

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД УПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Є.К. Петренко

Наукові керівники: д-р екон. наук, проф. **Н.Є. Муромець**,
канд. мед. наук, доц. **Г.Р. Муратов**,
канд. мед. наук, доц. **І.С. Дриль**

Розглянуто деякі аспекти реформування систем охорони здоров'я окремих європейських країн та США з метою використання їх досвіду в Україні. Досліджено їх переваги та недоліки, а також шляхи підвищення ефективності системи охорони здоров'я України.

***Ключові слова:** реформа, охорона здоров'я, бюджетно-страхова медицина.*

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕФОРМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.К. Петренко

Научные руководители: д-р экон. наук, проф. **Н.Е. Муромец**,
канд. мед. наук, доц. **Г.Р. Муратов**,
канд. мед. наук, доц. **И.С. Дриль**

Рассмотрены некоторые аспекты реформирования систем здравоохранения отдельных европейских стран и США с целью применения опыта в Украине. Проанализированы их преимущества и недостатки, а также пути повышения эффективности системы здравоохранения Украины.

***Ключевые слова:** реформа, здравоохранение, бюджетно-страховая медицина.*

INTERNATIONAL EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF REFORMS IN THE HEALTH SPHERE

E. Petrenko

Scientific supervisors: Doctor of Economics, Professor **N. Muromets**,
Candidate of Medical Science, Associate Professor **G. Muratov**
Candidate of Medical Science, Associate Professor **I. Dryl**

Some aspects of reforming the health systems of individual European countries and the USA are considered with the aim of applying the experience in Ukraine. Their advantages and disadvantages and ways to improve the efficiency of the health care system of Ukraine are analyzed.

***Keywords:** reform, health care, budgetary and health insurance.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Кардинальні зміни в Україні вплинули майже на всі сфери суспільного життя. Однією з найважливіших була і залишається сфера охорони здоров'я, тому її реформування та вдосконалення моделі управління є пріоритетними й актуальними напрямками. Цим важливим питанням займалися усі уряди та міністерства, незалежно від суспільного та політичного ладу. Однак протягом останніх років у нашій країні спостерігається значне скорочення загальних видатків на утримання та розвиток соціальної сфери. Галузь охорони здоров'я продовжує існувати в умовах гострого дефіциту бюджетних коштів і системності під час реформування управління. Як наслідок цього – доступність медичної допомоги потрапила в залежність від спроможності населення платити за послуги та специфіки корупційних махінацій в урядових структурах. Ці факти суттєво погіршують трудовий і демографічний потенціал країни. Тому перед суспільством знову постає проблема, ураховуючи глобалізаційну складову, дослідити закордонний досвід і впровадити дієву модель галузі охорони здоров'я України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Механізми надання медичних послуг, які діяли раніше, багато в чому вичерпали себе, інші потребують суттєвої корекції. Зростаючий розрив між проголошенням соціального захисту населення і фінансовими можливостями країни спонукає до пошуку додаткових альтернативних джерел фінансування заходів з охорони здоров'я та реформування всієї системи охорони здоров'я країни.

Суть реформи охорони здоров'я можна сформулювати як значні цілеспрямовані зусилля з покращення системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я – сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для надання будь-якого виду медичних послуг на індивідуальному чи колективному рівні (у тому числі на основі міжсекторальної взаємодії), головна мета яких полягає у зміцненні, відновленні та підтриманні здоров'я населення країни [1].

На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія); страхова система (представлена в європейських країнах, деяких країнах Латинської Америки, Японії); приватна система (Сполучені Штати Америки).

Мета реформування системи охорони здоров'я полягає в поліпшенні стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), оптимізації витрат на медичну допомогу, покращенні якості медичної допомоги [2].

Незважаючи на різноманітність форм організації медичної допомоги, сьогодні немає жодної країни, яка була б повністю

задоволена власною системою охорони здоров'я та не запроваджувала реформи в сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг.

Мета статті полягає у визначенні теоретичних основ реформування системи охорони здоров'я на основі міжнародного досвіду окремих європейських країн і США.

Виклад основного матеріалу дослідження. Реформування сучасної української системи охорони здоров'я, розпочате ще в 90-х роках минулого століття, означало трансформацію системи медичного обслуговування, що функціонувала відповідно до принципів командно-адміністративної економіки, у систему з домінуванням сектору страхової медицини.

Класична модель страхової медицини дозволяє ліквідувати недоліки як платного, так і безкоштовного медичного обслуговування. Виражена у формі обов'язкового медичного страхування (ОМС), вона приводить до збереження безкоштовності послуг для споживача, одночасно ліквідуючи наслідки залишкового принципу фінансування з державного бюджету. Водночас завдяки державному медичному страхуванню (ДМС) суттєво зменшуються витрати споживача на одержання медичної допомоги в платному секторі охорони здоров'я. Очевидно, що в умовах ринкової економіки відсутність системи медичного страхування призвела б до стрімкого розширення сектору платної медицини [3].

Сучасна вітчизняна бюджетно- страхова система охорони здоров'я має більшість недоліків колишньої системи і при цьому не реалізує всіх переваг моделі страхової медицини. Накопичений досвід функціонування української системи охорони здоров'я в умовах її реформування виявив низку важливих проблем, що потребують свого вирішення та законодавчого оформлення на підставі глибокого наукового дослідження. Через це сучасний стан характеризується відсутністю єдності думок щодо шляхів подальшого розвитку вітчизняної системи медичного обслуговування населення.

Система охорони здоров'я будь-якої країни має відповідати певним універсальним критеріям (ієрархічна будова, налагоджені управлінські зв'язки між суб'єктами та об'єктами управління, ресурси), урахувати особливості стану здоров'я населення країни, його захворюваність. Тому не можна сліпо копіювати готову модель реформування, необхідно розробити свою унікальну модель відповідно до потреб населення та економічного стану країни.

Для аналізу та порівняння ми відібрали країни за такими критеріями: найбільш близькі до України за розміром території, кількістю населення та регіональною розрізненістю (Німеччина); країни зі схожою історією та ментальністю (Польща); пострадянські та країни «соціалістичного табору», яким також необхідно було починати

майже із чистого аркуша (Естонія, Словенія), країни з приватною, ліберальною медичною системою (США).

Медична реформа США (Health Care Reform, або ObamaCare) є орієнтиром для більшості країн, однак не може бути предметом сліпого копіювання, перш за все через ментальну специфіку європейських країн та низку проблем приватної медицини в США. Метою реформи було створення універсальної системи медичного забезпечення. Ця система мала охопити всі 50 млн до того часу незастрахованих громадян США. Також вона покликана поліпшити умови медичного страхування для тих, хто вже має страховий поліс. У рамках реформи були створені спеціальні страхові біржі, завдяки яким можуть отримати поліс ті, хто не застрахований роботодавцем. Установлено максимальну межу відсоткових ставок страхових внесків для цього випадку: 3–9,5% від доходів клієнта. Приватні страхові компанії були позбавлені права відмовляти в придбанні страховки вже хворим людям. Громадяни США можуть купувати страховку в спеціально створених для цього центрах, без участі й допомоги роботодавців. Уведена адміністративна відповідальність відносно осіб, які відмовляються купувати страховку, і компаній, що відмовляються продавати страховий поліс.

Досвід реформування системи охорони здоров'я США довів, що основною проблемою програми «ObamaCare» стало недостатнє планування і розміщення ресурсів, що призвело до нівелювання першочергових досягнень та втрати доступу населення до важливого соціального проекту [4].

В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. У відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. За десять років у країні створено нову систему охорони здоров'я, яка не поступається іншим європейським країнам. Система охорони здоров'я в Естонії фінансується здебільшого за рахунок податків. Із 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати. На його частку припадає понад 60% усіх витрат на охорону здоров'я. Із державного бюджету покривається близько 8% загальних витрат на охорону здоров'я, із муніципальних – близько 2%. В Естонії застосовується система договірних відносин, при якій фонд медичного страхування (ФМС) укладає договори тільки з певними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг, у тому числі з приватних установ. ФМС зобов'язаний укладати договори з лікарнями (найчастіше на п'ять років). Контроль якості медичної допомоги входить у функції ФМС. Головний інструмент контролю – проведення аудитів, комплексної оцінки результатів діяльності медичних установ.

Висновки Фонду щодо кожного аудиту – це не тільки виявлення проблем, а й рекомендації для їх усунення. Аудити проводяться спеціалізованими лікарськими асоціаціями [5].

Система охорони здоров'я в Словенії перебуває в стані постійних змін протягом декількох десятиліть, що пояснюється постійним удосконаленням уже діючої системи. Досвід реформування охорони здоров'я Словенії цікавий для України в декількох аспектах: по-перше, низький рівень якості та невеликі можливості для надання медичних послуг у Словенії наприкінці минулого століття дуже схожі на ситуацію в Україні; по-друге, оперативністю проведення реформи та досягненням цілей, поставлених перед нею [5]. Реформа системи ставила перед собою низку цілей: проголошення загальної доступності медичних послуг, солідарність, (усі громадяни роблять свій внесок у фінансування системи залежно від їхніх доходів і використовують медичні послуги за потребами), рівність. Сьогодні в Словенії введено обов'язкове медичне страхування, що включає всі верстви населення, у тому числі безробітних. Реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та доступності. Окремий аспект – зміна оплати праці лікарів. Глобальні результати реформи ще не досягнуті. Реформа триває.

Із 1999 року розпочалася реформа системи охорони здоров'я Польщі. Основні цілі, які стояли перед новою системою охорони здоров'я – фінансування охорони здоров'я незалежними фондами медичного страхування, гідна зарплата медичного персоналу, якісні, сучасні та доступні медичні послуги. Шляхи реалізації реформування уряд убачав у впровадженні загальнодержавного страхування. Паралельно обговорювалися також ідея комерційного страхування, фінансування медицини на регіональному рівні. Сьогодні фінансування системи здійснюється за рахунок внесків на обов'язкове медичне страхування та бюджетних коштів, що становлять значну частку (2/3 від загальних надходжень). Близько 98% населення мають обов'язкове медичне страхування, що гарантує доступ до медичних послуг. Сьогодні реформа зосередилася на якості послуг. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів) [6].

Система охорони здоров'я Німеччини є світовим лідером із надання високоякісних медичних послуг і ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного медичного страхування (ДМС) і страхування приватних фондів. Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку – 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування за спеціальними державними програмами

(військовослужбовці, поліцейські). Станом на 2003 рік лише у 0,2% населення не було жодної медичної страховки. Фактичний внесок системи ДМС у загальні витрати охорони здоров'я становить понад 60%. Крім того, кошти надходять від трьох інших складових державної страхової системи (коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Внески в систему ДМС збираються лікарняними касами (незалежні самоврядні організації). Контроль і управління їх діяльністю здійснює урядове агентство. Сьогодні реформа в Німеччині зосередилася на оптимізації витрат і підвищенні якості медичних послуг. Фокусування на оптимізації витрат привели до обмеження доступу пацієнтів до медичних послуг. Іноді пацієнт мусить чекати три місяці свою чергу, щоб потрапити на прийом до фахівця. Тому, незважаючи на високу якість послуг та інноваційні технології, процес удосконалення системи охорони здоров'я в Німеччині триває. Серед позитивних рис системи охорони здоров'я Німеччини слід відзначити єдиний принцип ціноутворення, що перешкоджає завищенню цін на медичні послуги [6].

Висновки. Упровадження бюджетно-страхової медицини потребує, крім стабілізації економіки держави, підготовки владних структур, роботодавців, органів і закладів практичної охорони здоров'я, широких кіл громадськості, правового забезпечення.

Список джерел інформації

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 3611-VI від 07.06.11 р.
2. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
3. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування : проект закону № 1040-1 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>
4. Захаров П. В. Реформа медицинского страхования в США: проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / П. В. Захаров. – Режим доступа : https://riss.ru/images/pdf/journal/2014/5/14_.pdf
5. О международном опыте реформирования системы здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://bit.ly/2qDMKmL>
6. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте / В. В. Безруков [и др.]. – Киев : Феникс, 2015. – 141 с.

Петренко Єлизавета Костянтинівна, магістрант, факультет економіки та управління, Харківський торговельно-економічний інститут Київського національного торговельно-економічного університету. Адреса: пров. Отакара Яроша, 8, м. Харків, Україна, 61045. Тел.: 0974647665; e-mail: liza.petrenko25@gmail.com.

Петренко Елизавета Константиновна, магістрант, факультет економіки і управління, Харківський торгово-економічний інститут Київського національного торгово-економічного університету. Адрес: пер. Отакара Яроша, 8, г. Харків, Україна, 61045. Тел.: 0974647665; e-mail: liza.petrenko25@gmail.com.

Petrenko Ielizaveta, master, Faculty of Economics and Management, Kharkiv Trade and Economics Institute Kyiv National Trade and Economic University. Address: side-str. O. Yarosha, 8, Kharkiv, Ukraine, 61045. Tel.: 0974647665; e-mail: liza.petrenko25@gmail.com.

УДК 659.113.26

МАРКЕТИНГОВІ ІНСТРУМЕНТИ ПРОСУВАННЯ ПОСЛУГ ПІДПРИЄМСТВ РЕСТОРАННОГО ГОСПОДАРСТВА

В.В. Рейханлі, Д.О. Хібель, В.О. Михайлова

Науковий керівник – канд. екон. наук, доц. **О.В. Жегус**

Розглянуто підходи до визначення сутності інтегрованих маркетингових комунікацій та охарактеризовано критерії інтегрованості. З'ясовано, що традиційні інструменти маркетингових комунікацій у сфері ресторанного бізнесу: рекламу, паблік рілейнз (PR), стимулювання збуту, прямий маркетинг, особисті продажі, мерчандайзинг, виставки та ярмарки, спонсорство, брендинг, елементи сервісного обслуговування – необхідно використовувати з урахуванням розвитку та можливостей сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. Сучасна система інтегрованих маркетингових комунікацій підприємства ресторанного господарства складається з онлайн- та офлайн-інструментів просування.

***Ключові слова:** підприємство ресторанного господарства, послуги і продукти ресторанного господарства, інтегровані маркетингові комунікації, інтернет-маркетинг, реклама, інтернет-аудиторія.*

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ УСЛУГ ПРЕДПРИЯТИЙ РЕСТОРАННОГО ХОЗЯЙСТВА

В.В. Рейханли, Д.А. Хибель, В.А. Михайлова

Научный руководитель – канд. екон. наук, доц. **Е.В. Жегус**

Рассмотрены подходы к определению сущности интегрированных маркетинговых коммуникаций и охарактеризованы критерии

© Рейханлі В.В., Хібель Д.О., Михайлова В., 2017