

УДК 351.77

DOI <https://doi.org/10.32782/tnv-pub.2023.4.4>

## ОСОБЛИВОСТІ ТИПОЛОГІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Шалько М. Н.** – кандидат медичних наук,  
доцент Класичного приватного університету  
ORCID: 0000-0002-0302-9699

В статті розглянуто сучасний етап формування системи охорони здоров'я в Україні, який характеризується специфікою економічних взаємин у кризових умовах. У результаті політики у сфері охорони здоров'я, що проводиться державою, впливають на такі основні положення, як: відносини власності; джерела фінансування; механізми стимулювання виробників та споживачів; контроль якості. Охорона здоров'я дозволяє провести диференціацію типів систем охорони здоров'я за різними ознаками. У зв'язку з домінуючим впливом в розвитку соціальної сфери загалом політичних і громадських чинників, саме це становило основу диференціації систем охорони здоров'я і набуло найбільшого поширення розробки теоретичних підходів і практичних методів. В результаті системи охорони здоров'я можна класифікувати за такими типами: класична; соціалістична; національна; плюралістична; страхова. Окрім політичного та суспільного впливу на систему охорони здоров'я впливають інші чинники. Виявлення суті систем охорони здоров'я дозволило виділити такі типи: утилітарна; комунітарна; ліберальна. Запропоновано диференціацію систем охорони здоров'я за принципом виникнення правових відносин між постачальником медичної послуги та її споживачем. Крім того, домінування тих чи інших факторів довілля дозволило класифікувати систему охорони здоров'я таким чином: державна; страхова; ринкова (приватна). Визначено, що роль держави у формуванні системи охорони здоров'я людини вплинула на виділення наступних типів систем охорони здоров'я: універсалістська; соціального страхування; «Південна модель», де фінансування системи охорони здоров'я здійснюється значною мірою за рахунок коштів, пов'язаних із зайнятістю; інституційна чи соціал-демократична «Скандинавська модель» (Швеція, Данія, Фінляндія), де фінансування охорони здоров'я здійснюється у здебільшого за рахунок прибуткового податку (стягуваного як на національному, так і на місцевому рівні), причому розмір виплачуваної допомоги безпосередньо залежить від заробітку; Континентальна модель (Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди, Бельгія), де фінансування здійснюється за допомогою відрахувань із фонду заробітної плати та зі спеціальних державних фондів, які становлять приблизно  $\frac{1}{4}$  сукупних витрат на охорону здоров'я; Переважно приватна модель (США), де фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок приватних і, значно меншою мірою, державних джерел, причому надання медичної допомоги здійснюється приватними виробниками медичні послуги.

**Ключові слова:** публічне управління та адміністрування, органи влади, охорона здоров'я, постачальники медичних послуг, виробники медичних послуг.

### **Shalko M. N. Features of the typology of the state management of the development of the health care system**

The article examines the current stage of the formation of the health care system in Ukraine, which is characterized by the specifics of economic relations in crisis conditions. As a result, the policy in the field of health care carried out by the state affects such basic provisions as: property relations; funding sources; mechanisms for stimulating producers and consumers; quality control. Health care allows differentiation of types of health care systems based on various characteristics. In connection with the dominant influence in the development of the social sphere in general, political and public factors, it was this that formed the basis of the differentiation of health care systems and became the most widespread development of theoretical approaches and practical methods. As a result, health care systems can be classified according to the following types: classic; socialist; national; pluralistic; insurance. In addition to political and social influence, other factors affect the health care system. Identifying the essence of health care systems made it possible to distinguish the following types: utilitarian; communal; liberal. The differentiation of health care systems based on the principle of legal relations between the provider of medical services and its consumer is proposed. In addition, the dominance of certain

*environmental factors made it possible to classify the health care system as follows: state; insurance; market (private). It was determined that the role of the state in the formation of the human health care system influenced the allocation of the following types of health care systems: universalist; social insurance; "Southern model", where the financing of the health care system is carried out largely at the expense of funds related to employment; institutional or social-democratic "Scandinavian model" (Sweden, Denmark, Finland), where health care is financed mostly through income tax (collected both at the national and local levels), and the amount of assistance paid directly depends on earnings; The continental model (Germany, Austria, France, the Netherlands, Belgium), where financing is carried out with the help of deductions from the wage fund and from special state funds, which make up approximately  $\frac{3}{4}$  of the total health care costs; Predominantly a private model (USA), where health care financing is carried out at the expense of private and, to a much lesser extent, public sources, and the provision of medical care is provided by private producers of medical services.*

**Key words:** public management and administration, authorities, health care, providers of medical services, producers of medical services.

**Постановка проблеми у загальному вигляді з важливими науковими і практичними завданнями.** Кризові явища в економіці вплинули і на функціонування сфери охорони здоров'я. Специфіка сучасного етапу розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я полягає в тому, що при дотриманні єдиної стратегії досягнення планових показників розвитку галузі, як і раніше, залишаються невирішеними проблеми кадрового забезпечення, а також якості наданих медичних послуг, що за відсутності державного фінансування робить неефективними програми, що реалізуються на державному рівні. та проекти.

Глобальний масштаб змін, що відбуваються в країні, вимагає розгляду охорони здоров'я як сфери послуг з пропозицією узагальнюючих методів її управління при обліку ринкових перетворень.

Сфера послуг охорони здоров'я включає різні галузі не тільки пов'язані з медичними послугами, а й з профілактичними – це сфера фізичної культури та спорту, лікувального туризму, екологічна діяльність по боротьбі із забрудненнями навколишнього середовища, фармацевтична галузь, освіта у сфері охорони здоров'я та інші.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я — це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є покращення здоров'я [1, с. 23].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання проблеми та визначення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячена стаття.** Вагомий внесок у розвиток теоретико-методологічних особливостей державного управління розвитком системи охорони здоров'я зробили вітчизняні вчені в галузі державного управління: В. М. Бабаєв, М. В. Пітцик, В. С. Куйбіда, А. Д. Лазор, О. Ю. Оболенський, С. Є. Саханенко, Ю. П. Шаров та інші.

**Мета статті** полягає в дослідженні особливостей типології державного управління розвитком системи охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Сучасний етап формування системи охорони здоров'я в Україні характеризується специфікою економічних взаємин у кризових умовах. У результаті політика у сфері охорони здоров'я, що проводиться державою, впливають на такі основні положення, як:

- відносини власності;
- джерела фінансування;
- механізми стимулювання виробників та споживачів;
- контроль якості.

Охорона здоров'я дозволяє провести диференціацію типів систем охорони здоров'я за різними ознаками. У зв'язку з домінуючим впливом в розвитку соціальної сфери загалом політичних і громадських чинників, саме це становило основу диференціації систем охорони здоров'я і набуло найбільшого поширення розробки теоретичних підходів і практичних методів. В результаті системи охорони здоров'я можна класифікувати за такими типами:

- класична;
- соціалістична;
- національна;
- плюралістична;
- страхова [2, с. 355].

У цьому слід уточнити, що з класичної системою охорони здоров'я розуміється непорядкована система охорони здоров'я.

Окрім політичного та суспільного впливу на систему охорони здоров'я впливають інші чинники. Виявлення суті систем охорони здоров'я дозволило виділити такі типи:

- утилітарна;
- комунотарна;
- ліберальна [3, с. 157].

Також можлива диференціація систем охорони здоров'я за принципом виникнення правових відносин між постачальником медичної послуги та її споживачем. Крім того, домінування тих чи інших факторів довкілля дозволило класифікувати систему охорони здоров'я таким чином:

- державна;
- страхова;
- ринкова (приватна) [4, с. 218].

У зв'язку з тим, що вивченню цих систем було присвячено значну кількість досліджень, перші дві з них отримали назви на прізвище вченого, який зробив найбільший внесок у дослідження системи. Так, державна система охорони здоров'я пов'язана з ім'ям Вільяма Беверіджа і отримала назву «система Беверіджа», страхова – «Система Бісмарка» [5, с. 148]. Ринкова система охорони здоров'я протиставляється державною. Роль держави у формуванні системи охорони здоров'я людини вплинула на виділення наступних типів систем охорони здоров'я:

- універсалістська;
- соціального страхування;

– «Південна модель». Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється значною мірою за рахунок коштів, пов'язаних із зайнятістю. Медичне обслуговування здійснюється державними та приватними медичними установами. Принцип загальної та рівної доступності медичних послуг. Структура фінансування (Іспанія): держава – 15%; роботодавець – 70%; прямі доплати громадян – 15%. (Іспанія, Греція, Португалія);

– інституційна чи соціал-демократична «Скандинавська модель» (Швеція, Данія, Фінляндія). Фінансування охорони здоров'я здійснюється у здебільшого за рахунок прибуткового податку (стягуваного як на національному, так і на місцевому рівні), причому розмір виплачуваної допомоги безпосередньо залежить від заробітку. Медичні послуги надаються як державними, і приватними медичними організаціями. Доступність та висока якість медичного обслуговування, створення рівних всім передумов збереження здоров'я. Здійснюється національне регулювання охорони здоров'я. Структура фінансування (Швеція): держава – 71%;

роботодавець – 18,4%; страхові внески громадян – 2%; прямі доплати громадян – 8,6%. Разом приватні кошти громадян, у структурі фінансування – 10,6%. Скандинавська модель охорони здоров'я має набір виразних особливостей. За доступність кожного мешканця відповідної галузі до медичного обслуговування (безкоштовне або частково оплачуване) відповідають обласні Ради. Ці Ради є власниками клінік, медичних центрів; вони виступають у ролі роботодавців для більшості медичних працівників. Значну частку витрат на медичну допомогу несе держава, проте близько 10% послуг сплачує саме населення. При покупці ліків, призначених лікарем, медична страховка повертає хворому від 50 до 100 % витрат.

– Континентальна модель (Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди, Бельгія). Фінансування здійснюється за допомогою відрахувань із фонду заробітної плати та зі спеціальних державних фондів, які становлять приблизно  $\frac{3}{4}$  сукупних витрат на охорону здоров'я. У основі соціально-страхова модель. Структура фінансування (Німеччина): держава – 14,2%; роботодавець – 72,5%; страхові внески громадян – 6,4%; прямі доплати громадян – 6,9%. Разом приватні кошти громадян у структурі фінансування – 13,3%. У Німеччині майже 1200 страхових лікарняних кас охоплюють своєю допомогою 88% населення. У здебільшого ці каси фінансуються за рахунок коштів працюючих та роботодавців. Принцип солідарної оплати медичного страхування. Кожен громадянин має право отримати медичне страхування, причому страховий внесок не може бути підвищений через поганий стан здоров'я пацієнта. Щомісячний страховий внесок становить середньому 12,8% від фонду оплати праці. Цей внесок оплачується рівними частками працюючими та роботодавцями. Страхові внески за пенсіонерів вносяться пенсійним страхуванням та самими пенсіонерами. Страхування безробітних здійснюється федеральним відомством з працевлаштування. Кожен застрахований, а також члени його сім'ї мають можливість обирати лікаря та отримувати необхідну медичну допомогу, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, лікарські засоби тощо. Недолік моделі: вимагає значного бюрократичного апарату щодо дуже складних розрахунків із медичними організаціями. Континентальна модель може ефективно функціонувати тільки в країні із високим рівнем національного доходу.

– Універсалістська модель (Англія, Ірландія) Національна система охорони здоров'я, що фінансується у значній частині за рахунок загального оподаткування. Тобто основу – державно-бюджетна модель. Медичне обслуговування здійснюється в основному державні медичні установи (лікарні) найманими службовцями чи залученими за договором працівниками (первинна медична допомога, стоматологія, фармацевти). Пріоритет первинної медикосанітарної допомоги. Висока частка лікарів загальної практики, що надає допомогу значній частині населення. Структура фінансування (Англія): держава – 78%; роботодавець – 10%; страхові внески громадян – 3,8%; прямі доплати громадян – 8,2%. Разом приватні кошти громадян, у структурі фінансування – 12%. До переваг універсалістської моделі відносять: – державний характер фінансування здоров'я охорони; – державне регулювання регіональних бюджетів охорони здоров'я шляхом перерозподілу фінансових ресурсів із регіонів із вищим рівнем життя в регіонах з нижчим рівнем життя; – відносно невисокі (порівняно з іншими країнами) витрати на охорону здоров'я забезпечують високі показники стану здоров'я населення; – диференційована система оплати праці лікарів загальної практики в залежності від чисельності та структури населення території, що обслуговується;

– Переважно приватна модель (США) Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок приватних і, значно меншою мірою, державних джерел, причому

надання медичної допомоги здійснюється приватними виробниками медичні послуги. Застосовуються два типи приватного медичного страхування: індивідуальне та групове. У останньому випадку підприємець та всі його співробітники набувають єдиного страхового полісу. З федерального бюджету, бюджетів штатів, місцевих органів управління фінансуються програми «MediCare» (Медікер) та «MediAid» (Медікейд). Структура фінансування (США): державні програми – 42%; приватні джерела – 4%; приватне страхування – 33%; прямі доплати громадян – 21%. Разом приватні кошти громадян у структурі фінансування – 58%. Державна програма «MediCare» – передбачає обов'язкове медичне страхування людей старше 65 років у разі госпіталізації. Друга частина програми передбачає додаткове добровільне страхування за умовами якого держава покриває 80% вартості лікування, а решта 20% – самі пацієнти. Державна програма «MediAid» – безкоштовна медична допомога надається нужденним сім'ям із дітьми, інвалідам. За програмою «Медікейд» розподіл між штатами федерального бюджету охорона здоров'я відбувається у зворотній пропорційній залежності від доходу душу населення штаті. Цікаво, що для американської моделі охорони здоров'я характерні високі темпи зростання рівня витрат на охорону здоров'я, які часто не відповідають темпам зростання та рівня якості медичних послуг. Як слідство, за найбільших у світі витрат на охорону здоров'я, результуючі показники здоров'я населення США відстають від показників інших економічно розвинених країн, що свідчить про низьку ефективність системи охорони здоров'я, що склалася.

**Формулювання висновків і перспектив подальших досліджень в даному напрямку.** Вибір тієї чи іншої системи надання послуг охорони здоров'я в рамках однієї з груп обмежений самим угрупованням і не дозволяє всебічно враховувати фактори, що впливають на формування національної системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим, необхідна індивідуалізація при виборі вітчизняної системи надання послуг охорони здоров'я, в основу якої мають бути покладені основоположні принципи розвитку соціальної сфери в цілому.

Сучасний стан розвитку систем надання послуг охорони здоров'я свідчить про те, що в основу їхньої класифікації має бути покладено принцип фінансового забезпечення. Зазначимо у зв'язку з цим, що для кожної країни властивий індивідуальний шлях економічного розвитку, що накладає певні вимоги до розвитку формованих систем. Розвиток системи надання послуг охорона здоров'я регламентується правовими нормами, що затверджуються на державний рівень управління. Цими ж документами встановлюються граничні розміри бюджетного та позабюджетного фінансування сфери охорони здоров'я на певний час.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Лібанова Е.М., Гладун О.М., Лісогор Л.С., Ткаченко Л.Г., Ковтун Н.В. Вимірювання якості життя в Україні. Київ, 2013. 48 с.
2. Марова С.Ф., Вовк С.М. Участь приватного сектору в капіталі державних установ охорони здоров'я. Молодий вчений. 2017. № 7. С. 352–356.
3. Ліфінцев О.В. Принципи здійснення контролю у сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки». 2015. Вип. 3–2. Т. 1. С. 156–159.
4. Надок З.О., Сенюк Ю.І. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. Право та державне управління, 2020. № 2. С. 211–220. URL: [http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2\\_2020/34.pdf](http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf) (дата звернення: 10.01.2023).
5. Савчин М.В. Психічне та особистісне здоров'я громадян як чинник національної безпеки. Наук. вісн. Львів. держ. ун-ту внутр. справ. Сер. Психологічна. 2012. № 2. С. 142–150.

**REFERENCES:**

1. Libanova, E.M., Hladun, O.M., Lisohor, L.S., Tkachenko, L.H. & Kovtun, N.V. (2013). Vymiriuvannia iakosti zhyttia v Ukraini. Kyiv [in Ukrainian].
  2. Marova, S.F & Vovk, S.M. (2017). Uchast' pryvatnoho sektoru v kapitali derzhavnykh ustanov okhorony zdorov'ia [Private sector participation in the capital of public health institutions]. *Molodyj vchenyj [Young scientist]*, 7, 357.
  3. Lifintsev, O.V. (2015). Pryntsypy zdijsnennia kontroliu u sferi okhorony zdorov'ia [Principles of health control]. *Naukovyj visnyk Kherson's'koho derzhavnoho universytetu. Serii Yurydychni nauky [Scientific Bulletin of Kherson State University. Legal Sciences Series]*, 3–2 (1), 156–159 [in Ukrainian].
  4. Nadiuk, Z.O. & Seniuk, Yu.I. (2020). Suchasna derzhavna polityka u sferi okhorony zdorov'ia: analiz reformuvannia systemy [Modern public health policy: an analysis of system reform]. *Pravo ta derzhavne upravlinnia [Law and public administration]*, 2, 211–220. Retrieved from: [http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2\\_2020/34.pdf](http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf).
  5. Savchyn, M.V. (2012). Psykhichne ta osobystisne zdorov'ia hromadian iak chynnyk natsional'noi bezpeky [Mental and personal health of citizens as a factor of national security]. *Nauk. visn. L'viv. derzh. un-tu vnutr. sprav. Ser. Psykholohichna [Scientific Bulletin of Lviv. state un-tu vnutr. affairs. Ser. Psychological]*, 2, 142–150 [in Ukrainian].
-