

4. Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) [Електронний ресурс] / United States Department of Agriculture: Briefing Rooms. – Режим доступу: <http://ers.usda.gov/Briefing/SNAP/>
5. Direct government payments by program, 1933-2010 [Електронний ресурс] / United States Department of Agriculture: Data Sets. – Режим доступу: <http://ers.usda.gov/Data/FarmIncome/finfidmu.htm#govpay>.
6. Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 19.09.2007 р. № 1158 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF>.
7. Концепція комплексної державної програми реформ та розвитку сільського господарства України [Електронний ресурс] / Міністерство аграрної політики та продовольства України. – Режим доступу: <http://minagro.gov.ua/page/?10461>.
8. Food Safety Modernization Act (FSMA) [Електронний ресурс] / U.S. Food and Drug Administration. – Режим доступу: <http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/FSMA/ucm243087.htm>.

УДК 338.46:614.2

Мачуга Н.З.,
к.е.н., доцент кафедри економіки підприємств і корпорацій,
Тернопільський національний економічний університет

ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА МАКРО- ТА МІКРОРІВНЯХ

Постановка проблеми. Якість медичних послуг потребує оцінки різних категорій споживачів, виходячи з інтересів кожного з них. Широкий спектр існуючих підходів до оцінювання викривляє суть поняття "якості" в медичній сфері. Враховуючи зазначені застереження, виникає потреба формування оцінки медичних послуг на макро- та мікрорівнях.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Досліджувана нами тематика розглядалася рядом вчених, зокрема Бойко А.Т., Карамишев Д. В., Cella D., Clark D., Fallowfield L., Golinowska S., Grossman M., Jones C., Kowalik S., Lalonde M., Lamparska E., Landowski J., Majkowicz M., Malson H., Sorenson C., Tulskey D. та інші. В працях зазначених науковців питання оцінки якості медичних послуг піднімається, проте відсутній аналіз значення останніх для національної економіки на мікро- та макрорівнях.

Існуюча система охорони здоров'я надає послуги нематеріального характеру, що не сприяє збільшенню національного доходу країни. Дане твердження не відповідає дійсності та викривляє уявлення про видатки на медичну галузь як про інвестиції в людський капітал. Функціонування національної економіки в умовах ринку із пережитками марксистських віянь стоять на заваді її подальшого розвитку, особливо це стосується соціальної сфери.

Постановка завдання. Рівень якості медичних послуг формується як на макро-, так і на мікро-рівні. Завданням даної статті є вивчення оцінки якості медичних послуг на різних рівнях її формування і дослідження їх значення як для суспільства в цілому, так і для індивідумів зокрема.

Виклад основного матеріалу дослідження. Повномасштабне, чітке визначення якості в охороні здоров'я є складним завданням. Причина цього криється у специфіці медичних послуг. Крім того медична галузь містить ряд універсальних характеристик:

- непевність і ризик (стосується повного медичного процесу, від моменту поступлення пацієнта і до його виписки);
- висококваліфіковані кадри (функціонування планів підвищення кваліфікації медичних працівників);
- свобода у виборі методики лікування (пацієнт, що перебуває на лікуванні передає право вибору методики лікарю);
- складність процесу задоволення існуючих потреб в галузі охорони здоров'я (кваліфікація персоналу і складність процесу);
- відсутність конкретної інформації у випадку високої спеціалізації медичних послуг.

Перерахована специфіка медичних послуг не дозволяє визначити їх якість. Значення якості вочевидь залежить від суб'єктивного сприйняття різних груп інтересів. Серед цих груп існує ряд поглядів на тему нашого дослідження. Наприклад, пацієнти та їх родини концентрують свою увагу на результатах лікування та на матеріальних і нематеріальних елементах вигоди. Для медичних же працівників висока якість асоціюється із ретельним дотриманням процедури надання медичних послуг та застосуванням існуючих знань.

Пацієнти зацікавлені в ефективності, належному та безпечному процесі лікування. В їхньому розумінні якість медичних послуг залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, в яких ці послуги надаються.

Розглядаючи питання про значення якості медичних послуг і її впливу, пропонуємо виділити два види ефектів. З одного боку представниками першого виду є ефекти, пов'язані зі здоров'ям, серед яких один має безпосередній характер – якість життя пацієнтів. Другий же ефект являється посереднім, ширшим та стосується здоров'я нації.

Останній пов'язаний із економікою та управлінням. Якість охорони здоров'я розглядається тут на двох рівнях. На мікроекономічному рівні досліджується вплив на функціонування сектору охорони здоров'я, а на макроекономічному – вплив на суспільний добробут та зріст національної економіки.

Якість життя пацієнта, яка є суттєвим показником ефекту проведеного лікування, буває недостатньо оцінена медиками. Щоб оцінити життя пацієнта після лікування, варто застосувати певну методику. Описані в літературі та застосовані на практиці різні методи аналізу чи оцінки якості життя пацієнтів. Вибір методів аналізу якості життя пацієнтів залежить від кількох чинників.

По-перше, від категорії осіб, котрі будуть джерелом збору і передачі даних. Тут існують дві можливості. Одна з них спирається на думку пацієнтів. Останні, відповідаючи на запропоновані їм питання, розміщені в спеціальній анкеті, виокремлюють ті дії, які були для них обтяжливими.

Друга можливість ґрунтується на думці осіб, що займаються пацієнтами. Мова йде про лікарів, медичних сестер, психологів чи членів родини. Особливу роль у формуванні якості життя пацієнта відіграє лікар, коли бере до уваги цей елемент при виборі чи зміні терапії. Очевидно лікарі концентрують вибір, перш за все, на такому лікуванні, що дозволить продовжити життя пацієнтам, зменшивши ймовірність виникнення ускладнень (таких, як інфаркт або інсульт). Проте все частіше звертається увага на те, чи призводить процес лікування до щоденного покращення стану пацієнта (зменшенні болю, можливості його активної участі у суспільному та сімейному житті). Бувають випадки, коли сучасні методики лікування є необхідними з точки зору порятунку життя хворого, однак вони можуть перешкоджати його повсякденній діяльності та нести певні обмеження. Ця проблема стосується хронічних захворювань, для яких вважається досягненням кінцевого ефекту надання шансу нормальної життєдіяльності по мірі можливості.

Всі, навіть самі сучасні методи лікування змінюють якість життя. Рекомендації лікарів пов'язані з обмеженнями деяких видів активності та призначення дієт мають негативні психологічні наслідки і зменшення суспільної інтеграції. Підготовка пацієнта до такого роду змін є важливим завданням лікаря і приймається до уваги в оцінці кінцевого ефекту лікування. Дослідження показують, що деякі сфери якості життя по-різному оцінюються з точки зору медичного персоналу та пацієнтів [6].

По-друге, вибір методики пов'язаний з вимірюванням якості життя. Якість життя є поняттям багатоаспектним, що можна означити певними мірниками [3]. McMillan S. і Mahon M. [12, с. 27-45] ці мірники об'єднують в чотири групи (сфери якості життя):

- фізичну і функціональну;
- суспільну;
- психологічно-духовну;
- економічну.

Фізична та функціональна якість життя проявляється у здатності повноцінного функціонування особи (відсутність психічних обмежень та обмежень пересування). Фізичну сферу якості життя варто розглядати як задоволення із власного стану здоров'я (враховуючи вікову категорію та наявні захворювання).

Суспільна якість життя складає вагому частку у загальній моделі якості життя людини. Як свідчить практика та позиція в суспільному житті, яку займає особистість, визначає її значущість та здатність до самореалізації. Даний показник тісно переплітається із наступним мірником.

Психологічна рівновага досягається шляхом задоволення із власної суспільної позиції, почуття поваги до окремо взятого індивіда з боку держави (макрорівень) колективу, в якому він працює, та сім'ї (мікрорівень). Психологічна рівновага тісно пов'язана із духовною. Ці два компоненти творять окрему сферу якості життя особи. Факт наявності можливості вільного віросповідання дає їй підстави почуватися вільною та підвищує показники якості життя.

Економічний аспект є одним із визначальних, оскільки він тісно переплітається із попередньо зазначеними. Так, особа, займаючи відповідне положення на роботі, отримує високу заробітну плату. Це, в свою чергу, дає їй можливість займати певну соціальну нішу і таким чином утримувати психологічну рівновагу.

По-третє, підхід до аналізу якості життя пов'язаний із застосованою методикою дослідження. Дослідження може мати якісний або кількісний характер. При цьому до оцінки впливу застосовуються різні показники. Наприклад:

✓ Якість життя, обумовлена станом здоров'я (Health Related Quality of Live - HRQL), визначена як функціональний ефект хвороби та ефект її лікування для пацієнтів. По своїй суті даний показник є показником суб'єктивної оцінки.

✓ Кількість років життя, скоригована їх якістю (*quality-adjusted life year* - QALY). Застосовується при аналізі витрат та оцінці корисності програм в охороні здоров'я.

✓ Альтернативною до QALY є еквівалент років прожитих в доброму здоров'ї (*Healthy Years Equivalent*- HYE).

Оцінки якості життя залежать від ефекту застосування різних методик його аналізу. Головна різниця полягає у тому, хто формує цю оцінку: пацієнти, лікарі чи представники Міністерства охорони здоров'я. Для пацієнта якість медичної послуги залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, у яких вони надаються. Немало важливою також для пацієнта є атмосфера, в якій проходить сам процес лікування, повернення до нормального способу життя.

Для лікувального закладу якість медичних послуг пов'язана, перш за все, з відповідністю тієї послуги професійним знанням та досягненням очікуваних результатів покращення стану здоров'я пацієнта, його задоволення і сатисфакції працівників.

При оцінці якості життя пацієнтів особливо проблематичним моментом є оцінка при наданні першої медичної допомоги. М. Robbins у своїх дослідженнях оцінки якості життя при наданні першої медичної допомоги виокремлює три цілі [13, с. 42-50]:

- оцінювання якості життя пацієнтів для цілі описових груп пацієнтів. До тих досліджень включають різні міришки, які дозволяють оцінити частоту таких аспектів як депресія, біль та багато іншого;
- одночасний процес прийняття рішень та надання медичної допомоги. В цьому випадку оцінка якості життя пацієнта є важливим критерієм для лікаря в прийнятті рішення;
- вимірювання якості життя використовується як індикатор якості та ефективності медичної допомоги, що була застосована.

Проблема якості життя пацієнтів повинна бути взята під увагу в сфері охорони здоров'я на етапі оцінки потреб здоров'я нації та планування їх задоволення [4, с. 53-55]. Більш детально обговорюють це питання, звертаючи увагу на три компоненти моделі оцінки медичних потреб:

- проблеми зі здоров'ям місцевого населення в межах певної території, ідентифіковані на основі епідеміологічних і демографічних даних;
- проблеми фінансування системи охорони здоров'я в обсязі, необхідному для отримання позитивних результатів лікування;
- проблеми "власної перспективи" (в даному випадку задоволення її) як для користувачів послуг (пацієнта, родини), так і для осіб, що займаються плануванням, організацією і реалізацією надання медичної допомоги (медперсонал, адміністрація і т.д.) [4, с. 53-55]. Розгляд такого широкого спектру потреб в сфері охорони здоров'я в процесі їх оцінки і планування сприяє врахуванню якості медичних послуг з точки зору пацієнтів ("споживачів"), але при умові, що ефекти періодично перевіряють на якість. Існує потреба в контролі за якістю, його результати повинні бути відображені у спеціальних рапортах та звітах.

Якість охорони здоров'я, що враховує якість життя пацієнта вимагає чіткого позиціонування в системі охорони здоров'я. Існує потреба у визначенні відповідальних за дотримання критеріїв якості. Ними можуть бути місцеві органи влади, адміністрація Міністерства охорони здоров'я, медичні корпорації. Потрібний відповідний інструментарій і системи мотивації, що нагороджувала б за якість систему охорони здоров'я. До потреб варто зачислити вироблення систем моніторингу та контролю за якістю, збільшення значення ролі пацієнтів в процесі прийняття рішень.

Статус здорової нації залежить від багатьох змінних. Найбільш популярною, що показує вплив різних змінних на здоров'я є модель Лалонда в галузі охорони здоров'я. Згідно з цією моделлю, статус здорової нації залежить від наступних груп чинників [10]: біологічних (генетичних); чинників середовища; пов'язаних зі стилем життя; пов'язаних з діяльністю в системі охорони здоров'я.

В ефективній системі охорони здоров'я, що базується на високій якості медичних послуг, повинні бути присутні:

- надійний, розумний та дієвий страховик (страхова компанія);
- організація лікувальної установи, що надає медичні послуги, її відповідний спосіб фінансування, шляхом покриття витрат за надані послуги страховою компанією за застрахованого пацієнта.

Важливим доповненням до ефективної системи охорони здоров'я повинна бути її гнучкість, тобто можливість прийняття еволюційних змін, які можуть виявитися необхідними для забезпечення кращого функціонування даної системи. При цьому не можна підіривати її основу, шкодити медичним установам, страховим компаніям та пацієнтам під прикриттям глибокої реформи.

Кожна система охорони здоров'я є продуктом певної визначеної політики охорони здоров'я. Саме політика визначає цілі і характер цієї системи, ефективність і вартість її експлуатації. Створює інституціональну форму завершення однієї з найважливіших цінностей в житті людини, якою є здоров'я. Значною мірою впливає на якість і тривалість нашого життя, його безпеку. Роль політики охорони здоров'я як для цілого суспільства загалом, так і для кожного її члена зокрема є досить великою. Тому, що її вплив може бути, як правило, корисним, але і може бути катастрофічним. Особливо це стає можливим, коли політика в галузі охорони здоров'я проводиться хаотично.

Ефективне функціонування системи гарантує ефективне функціонування медичних закладів. Серед критеріїв цієї ефективності міститься якість наданих послуг. З іншого боку, за умови надання медичних послуг на високому якісному рівні, покращується стан здоров'я як окремо взятого консумента, так і цілої популяції.

В ефективній системі медичного обслуговування, здоров'я є однією з соціальних цінностей, що пов'язане з витратами. На його утримання йдуть засоби як економічні, так і позаекономічні. Прикладом можуть бути чинники середовища і стиль життя. Інакше кажучи, при прийнятті рішень стосовно впровадження технологічних і економічних змін, повинні братись до уваги прогнозований вплив тих змін на людське здоров'я (*health impact assessment*). Коли між запропонованими початковими цілями існує конфлікт, то здоров'я має мати пріоритет, якому підпорядковуються інші цілі. Такий вибір повинен мати місце при прийнятті всіх тих рішень, які впливають на здоров'я, незважаючи навіть на той факт, що його вплив може бути безпосереднім.

Здоровий стиль життя є одним з найважливіших чинників статусу здорової популяції (модель здоров'я Лалонда). Для його пропагування потрібна співпраця із засобами масової інформації, закладів освіти, працедавців і лікарів. Для координації багатьох суб'єктів, що працюють на здорову державу необхідна відповідна регуляція і мотивація. Лише тоді розповсюдиться ідея співвідповідальності за власне здоров'я, котра є постійно недосяжним гаслом. При відповідальному здоровому вихованню громадян і пацієнтів, ефективність системи охорони здоров'я буде вищою.

Вплив здоров'я на ріст економіки відбувається через вплив на якість і кількість людського капіталу та продуктивність праці [7, с. 223-255]. Добре здоров'я, кваліфікація та практичні навички стають підставами особистого розвитку кожної людини і тим самим забезпечують умови для економічної безпеки, збільшують впевненість у місці своєї праці та величині доходів. Завдяки цьому, здоров'я позитивно впливає на ріст економіки [14, с. 10-12].

В макроекономічних аналізах, що стосуються охорони здоров'я, важливе місце має питання участі охорони здоров'я в створенні і перерозподілі національного доходу. Охорона здоров'я впливає на суспільний добробут за рахунок збільшення обсягу видатків на охорону здоров'я. Ці витрати є гарантією доброї якості медичних послуг.

В країнах, де застосовувався марксистський підхід до оцінки національного доходу, вважалося, що прибуток створюється лише в сфері матеріального виробництва. Оскільки охорона здоров'я, що надає медичні послуги нематеріального характеру, не виконувала прийнятих критеріїв, не визнавалася сферою, що примножує національний дохід. У зв'язку з цим прийнято, що видатки на охорону здоров'я є одним із багатьох способів суспільного споживання продукту, розглядаючи їх як необхідне бюджетне обмеження, котре негативно впливає на процеси акумуляції і загальний рівень добробуту.

В результаті впливу сучасної західної економічної думки суттєво переглянуті раніше домінуючі погляди на питання створення національного доходу. Перш за все, послуги визнано рівнозначними продукуванню матеріальних благ, сфері створення та примноження національного багатства. Отже, діяльність в сфері системи охорони здоров'я однозначно кваліфіковано як істотний сегмент економічної діяльності, що виробляє значну частину національного доходу окремих країн.

Україні необхідно усвідомити, що здоров'я є істотним чинником розвитку економіки, звідси варто розглядати видатки на охорону здоров'я як інвестиції в людський капіталі, а не лише як обтяжливий елемент соціального благополуччя. Необхідно зауважити, що видатки на охорону здоров'я мають подвійний характер: споживацький та інвестиційний.

Варто зазначити зміну поглядів на роль охорони здоров'я у створенні суспільного продукту, яка є результатом аналізу економіко-соціальних явищ. В європейських країнах послуги є важливою сферою економічної діяльності, які долучаються до примноження соціального добробуту.

Тому, беручи до уваги той факт, що мірилом економічного росту є показник національного продукту бруто (ВВП), аналіз ролі охорони здоров'я в процесі створення національного доходу можна розпочати від дослідження її впливу на згаданий показник.

Висновки з даного дослідження. Виходячи із результатів дослідження, вважаємо за доречне прийняти, що охорона здоров'я є сферою, яка робить свій внесок у ВВП. При розрахунку вкладу охорони здоров'я у створення ВВП необхідно враховувати: факт надання медичних послуг; генерування доходів від надання медичних послуг; видатки на придбання медичних послуг, що надаються державними і приватними установами.

Аналіз макроекономічного впливу охорони здоров'я на проблему створення соціального забезпечення не може бути зведений тільки до її ролі у створенні ВВП. Вплив охорони здоров'я на економічний і соціальний розвиток значно ширший, ніж в результаті простого вимірювання вартості наданих послуг. Варто пам'ятати, що ВВП є спрощеним показником, який не приймає до уваги ряд істотних величин стосовно якості та рівня розвитку життя суспільства.

Охорона здоров'я сприяє розвитку ряду сфер економічної діяльності, які суттєво долучаються до створення національного доходу. Прикладом може служити фармацевтична промисловість, виробництва медичного обладнання та косметична промисловість.

Охорона здоров'я має велике значення для ринку праці, де в умовах сучасної економіки працевлаштована значна частина населення. Одночасно, вона є однією з сфер сучасної економіки, що найбільш стрімко розвивається, створюється значна кількість робочих місць. У зв'язку з цим, визначення впливу охорони здоров'я на економіку є багаторазовим через спектр додаткових чинників. Серед них ватро згадати обмеження рівня безробіття та вплив на розмір сукупного попиту як результуючої доходів у сфері охорони здоров'я.

В рамках охорони здоров'я проводиться просвітницька, наукова та дослідницька діяльність, в якій теж повинен відслідковуватися якісний характер.

Література

1. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения / А.Т. Бойко // Мир Медицины. – № 1-2. – 2001.
2. Карамішев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. В. Карамішев [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf>
3. Cella D. R. Measuring Quality of Life Today: Methodological Aspects, Oncology / D. R. Cella, D. S. Tulsky, 1990.
4. Clark D. Key issues in palliative care needs assessment. Progress in Palliat. Care 3 / D. Clark, H. Malson, 1995.
5. Fallowfield L. The quality of life / L. Fallowfield. – Souvenir Press Ltd, London, 1990.
6. Golinowska S. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie / S. Golinowska. – Raporty CASE, Warszawa, 2002.
7. Grossman M., On the concept of health capital and the demand for health / M. Grossman // Journal of Political Economy, 1972 p. 80-92.
8. Jones C.: "Why have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?" / C. Jones. – Stanford University, Stanford 2001.
9. Kowalik S. Jakość życia pacjentów w procesie leczenia, [w:] Waligóra B. (red.). Elementy psychologii klinicznej. Tom IV. / Kowalik S. – Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 1995.
10. Lalonde M. A. New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada / M. A. Lalonde. – Ottawa, 1974.
11. Landowski J. Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię - wprowadzenie w problematykę / J. Landowski, M. Majkowicz, E. Lamparska. – Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1996.
12. Mc Millan S. C. Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed hospice quality of life index. Qual Life Res. 3/ S. C. Mc Millan, M. Mahoń, 1994.
13. Robbins M. Evaluating Palliative Care. Establishing the Evidence Base / M. Robbins – Oxford University Press, 1998.
14. Sorenson C. Emergence of HTA in Central and Eastern Europe / C. Sorenson. – Volume 11, Number 1, p. 10-12.

УДК 339.9:664.1

Генералов О.В.,
к.е.н., асистент кафедри міжнародної економіки
Київський національний торговельно-економічний університет

МОДЕЛЮВАННЯ ПОКАЗНИКІВ РОЗВИТКУ РИНКУ ЦУКРУ УКРАЇНИ

Постановка проблеми. Ринок цукру України чинить істотний структуроутворюючий вплив на встановлення галузевих пропорцій в агропромисловому комплексі. На даному етапі він перебуває у складному кризовому стані, спричиненому роками його занепаду, зменшенням посівних площ і виробництва, втратою зовнішніх ринків збуту, високою собівартістю, збільшенням імпорту тростинного цукру.

Розв'язання даних питань дозволить знайти шляхи підвищення ефективності виробництва та реалізації, що передбачає застосування економіко-математичного моделювання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Над висвітленням питань дослідження ринку цукру працювали вітчизняні фахівці, серед яких Стасіневич С.А., Грищенко О.Ю., Коденська М.Ю.,