

ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ

Богдан Н.С. *, Панфілова Г.Л.**,

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

nataliabogdan1602@gmail.com

Наприкінці минулого століття у Всесвітній декларації прав людини (1997 р.) та Програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» (1999 р.) були закладені пріоритетні напрямки реалізації принципів справедливості, рівності, доступності та доцільності у функціонуванні галузі охорони здоров'я й фармацевтичного забезпечення населення. При цьому, було зазначено, що особливе значення має мобільність, динамічність і гранична функціональність систем охорони здоров'я. Аналіз різних моделей функціонування систем охорони здоров'я, проблем та перспектив їх розвитку набувають в останній час особливої актуальності для України. Це обумовлено необхідністю впровадження нових, ефективних підходів в організації функціонування системи охорони здоров'я за умов системної кризи у суспільстві. Вищезазначене й обумовило основну мету наших досліджень. Для реалізації мети досліджень нами була проведена систематизація даних спеціальної літератури. У дослідженнях використовувався історичний, системний, порівняльний, логічний методи досліджень.

За результатами аналізу та систематизації матеріалу нами встановлено наступне. Більшість конституцій країн ЄС містять положення, які запроваджують один із найважливіших постулатів розвитку сучасного суспільства, а саме «кожен має право на охорону здоров'я». У спеціальній літературі існують безліч прикладів типологій систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення за різними критеріями й підходами. Зупинимося на характеристиці найбільш вживаний типологій. Так, у відповідності до **соціально-політичної структури суспільства M.G.Field**

умовно виділяє п'ять типів систем охорони здоров'я: класична (неупорядкована); плюралістична; страхова; національна; соціалістична. Відповідно до **рівня соціального розвитку країн М.Фотакі** визначає дев'ять типів моделей охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення, а саме: універсалістська (модель Беверіджа) – державна система, фінансування якої здійснюється за рахунок оподаткування доходів громадян та суб'єктів господарювання, а її функціонування спрямоване на здійснення повноцінної та якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню кожному громадянину країни незалежно від його матеріального та соціального статусу в суспільстві; соціального страхування або бюджетно-страхова (модель Бісмарка) – ґрунтується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я громадян за принципом соціальної солідарності «багатий платить за бідного, а здоровий за хворого», спирається на реалізацію переважно страхових засобів для захисту працюючого та непрацюючого населення; «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія); інституціональна чи соціал-демократична «скандинавська модель»; ліберальна або модель залишкового соціального забезпечення; консервативна корпоративна (Японія); латиноамериканська; системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії; системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою. Російськими вченими О. П. Щепиним, В. Б.Філатовим, Я. Д.Погорєловим, Г.Жаркович та ін. запропонована типологія моделей за характером організаційно-економічних та правових відносин між основними суб'єктами відносин (держава, лікар, пацієнт, провізор/фармацевт) у відповідності до вимог соціально орієнтованого суспільства. Пропонується виділення трьох основних типів систем охорони здоров'я: утилітарної; комунітарної; ліберальної. У відповідності до рівня лібералізації відношень та можливості вільного розвитку різних форм й методів взаємодії суб'єктів системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення у спеціальній літературі пропонується наступна їх концептуальна типологія: натуральні так звані («примітивні») моделі (характеризуються незначним державним впливом

на розвиток медичної та фармацевтичної галузі та відсутністю, або вкрай низьким ступенем нормативно-правової упорядкованості відношень між лікарем, пацієнтом, провізором/фармацевтом); ринкові (маркетингові) моделі (в основу побудови, функціонування та еволюції зазначених систем покладені об'єктивно діючі економічні і інші суспільні закони розвитку, що визначають зміст та характер цільових взаємовідносин між виробниками ЛЗ та надавачами медичних, фармацевтичних послуг з одного боку та з їх споживачами з іншого); неринкові або соціалістичні моделі (так звані «системи невиробничого економічного принципу розвитку» характер функціонування яких обумовлений жорстоким державним впливом у різних галузях суспільного життя, в т.ч. в організації медичного, фармацевтичного забезпечення населення та соціального забезпечення громадян); змішані моделі (представлені системами, у яких у відповідному нормативно-правовому полі співіснують як патерналістичні, так й ліберально (маркетингові) відносини між лікарем, пацієнтом, провізором/фармацевтом).

Наприкінці даних аналізу треба зазначити, що класифікації систем охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення, які використовуються на практиці відрізняє різноманіття підходів та критеріїв. Крім цього, існує багато обмежень у використанні зазначених класифікацій, які обумовлені різним рівням фахової підготовки користувачів інформації. При цьому слід зазначити, що незалежно від особливостей організації функціонування, історичних та економічних характеристик для всіх моделей охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення населення притаманна одна спільна проблема – перманентний дефіцит ресурсів за умов підвищення потреби населення у наданні якісної медичної та фармацевтичної допомоги та послуги. Для вирішення зазначеної проблеми ВООЗ розробило широкий спектр інструментаріїв, ефективна реалізація яких дозволяє забезпечувати рівній доступ населення країни до доступних лікарських препаратів. Зазначене й обумовлює перспективний етап наших досліджень.