

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Державне регулювання сфери охорони здоров'я здійснюється за допомогою цілого ряду механізмів: регулювання цін на медичні послуги, затвердження стандартів медичної допомоги для захисту пацієнтів, ліцензування медичних організацій, планування трудових і матеріальних ресурсів та інших регулюючих функцій.

Відмінності економічних моделей систем охорони здоров'я у розвинених країнах визначаються роллю, функціями і ступенем втручання держави у соціальні процеси. Однак, можна виділити ряд параметрів, визначаючих специфіку систем охорони здоров'я, властивих різним країнам:

- форма власності;
- способи залучення фінансових ресурсів;
- організація ринкової взаємодії виробників та споживачів медичних послуг;
- механізми ціноутворення на медичні послуги;
- способи, форми, методи контролю якості і мінімального обсягу медичної допомоги населенню.

Повний державний контроль в системі охорони здоров'я не вирішує проблеми доступності та ефективності використання ресурсів. Тому у багатьох країнах ведеться активний пошук адекватної моделі організації медичної допомоги. Коротко розглянемо найбільш поширені існуючі моделі.

1. Система, що базується на різному співвідношенні ринкових регуляторів і державного регулювання конкуренції на ринку медичних послуг (платна медицина, базується на ринкових принципах з допомогою часткового страхування, тобто, відсутня єдина система державного медичного страхування). Медична послуга надається державою виключно слабозахищеним верствам населення у рамках фінансування громадських програм медичної допомоги.

2. Державна система охорони здоров'я, повністю бюджетна система фінансування. Держава виступає основним споживачем та виробником медичних послуг, практично повністю забезпечує суспільну потребу в медичній допомозі. Ринок відіграє другорядну роль і повністю контролюється державою. (Ірландія, Великобританія, Португалія, Данія, Італія, Іспанія, та ін.). Дану Модель визначають як держбюджетну.

3. Система охорони здоров'я, яка базується на різних формах соціального страхування, регулювання ринку з різноманітними формами фінансування. Дана модель характерна для змішаної економіки, при якій ринок медичних послуг

поєднує державне регулювання, соціальні гарантії, доступність, якість медичної допомоги для громадян незалежно від рівня їхнього доходу. Роль ринку зводиться у цій моделі до задоволення потреб громадян в медичних послугах понад встановлений рівень. Соціально-страхова модель медицини характерна для Німеччини, Франції, Австрії, Японії, Швейцарії, Канади та ін. У залежності від переважаючих параметрів соціально-страхова Модель може бути наближена або до ринкової, або до державної [3, с. 55].

Модель реформування громадської системи охорони здоров'я базується на чотирьох головних ідеях.

1. Присутність державного органу, який забезпечує фінансування системи охорони здоров'я, він стає певного роду покупцем медичної допомоги. Фінансуюча сторона діє в інтересах населення і вступає в договірні відносини з усіма медичними організаціями, які повністю відповідають вимогам до обсягів, доступності і якості медичної допомоги. Переважна частина фінансових ресурсів охорони здоров'я реалізується через систему договірних відносин з постачальниками медичних послуг.

2. Фінансуюча сторона, як покупець медичної допомоги, регулює обсяги і структуру медичної допомоги. Плани трансформуються в конкретні замовлення медичним організаціям, регульовані двосторонніми договорами. Оплата діяльності медичної організації знаходиться в прямій залежності від узгоджених обсягів надання медичної допомоги.

3. Покупці медичної допомоги цілеспрямовано формують ринкове середовище з надання медичної допомоги за допомогою комплексу організаційних заходів та механізму конкурсного розміщення замовлення медичним організаціям. Відбір здійснюється на основі сформульованих замовником вимог до обсягів, якості і умов надання медичної допомоги з використанням механізму відкритого обговорення заявок претендентів на отримання замовлення.

4. Органи державного управління охороною здоров'я на різних рівнях розробляють і здійснюють політику охорони здоров'я населення, в рамках якої діють покупці медичної допомоги. Основним завданням цієї політики є забезпечення збалансованості державних зобов'язань щодо надання медичної допомоги населенню та наявних фінансових ресурсів, що вимагає посилення планової та регулюючої функції діяльності центральних і регіональних органів управління і фінансування охорони здоров'я.

Ціль створення регульованого ринку - підвищення показників якості і доступності медичної допомоги, досягнення ефективного використання ресурсів за рахунок розширення застосування ринкових методів управління. При цьому зберігається переважно державне фінансування охорони здоров'я і пов'язані з цим державні гарантії надання населенню безкоштовною медичної допомоги.

Основна частина виробників медичних послуг залишається у власності держави, хоча і набуває значну автономію.

Головна відмінність регульованого ринку охорони здоров'я від інших товарних ринків полягає в тому, що відносини ринкового типу будуються всередині системи. У державній сфері охорони здоров'я загальний обсяг фінансових надходжень у межах суспільного джерела фінансування залишається колишнім, змінюється тільки розподіл коштів - від менш ефективних до ефективніших організацій. Саме тому система ринкових відносин охорони здоров'я характеризується як «внутрішній» ринок.

На практиці через значні концептуальні, національні, культурно-етнічні відмінності, склалися три основних типи систем охорони здоров'я, що розрізняються відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) так: система Беверіджа, система Бісмарка та ринкова система охорони здоров'я. Вони побудовані на основі поєднання моделей безоплатної страхової та платної медицини.

Типовим представником системи Беверіджа є національна служба охорони здоров'я Великобританії, у тому вигляді, в якому вона була до 1990 р.

Ця модель характеризується наявністю бюджетного фінансування, здійснюваного переважно за рахунок податків; центрального та регіонального планування; контролю якості медичних послуг із боку держави; охоплення медичної допомогою всього населення. Це - бюрократична, авторитарна система управління охороною здоров'я, заснована на державному патерналізмі у визначенні пріоритетів розвитку охорони здоров'я.

Серед недоліків моделі можна, можливо відзначити слабке стимулювання зростання ефективності обслуговування населення; централізоване стримування державою зростання витрат на охорону здоров'я; недостатнє врахування думки пацієнта, обмеження його свободи вибору.

Крім Великобританії, аналогічні системи діють в Ірландії, Данії, Канаді, Швеції та Норвегії.

Основною характеристикою ринкової системи охорони здоров'я є відсутність загальної системи обов'язкового страхування [2, с. 43]. Типовий представник – США, займає лідируючу позицію у світі щодо частки ВВП, яка відраховується на охорону здоров'я, при цьому має місце багатоканальна система фінансування охорони здоров'я. Джерела фінансування складаються наступним чином: державні витрати – 44,3%, приватне медичне страхування – 40,4%, прямі платежі населення – 15,3 %.

До основних недоліків даної системи відносять стрімке зростання вартості медичних послуг; відсутність страхових полісів у частини населення (у США приблизно 15 % громадян); нерівність доступу до медичної допомоги [2, с. 41]. Наявні проблеми системи охорони здоров'я спонукають до формування

численних планів реформування американської системи охорони здоров'я, які активно обговорюються американською громадськістю.

Система Бісмарка діє в Німеччині, Франції, Нідерландів, Бельгії, Іспанії, Японії. Модель характеризується загальним страхуванням здоров'я, децентралізованим фінансуванням; обов'язковою конкуренцією між різними страховими фондами; розподілом функцій між державою, фінансуючими органами і постачальниками медичних послуг [2, с. 42].

До недоліків моделі відносять відсутність рівної доступності медичної допомоги для різних соціальних груп та адміністративних територій; тенденцію до невиправданого зростання вартості медичної допомоги; недостатнє врахування інтересів пацієнтів.

Не так давно в Німеччині, країні з традиційно сильними державними інституціями, почали використовувати механізми державно – приватного партнерства (ДПП), в том числі при створенні нових об'єктів соціальної, економічної, екологічної та інформаційної інфраструктури. Проте за останні роки кількість ДПП у Німеччині активно зростає, що підвищує ефективність витрачання бюджетних коштів. Цьому дуже сприяло створення по ініціативі федерального уряду «ДПП - центру компетенцій», а також прийняття закону «Про прискорення впровадження ДПП», що полегшує організацію і реєстрацію партнерств. Крім того, з метою надання консультаційних послуг була створена компанія «Партнерства Німеччини». Тим не менш, незважаючи на ці зусилля, сьогодні на частку проектів, реалізованих у рамках ДПП, у країні припадає лише 4% державних інвестицій, у зв'язку з чим поставлено завдання в термін десяти років підвищити цю частку до 10–15 % [1, с. 50].

Уряду Німеччини вдалося успішно адаптувати концепцію ДПП до соціальних та економічних завдань держави, які полягають у прагненні забезпечити максимальну вигоду всім партнерам: власникам бюджетних коштів, продавцям медичних послуг і населенню. Результативна реалізація проектів та комплексний розвиток приватного сектору засновані саме на особливому розумінні ролі ДПП в економіці, однієї з цілей якої в Німеччині є і боротьба з бідністю. При цьому важливо мати на увазі, що проект ДПП визнається раціональним лише за умови позитивного економічного результату для бізнесу.

Таким чином, світовий досвід фінансування охорони здоров'я зі своїми перевагами і недоліками цілком може стати основою для реформування вітчизняної системи. Крім розглянутих в даній статті, українська система охорони здоров'я успішно впроваджує у свою діяльність досягнення й інших систем, зокрема, досить успішно використовується японський досвід з впровадження ощадливого виробництва.

Список використаних джерел:

1. Генз В.А., Генз Ю. Типи систем і моделі фінансування охорони здоров'я: світовий досвід// *Матеріали міжнародної заочної науково-практичної конференції. Актуальні проблеми управління: досвід, проблеми, перспективи: Одеса: Міжнародний гуманітарний університет. 2020 р. С. 41 - 47.*

2. Галенко В.П., Кравчук В.А. Розвиток державно- приватного партнерства в соціальній та освітній сферах України на основі досвіду Німеччини // *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Стратегія розвитку професійної кар'єри в регіоні». Суми: Сумський державний університет, 2021. С. 47 - 56.*

3. Скляр Т.М. Міжнародний досвід фінансування за результатами діяльності в сисемі охорони здоров'я // *Менеджер охорони здоров'я. 2020 р. №3. С. 51 - 57.*

Роман ГЕРУС

*аспірант Західноукраїнського
національного університету*

РОЗВИТОК СТАРТАПІВ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Сьогодні глобальний економічний розвиток носить виключно трансформаційний характер. Поступово втрачають свою актуальність усі традиційні економічні принципи, підходи та практики. Виникають якісно нові економічні тенденції, формуються інноваційні та креативні економічні парадигми, виникають нові теоретичні та практичні підходи до ведення господарської діяльності, що відповідають викликам сьогодення. Одним із напрямків таких глобальних трансформацій стає становлення та розвиток стартапів, що характеризується інноваційно-креативною складовою; багатофакторність, прогресивність, гнучка та динамічна траєкторія розвитку, міждисциплінарні підходи та принципи, міждисциплінарні аспекти впливу. Стартапи – новий для української економіки формат економічних відносин, який має значний потенціал для розвитку. Враховуючи досвід зарубіжних країн, які є лідерами на ринках стартап-проектів, Україна може адаптувати практики формування та розвитку таких проектів, а також зробити свій теоретичний і практичний внесок у глобальну стартап-екосистему. Тому дослідження є чимало початкових заходів у формі теоретичної концептуалізації та практичного спрямування.

Сьогодні ми живемо у світі новітніх технологій. Тому останнім часом слово стартап можна почути, йдучи вулицею, дивлячись новини по телевізору чи читаючи газету. Ця тема стає все більш актуальною і в Україні. Це відносно нова концепція для нашої країни, але в той же час українці все частіше виходять на