

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ
И ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ И ПОДХОДЫ**

В статье рассмотрены основные модели системы здравоохранения. Проанализированы процессы управления и финансирования предприятий здравоохранения в Украине, Германии, Иракском Курдистане и Турции. Проведен сравнительный анализ положительных и отрицательных сторон каждого из подходов.

Ключевые слова: система здравоохранения, управление, финансирование.

Нияз Аднан Мохаммед Али

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ І
ФІНАНСУВАННЯ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:
УСУЧАСНІ МОДЕЛІ І ПОДХОДИ**

У статті розглянуто основні моделі системи охорони здоров'я. Проаналізовано процеси управління та фінансування підприємств охорони здоров'я в Україні, Німеччині, Іракському Курдистані та Туреччині. Проведено порівняний аналіз позитивних і негативних сторін кожного з підходів.

Ключові слова: система охорони здоров'я, управління, фінансування.

Niyaz Adnan Mohammed Ali

**COMPARABLE ANALYSIS OF MANAGEMENT AND
FINANCING PROCESSES: MODERN MODELS AND APPROACHES**

The article describes basic models of health systems. Analyzed the management and financing processes in enterprises of health system in Ukraine, Germany, Iraqi Kurdistan and Turkey. The comparable analysis of positive and negative aspects concerning each approach was given.

Keywords: health care system, management, financing.

Постановка проблемы в общем виде и связь с важнейшими научными или практическими задачами. В современном мире каждое государство осознает ценность здоровья населения, экономическую результативность инвестиций в здравоохранение. Система управления и финансирования предприятий здравоохранения в большой степени определяет уровень предоставляемых медицинских услуг, а значит, является необходимым условием сохранения здоровья граждан. Что, в свою очередь, представляет собой одну из главных составляющих национального богатства и движущую силу общественного развития. Выбранная тема особенно актуальна в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине и Иракском Курдистане.

Анализ последних публикаций и исследований. Наиболее основательно вопросы здравоохранения, в частности его финансирование, освещали в своих трудах Н. Авраменко, В. Базилевич, И. Бедрик, Виноградов, Ю. Вороненко, В. Загородний, Д. Карамышев, Н. Карпишин, Е. Ковжарова, В. Лехан, С. Лободина, Е. Малик, С. Надюк, Т. Педченко, И. Рожкова, В. Рудень, В. Рыжий, Н. Солоненко, М. Шутов.

Целью написания статьи является сравнительный анализ систем финансирования и регулирования здравоохранения и медицинских услуг в Украине, Германии, Иракском Курдистане и Турции.

Изложение основного материала. В мировой практике общественного здравоохранения и медицинского обеспечения на сегодняшний день существуют четыре основные модели системы здравоохранения. Хотя национальные системы здравоохранения базируются на сочетании различных источников формирования совокупного бюджета, в каждой стране преобладает какой-то один из механизмов финансирования. В зависимости от того, какой механизм превалирует в системе здравоохранения той или иной страны, его относят к одной из четырех моделей (табл. 1).

Как видим, система здравоохранения Германии, Турции и Иракского Курдистана принадлежит ко второй модели – модели Бисмарка или системы социального страхования, которой

свойственный такой источник финансирования, как обязательные целевые взносы работодателей и работников.

Таблица 1

Основные модели системы здравоохранения [1, с.75]

Частная система (модель предпочтения потребителей)	Система социального страхования (модель Бисмарка)	Государственная система (модель Бевериджа)	Централизованная система (модель Семашко)
Страны			
США	<p>Действующие: Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Нидерланды, Люксембург, Швейцария, Япония</p> <p>На переходном этапе Иракский Курдистан, Турция</p>	<p>Действующие Дания, Финляндия, Испания, Ирландия, Норвегия, Швеция, Великобритания</p> <p>На переходном этапе: Греция, Италия, Португалия, Испания</p>	<p>Все бывшие республики Советского Союза и страны социалистического содружества в прошлом (сейчас находятся на разных этапах перехода или только планируют переход к страховой или смешанной системе)</p>
Охват населения			
Зависит от трудоустройства	Обязательный охват всех граждан	Обязательный охват всех граждан	Обязательный охват всех граждан
Преобладающий источник финансирования			
Взносы работодателей и / или личная покупка страхового полиса через частные страховые компании	Обязательные целевые взносы работодателей и работников	Государственный бюджет (общие налоговые поступления)	Исключительно государственный бюджет

Система здравоохранения Украины принадлежит к четвертой модели (Семашко). Данная централизованная модель системы охраны здоровья построена по модели Семашко и финансируется исключительно из государственного бюджета, базируется на общих налогах, контролируется государством через систему централизованного планирования и характеризуется отсутствием частного сектора.

Недостатками этой модели является бюрократические и административно-командные методы управления здравоохранением и отсутствие экономических рычагов управления [2, с.56].

Развитие предприятий системы здравоохранения в Иракском

Курдистане непосредственно зависит от государства. Это обусловлено тем, что главным источником финансирования предоставления медицинских услуг в Курдистане является распределение Региональным Правительством Курдистана (РУК) годового бюджета на медобслуживание, который составляет около 5% от общего годового бюджета, что значительно ниже среднего распределения бюджета по международными стандартам. При этом, результаты исследования свидетельствуют о том, что удельный вес личных расходов населения на здравоохранение составляет больше 40% от общего объема финансирования.

Важно отметить, что на качество медицины в Иракском Курдистане влияет уровень гигиены, который пока остается на низком уровне. Чаще всего, даже минимальные стандарты ухода, удаления отходов и стерилизации не соблюдается из-за отсутствия ресурсов. В некоторых случаях, даже самые простые болезни не подлежат лечению только лишь по этой причине.

Проблемы, существующие в медицинской сфере Иракского Курдистана, можно разделить на три основные группы:

- недостаток медицинского обслуживания и лекарственных препаратов, что вызвано разрушением и ограблением больниц во времена военных действий;
- невозможность обеспечения безопасности медицинских учреждений и врачей в условиях послевоенного хаоса;
- нарушение программ диспансерных обследований и иммунизации населения.

Что касается Турции, то здесь достаточно сложно организована система здравоохранения, так как в этот сектор вовлечены различные организации и ведомства. Вся система здравоохранения и связанные с ней области социального обеспечения координируются Министерством Здравоохранения.

На сегодняшний день уровень медицинского обслуживания гораздо выше, чем в предыдущие годы, но все же еще недостаточно высок, особенно в большинстве государственных медицинских учреждений. Частные больницы в последнее время, благодаря вложению больших денежных средств, заметно улучшают качество обслуживания, повышая уровень профессионализма персонала и оснащая учреждения качественно новым оборудованием.

Большая часть медицинских учреждений и квалифицированных кадров сосредоточены в крупных городах, где больше население и соответственно больше возможностей заработать, тогда как в сельских районах, к сожалению, медицинское обслуживание оставляет желать лучшего. Кроме государственного и частного сектора, создают и курируют свои больницы по всей стране университеты и Министерство Обороны.

Что касается системы здравоохранения Германии, то она одна из наиболее эффективных систем в мире. Основным её достоинством является способность обеспечить медицинскими услугами большинство населения страны. Кроме того, важным фактом, свидетельствующим о её эффективности, является общественное согласие в пользу сохранения существующей системы [3, с.335].

Опросы последних лет свидетельствуют, что более 90% немцев были удовлетворены предоставляемыми услугами здравоохранения, а около 40% опрошенных высказали мнение о том, что действующая система здравоохранения нуждается лишь в незначительной корректировке.

Отличительной чертой немецкого здравоохранения являются хорошие результаты в области охраны материнства и детства. Это касается показателей младенческой смертности, количества рождённых детей с недостатком веса, а также связанной с беременностью и родами материнской смертности [4, с.20].

Данные результаты были достигнуты в значительной степени благодаря широкому диапазону медицинских услуг, которые немецкое здравоохранение предлагает беременным женщинам. К этим услугам относятся не только необходимые обследования, но и медицинская помощь на дому, в планировании семьи, оплате отпуска до и после родов.

Наконец, важным моментом немецкой системы здравоохранения является её исключительная ориентация на пациента. Следует отметить, что эта черта характерна для большинства страховых систем здравоохранения в отличие от бюджетных (представленных, например, Великобританией, Швецией или Италией), в которых в силу специфики организации данная особенность присуща в меньшей степени. Это выражается, во-первых, в том, что врач выступает в качестве первичной инстанции в системе

здравоохранения, принимая на себя ответственность за обеспечение всех необходимых медицинских услуг, а во-вторых, в оказании медицинской помощи не только в кабинете врача, но и нередко дома у пациента.

Основная слабость немецкой системы здравоохранения связана с постоянным ростом расходов. Интересно, что этот недостаток является следствием её преимущества – обширного пакета медицинских услуг, предлагаемых обязательным медицинским страхованием.

Выводы. Исследование мирового опыта, а именно Украины, Иракского Курдистана, Турции и Германии, показало, что сложилось несколько моделей систем здравоохранения, в числе которых можно назвать систему государственного (бюджетного) здравоохранения, систему частного страхования здоровья (платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования) и систему государственного (регулируемого) страхования здоровья.

Система здравоохранения Германии, Турции и Иракского Курдистана – это система социального страхования, которой характерен такой источник финансирования, как обязательные целевые взносы работодателей и работников.

В свою очередь, система здравоохранения Украины принадлежит к централизованной системе Семашко, где система охраны здоровья построена и финансируется исключительно из государственного бюджета, базируется на общих налогах, контролируется государством через систему централизованного планирования и характеризуется отсутствием частного сектора.

Литература

1. Любинец А.В., Сенюта И.Я. Медицинское право и законодательство о здравоохранении - базис программно-целевого планирования в здравоохранении // Вестник социальной гигиены и организации здравоохранения Украины. – № 4. – 2004.

2. Медведовская Н.В. Функционально-организационная система мониторинга состояния здоровья населения и особенности ее функционирования на региональном уровне / В. Медведовская // Инновации в медицине. – 2011. – Вып. 7 (2).

3. Swami.B The German Health Care System // Handbook of International Health Care Systems. – N.Y., 2002. – p. 335.

4. Social Security Programs Throughout the World.Europe. – Washington, 2002. – p. 20.

1. Lyubynets A.V., Senyuta Y.Ya. Medytsynskoe pravo y zakonodatel'stvo o zdravookhranenyu - bazys prohrammno-tselevoho planyrovanyya v zdravookhranenyu // Vestnyk sotsyal'noy hyhyeny y orhanyzatsyy zdravookhranenyya Ukrainy. – # 4. – 2004.

2. Medvedovskaya N.V. Funktsyonal'no-orhanyzatsyonnaya systema monytorynha sostoyanyya zdorov'ya naselenyya y osobennosty ee funktsyonyrovanyya na rehyonal'nom urovne / V. Medvedovskaya // Ynnovatsyy v medytsyne. – 2011. – Выр. 7 (2).

Рецензент: Ковальов А.І., д.е.н., професор, проректор з наукової роботи Одеського національного економічного університету

11.05.2016

УДК 658.261

Пудичева Галина

ФАКТОРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕНЕРГЕТИЧНОЇ БЕЗПЕКИ ПІДПРИЄМСТВ

У даній статті представлено та проаналізовано низку визначень поняття «енергетична безпека», узагальнюючи які, автор приходить до висновку, що енергетичну безпеку можна розглядати на чотирьох рівнях: міжнародному, національному, регіональному та рівні суб'єктів господарювання (підприємств). Запропоновано авторське визначення поняття «фактори забезпечення енергетичної безпеки підприємства» – умови, обставини, рушійні сили, що дозволяють здійснювати безперебійне енергозабезпечення підприємства, незважаючи на внутрішні та зовнішні загрози, підтримуючи сталість енергетичного господарства підприємства, а також задоволення мінімально необхідних потреб в енергії в надзвичайній ситуації. Наведено ряд факторів забезпечення енергетичної безпеки, які