

УДК 353.9:36

DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.5.28>

**Турчин Катерина Юріївна,**

аспірант кафедри публічного управління та публічної служби

Інституту адміністрування, державного управління та професійного розвитку

Національного університету «Львівська політехніка»

ORCID ID: 0000-0001-8614-1389

## ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: МІЖНАРОДНИЙ АСПЕКТ

### EXPERIENCE OF THE PUBLIC ADMINISTRATION OF THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES: THE INTERNATIONAL ASPECT

*У статті розглянуто міжнародний досвід публічного управління надання медичних послуг. З'ясовано, що у світі функціонує три основні моделі системи охорони здоров'я: приватна, страхова та державна. Відмічено, що приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг за рахунок власних коштів громадян та приватного страхування. Підкреслено, що відповідно до цієї моделі публічне управління надання медичних послуг здійснюється в децентралізованому порядку, а держава задовольняє ринок і надає медичні послуги лише соціально незахищеним верствам населення. Відзначено, що страхова модель спрямована на регулювання страхування здоров'я і поєднує в собі систему державного регулювання та соціальних гарантій і відносини на ринку медичних послуг. Акцентовано увагу на тому, що публічне управління у страховій моделі медичного обслуговування має ознаки децентралізації, зважаючи на велику кількість суб'єктів страхового ринку. Стверджено, що державна модель системи охорони здоров'я передбачає значну участь державних органів влади у процесі функціонування медичної сфери. Зазначено, що характерними ознаками публічного управління надання медичних послуг при державній моделі є високий ступінь централізації, при цьому більша частина медичних послуг надається державними лікувально-профілактичними установами. Аргументовано, що система охорони здоров'я жодної країни не базується на розглянутих вище моделях в чистому вигляді і жодна модель не є універсальною. Підтверджено на основі аналізу багаторічного міжнародного досвіду, що для суспільства дуже ризикованим і найменш ефективним способом фінансування охорони здоров'я є пряма оплата лікування хворих людей, зважаючи на високу вартість медичних послуг. Підсумовано, що міжнародний досвід надання медичних послуг доводить раціональність змішаної форми охорони здоров'я, в основі якої лежить гармонійне поєднання обов'язкового медичного страхування та бюджетного фінансування медицини як додаткового джерела фінансування. Доведено, що в українських реаліях найдоцільнішим є запозичення міжнародного досвіду функціонування змішаної моделі охорони здоров'я та її фінансування.*

**Ключові слова:** публічне управління, медичні послуги, міжнародний досвід, модель, охорона здоров'я, фінансування.

*The article examines the international experience of public management of the provision of medical services. It was found that there are three main models of the health care system in the world: private, insurance and state. It was noted that the private model of health care is characterized by the provision of medical services at the expense of citizens' own funds and private insurance. It is emphasized that according to this model, the public management of the provision of medical services is carried out in a decentralized manner, and the state satisfies the market and provides medical services only to socially vulnerable sections of the population. It is noted that the insurance model is aimed at the regulation of health insurance and combines the system of state regulation and social guarantees and relations in the market of medical services. Attention is focused on the fact that public management in the insurance model of medical care has signs of decentralization, taking into account the large number of subjects of the insurance market. It is asserted that the state model of the health care system provides for significant participation of state authorities in the process of functioning of the medical sphere. It is noted that the characteristic features of the public management of the provision of medical services under the state model are a high degree of centralization, while the majority of medical services are provided by state medical and preventive institutions. It is argued that the health care system of no country is based on the above model in its pure form and no model is universal. Based on the analysis of many years of international experience, it has been confirmed that direct payment for the treatment of sick people is a very risky and least effective way of financing health care for society, given the high cost of medical services. It is concluded that the international experience of providing medical services proves the rationality of a mixed form of health care, which is based on a harmonious combination of mandatory health insurance and budgetary funding of medicine as an additional source of funding. It has been proven that in Ukrainian realities, the most expedient is to borrow the international experience of the functioning of the mixed model of health care and its financing.*

**Key words:** public administration, medical services, international experience, model, health care, financing.

**Постановка проблеми.** На шляху до євроінтеграції Україна прагне переймати позитивний досвід розвинених країн. Це стосується усіх сфер функціонування народногосподарського комплексу, в тому числі і медичної галузі. Запозичення кращих надбань щодо надання якісних медичних послуг дасть можливість покращити обслуговування пацієнтів, що є особливо актуальним в умовах дії воєнного стану в Україні.

З цією метою необхідно на рівні держави спрямувати зусилля на застосування інструментів, методів та підходів публічного управління, покликаних скерувати медичну галузь на якісно новий шлях її розвитку. І саме впровадження кращих надбань наукового, технологічного та прикладного характеру, які практикуються на міжнародному рівні, сприятиме адаптації вітчизняної медичної галузі та процесів надання медичних послуг до реалій сьогодення та допоможе вийти з кризи, зумовленої повномасштабним вторгненням росії на територію України. Тому вивчення кращих надбань медичної сфери та особливостей надання медичних послуг у напрямі задоволення основних потреб населення є ключовим завданням публічного управління.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблематика функціонування медичної сфери та надання медичних послуг, зокрема, в розвинених країнах піднімається у працях багатьох науковців. Варто згадати таких вчених як Бойко О. [1], Криничко Л. [2], Крикун О. [2], Малігон Ю. [2], Музика-Стефанчук О. [3], Філіпова Н. [4], Хижинська Г. [1], Шелеміна Н. [5] та багато інших.

У своїх публікаціях дослідники вивчають загальні характеристики публічних адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я, розглядають зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів та досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я, досліджують можливості апробації зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Разом з тим, сучасні реалії ставлять щораз нові виклики перед вітчизняною галуззю охорони здоров'я та сферою надання медичних послуг населенню, що потребує постійних глибоких наукових досліджень, спрямованих на пошук шляхів покращення публічного управління у зазначеній сфері та обґрунтування можливостей запозичення кращих здобутків розвинених країн у медицині.

**Мета статті.** З'ясувати особливості надання медичних послуг у розвинених країнах світу в рамках існування різних моделей систем охорони здоров'я та розглянути специфіку їх публічного управління.

**Виклад основного матеріалу.** Міжнародний досвід свідчить про наявність значної різноманітності у підходах до організації надання медичних послуг у тій чи іншій країні та до їх фінансування. Так, у Європі в середньому частка державних видатків на охорону здоров'я складає 72,9%. Найвища питома вага державних витрат на охорону здоров'я спостерігається в таких країнах як Монако, Норвегія, Велика Британія, Люксембург, Швеція, Чехія, Румунія, Хорватія та Естонія (88,5%; 85%; 84%; 83,5%; 81,3%; 84%; 80,3%; 80,1% та 78,7% відповідно). Такий підхід дає можливість стимулювати зростання медичних послуг для населення. Разом з тим, часто пацієнт не має можливості сам вибрати медичний заклад чи лікаря, тому що все вирішується в централізованому порядку, а також сама медична система має схильність до монополізму стосовно надання медичних послуг [1].

Загалом, у світі функціонує три основні моделі системи охорони здоров'я:

- приватна модель (найбільш повно представлена у США);
- страхова модель (здебільшого представлена у європейських країнах, зокрема, у Швейцарії, Бельгії, Австрії та Франції, а також у Японії та у деяких країнах Латинської Америки);
- державна модель (найповніше представлена у Великобританії).

Приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг за рахунок власних коштів громадян та приватного страхування, при цьому ринок відіграє ключову роль у задоволенні попиту на медичні послуги, а єдина національна система медичного страхування відсутня. У цій моделі фінанси зосереджені у приватних комерційних страхових компаніях (страхових фондах) і при потребі використовуються медичними установами. Загалом, за рахунок приватних коштів фінансується більш ніж 50% видатків на медичну сферу.

Публічне управління надання медичних послуг здійснюється в децентралізованому порядку, а держава задовольняє ринок і надає медичні послуги лише соціально незахищеним верствам населення (пенсіонерам, малозабезпеченим, безробітним). Усі інші категорії населення отримують медичні послуги відповідно до процедур приватного страхування. Держава захищає діяльність страхових компаній та контролює допуск та доступ медичних технологій на ринок [1].

Страхова модель, яку ще називають моделлю Бісмарка, спрямована на регулювання страхування здоров'я і поєднує в собі систему держав-

ного регулювання та соціальних гарантій і відносини на ринку медичних послуг. В країнах, де функціонує ця модель, практично все населення залучене до програм обов'язкового медичного страхування, які фінансуються за рахунок страхових фондів, сформованих за участю держави. При цьому пацієнти мають свободу у виборі поставальників медичних послуг та компаній, які здійснюють страхування, а вирішальну роль у розподілі коштів відіграють комерційні страхові фонди або приватні некомерційні компанії.

Публічне управління у страховій моделі медичного обслуговування має ознаки децентралізації, зважаючи на велику кількість суб'єктів страхового ринку. При цьому держава не відіграє вирішальну роль, як у моделі Семашко, вона лише визначає якість страхових послуг, контролюючи таким чином діяльність суб'єктів на ринку. Медичні послуги надаються установами різної форми власності, але переважають приватні некомерційні установи, і більшість медичних послуг оплачуються за обов'язковим переліком. Загалом, приватне страхування відіграє додаткову роль на ринку медичних послуг, який є дуже розвиненим порівняно із ринком, який регулюється державою [1].

Державна модель системи охорони здоров'я передбачає значну участь державних органів влади у процесі функціонування медичної сфери. Її ще називають модель Семашко-Бевеїріджа. В рамках цієї моделі податкові надходження є основним джерелом фінансування надання медичних послуг, які для населення надаються на безоплатній основі. При цьому частка сукупних витрат з громадських джерел у ВВП, як правило, становить 8–11% [4].

Характерними ознаками публічного управління надання медичних послуг у країнах, де функціонує модель Семашко-Бевеїріджа, є високий ступінь централізації, при цьому більша частина медичних послуг надається державними лікувально-профілактичними установами. Приватні лікарі теж присутні на ринку медичних послуг, але їм, як правило, відведена другорядна роль [1].

Основним джерелом фінансування надання медичних послуг населенню є державний бюджет, а різноманітні платежі та приватне страхування відіграють додаткову роль при оплаті за надані послуги. Таким чином, складається ситуація, що держава одночасно виконує роль продавця і покупця медичних послуг, покриваючи значну частину витрат на обслуговування пацієнтів і в той же час контролюючи приватні медичні установи та клініки, надаючи їм бюджетні кошти

для їх функціонування. Цей контроль здійснюється медичними професійними організаціями, під час якого відбувається встановлення державою правил щодо допуску суб'єктів на ринок, обсягів медичних послуг, їх вартості та якості, а також відшкодувань шкоди пацієнтам, які постраждали внаслідок недобросовісної поведінки лікарів [1].

Загалом, розглянуті моделі системи охорони здоров'я у світі у чистому вигляді не функціонують, адже поряд із державною системою часто розвивається напрям приватного медичного страхування. Здебільшого держава впливає та контролює діяльність організацій, що надають медичні та страхові послуги. Так, наприклад, у Великобританії кошти на забезпечення потреб системи охорони здоров'я розподіляються зверху вниз, надходячи в систему з Державного бюджету [6].

В цій країні на охорону здоров'я виділяється близько 10% коштів державного бюджету, в той час як 95% медичних установ належить державі, і це засвідчує високу ефективність надання медичних послуг населенню, які можуть отримувати як громадяни, так і ті, у кого є вид на проживання. Держава контролює цінову політику, тому вартість медичних послуг залишається стабільною. Приватна медицина оплачується як за власний рахунок пацієнтів, так і за рахунок страхових компаній, а значна частка приватних лікарів можуть надавати безкоштовні послуги в лікарнях у певні дні тижня. Пацієнти можуть розраховувати на кваліфіковану як платну, так і безплатну допомогу [2].

Для осіб, які потребують тривалого лікування, у Великобританії передбачено запровадження механізму персонального бюджету здоров'я відповідно до норм The Health and Social Care Act. При цьому хворі самі можуть визначати структуру медичних послуг та їх обсяги, а також самостійно вести бюджет свого лікування. Але така самостійність бажана не для всіх пацієнтів, оскільки не кожен може сам управляти своїми фінансами, бо не має належного досвіду і знань, достатніх для ефективного лікувального процесу [7].

Завдяки значним фінансовим вливанням в систему охорони здоров'я, а також науковим відкриттям і фундаментальним медичним дослідженням німецькі заклади охорони здоров'я вважаються лідерами європейської медицини. Система охорони здоров'я Німеччини є представником найбільш розвинутої системи соціального медичного страхування, послугами якої користуються понад 90% населення. Страхові організації реалізують функції обов'язкового медичного страхування через лікарняні каси [8].

## Переваги та недоліки моделей охорони здоров'я на міжнародному рівні

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Приватна	<ul style="list-style-type: none"> <li>– високі доходи медичних працівників</li> <li>– акцент на якості медичних послуг</li> <li>– відсутність черг на медичну обслуговування</li> <li>– широкий спектр медичних закладів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– дорогі медичні послуги часто надаються без достатнього медичного обґрунтування</li> <li>– рівень доступності медичних послуг для більшості населення невисокий</li> <li>– провідна роль приватного здоров'я</li> <li>– фрагментація медичних послуг</li> <li>– відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я</li> </ul>
Страхова	<ul style="list-style-type: none"> <li>– структурованіший розподіл коштів, ніж у бюджетній моделі</li> <li>– дотримання принципу «гроші слідують за пацієнтом»</li> <li>– високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами</li> <li>– вища роль конкуренції у підвищенні якості медичних послуг, наданих приватними лікарями, порівняно з бюджетною моделлю</li> <li>– чіткий поділ функцій фінансування та надання медичних послуг</li> <li>– гнучкість щодо акумулювання ресурсів менша, ніж у бюджетній моделі</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– переважно одноканальне фінансування з державного фонду медичного страхування</li> <li>– наявність черг на отримання медичних послуг</li> <li>– частка видатків на охорону здоров'я у ВВП вища, ніж у бюджетній моделі</li> </ul>
Бюджетна	<ul style="list-style-type: none"> <li>– більш високий рівень покриття витрат з суспільних джерел та велика стійкість системи охорони здоров'я</li> <li>– ефективніше вирішення значних стратегічних проблем охорони здоров'я</li> <li>– найменша витратність у порівнянні з двома іншими моделями</li> <li>– високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– недостатня захищеність споживача від медичних послуг невисокої якості</li> <li>– монополізм державних медичних закладів</li> <li>– черги за медичними послугами в основному зумовлені одноканальним бюджетом</li> <li>– значна залежність джерел фінансування охорони здоров'я від економічної ситуації</li> </ul>

Джерело: власні узагальнення

Приватні медичні послуги займають близько 45% послуг, які надаються у німецькій системі охорони здоров'я, відповідно до чого існує високий рівень конкуренції між приватними лікарями та медичними закладами. Найвищий рівень медичних послуг притаманний таким містам як Мюнхен, Берлін та Дюссельдорф. На вартість медичних послуг впливає низка чинників, зокрема, таких як кваліфікація лікаря, який проводить лікування та консультування; діагноз пацієнта, його загальний фізичний стан та наявність чи відсутність у нього супутніх захворювань і ускладнень; обраний медичний заклад [2].

Швейцарська медицина практично повністю є приватною. Медичні послуги оплачуються частково за рахунок державних коштів, а частково – завдяки страховкам, якими повинні володіти усі швейцарці або власники виду на проживання. Щодо лікарень, то у Швейцарії послуги надають переважно у невеликих клініках чи у приватних кабінетах, а не у великих медичних закладах. Наприклад, у швейцарській столиці 200 000 населення може розраховувати лише на два медичні заклади [2].

Загалом, аналіз функціонування моделей охорони здоров'я різних країн свідчить про те, що у кожній з них є як переваги, так і недоліки. Детальніше ця інформація представлена у табл. 1.

Отже, у різних країнах існують різні підходи до надання медичних послуг населенню і наскільки вони є результативними, можна говорити на основі аналізу низки спеціальних показників. Для прикладу, розглянемо співвідношення витрат і індикаторів ефективності систем охорони здоров'я у таких країнах як Франція, Канада, США, Великобританія та Німеччина (табл. 2).

Як показує аналіз табл. 2, обсяги коштів, що виділяються на охорону здоров'я, істотно варіюються в різних країнах. Однак показник тривалості життя, подушні та сукупні витрати на

Таблиця 2

## Співвідношення витрат та індикаторів ефективності системи охорони здоров'я, 2022 р.

Країни	Тривалість життя	Подушні витрати на охорону здоров'я, дол. США	Сукупні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП
Франція	82,3	4952	11,5
Канада	82,2	5630	10,4
США	76,4	8608	17,2
Великобританія	80,7	3609	9,4
Німеччина	80,9	4875	11,7

Джерело: складено автором на основі [9]

охорону здоров'я не завжди є співмірними, що свідчить про наявність інших факторів, що впливають на тривалість життя населення та про відмінності в ефективності витрачання фінансових ресурсів на охорону здоров'я.

Отже, аналіз міжнародного досвіду публічного управління надання медичних послуг свідчить, що система охорони здоров'я жодної країни не базується на розглянутій вище моделі в чистому вигляді і жодна модель не є універсальною. Кожній з моделей охорони здоров'я притаманне лише одне джерело фінансування і найважливішим фактором стабільності системи є вільне охоплення населення можливістю доступу до якісних медичних послуг.

Щодо оплати за медичні послуги, то багаторічний міжнародний досвід говорить, що для суспільства дуже ризикованим і найменш ефективним способом фінансування охорони здоров'я є пряма оплата лікування хворих людей, зважаючи на високу вартість медичних послуг. Тому страхова модель системи охорони здоров'я доводить свою ефективність за рахунок існування чітких правил попередньої оплати певних медичних послуг, що надаються при захворюванні людини.

**Висновки.** Міжнародний досвід надання медичних послуг доводить раціональність змішаної форми охорони здоров'я, в основі якої лежить гармонійне поєднання обов'язкового медичного страхування та бюджетного фінансування медицини як додаткового джерела фінансування. Про

це свідчить успішний досвід функціонування, наприклад, німецької чи французької систем охорони здоров'я.

В сучасному суспільстві, зважаючи на його турбулентність та виникнення щораз нових викликів, існує потреба адекватних підходів до фінансування системи охорони здоров'я, адже аналіз міжнародного досвіду показує, що на сьогодні у кожній із існуючих моделей є лише одне джерело фінансування. Цілком зрозуміло, що будучи стратегічною галуззю, охорона здоров'я має бути стійкою до можливих несприятливих подій, таких як війни, техногенні та природні лиха, спалахи інфекційних захворювань тощо, наслідки яких вимагають миттєвого реагування, що, у свою чергу, потребує відповідної системи фінансування.

На сьогодні в Україні гроші на медицину виділяються з консолідованого державного бюджету, підтверджуючи таким чином існування одноканальної системи фінансування надання медичних послуг. Увага української держави та органів місцевого самоврядування до здоров'я своїх громадян якраз і повинна проявлятися у побудові такої системи охорони здоров'я, яка би могла враховувати особливості розвитку українського суспільства і надавала би пацієнтам можливість доступу до тих медичних послуг, які їм необхідні. Тому цілком впевнено можна стверджувати про доцільність запозичення міжнародного досвіду функціонування змішаної моделі охорони здоров'я для її впровадження в українських реаліях.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
2. Криничко Л. Р., Крикун О. Д., Малігон Ю. М. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 24. С. 159–164. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.24.159
3. Музика-Стефанчук О.А. Публічні адміністративні послуги у сфері охорони здоров'я. Запорізький медичний журнал. 2020. Т. 22. № 2(119). С. 261–266.
4. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2020. № 6. С. 315–320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52>
5. Шелеміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. Економіка та суспільство. 2023. № 53. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>
6. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) // Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>. (дата звернення 11.11.2023)
7. Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-best-way-personalise-health-care> (дата звернення 12.11.2023)
8. Розвиток соціальної сфери територіальних громад в умовах адміністративно-фінансової децентралізації / ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього НАН України»; за ред. С. Л. Шульц. – Львів, 2018. 140 с. (Серія «Проблеми регіонального розвитку»).
9. Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries> (дата звернення 13.11.2023)