафедри
трудо­вих ресур­сів і підприємництва,
Національний університет водного господарства
і природокористування, м.Рівне

СІЛЬСЬКИЙ ТУРИЗМ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ САМОЗАЙНЯТОСТІ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

У статті розглянуто організаційні форми сільського туризму як раціонального заходу диверсифікації підприємницької діяльності та альтернативного виду зайнятості населення, а також досліджено основні умови і фактори його розвитку.

В статье рассмотрены организационные формы сельского туризма как рационального мероприятия диверсификации предпринимательской деятельности и исследования основные условия и факторы его развития.

In the article considers the organizational forms of rural tourism as a rational measure of diversification of business and study basic conditions and factors of its development.

Ключові слова. Самозайнятість, підприємницька діяльність, сільський туризм, агро­туризм, екотуризм, агросад­иба.

Ключевые слова. Самозанятость, предпринимательская деятельность, сельский туризм, агротуризм, экотуризм, агроусадьба.

Key words. Self-employment, entrepreneurship, rural tourism, agro tourism, ekoturizm, agro farmstead.