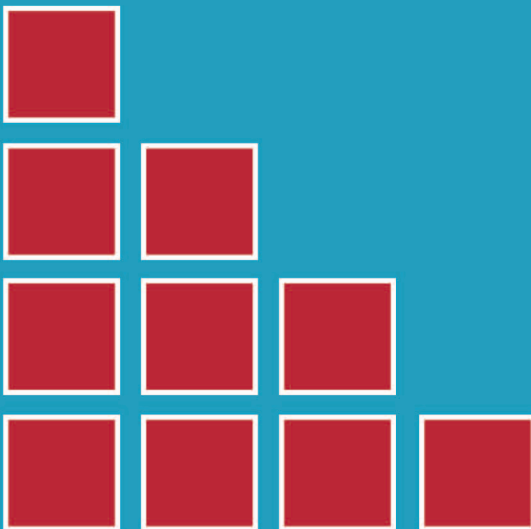


БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОСТОРОВОГО РОЗВИТКУ

Монографія



Бердянськ 2015

БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ
ПРОСТОРОВОГО РОЗВИТКУ**

Монографія

Бердянськ – 2015

ISBN 978-617-7291-04-5

УДК 332.1:332.145

ББК 65.2/4

С 70

**Рекомендовано вченою радою факультету економіки та управління
Бердянського державного педагогічного університету**

(протокол №6 від 17 лютого 2015 р.)

С 70 Соціально-економічні проблеми просторового розвитку :
Монографія / За заг. ред. В. Дучмала, Т. П. Несторенко. – Бердянськ:
Видавець Ткачук О. В., 2015. – 344 с.: табл., іл.

Редакційна колегія :

Гонда В. – PhD, професор, інженер, заст. зав. кафедри економічної теорії Економічного університету в Братиславі (Словацька Республіка);

Дубровіна Н. – CSc, кафедра фінансів Економічного університету в Братиславі (Словацька Республіка);

Дучмал В. – PhD, проректор Вищої школи управління та адміністрації в Ополе (Республіка Польща);

Жигірь А. А. – к. е. н., доцент, декан факультету економіки та управління Бердянського державного педагогічного університету;

Замятін П. М. – д. м. н., професор кафедри хірургії № 1 Харківського національного медичного університету, ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України»;

Захарченко П. В. – д. е. н., професор, зав. кафедри економічної кібернетики та фінансів Бердянського державного педагогічного університету;

Несторенко О. В. – к. е. н., доцент кафедри економіки підприємства та економічної теорії Бердянського державного педагогічного університету;

Несторенко Т. П. – к. е. н., доцент кафедри економіки підприємства та економічної теорії Бердянського державного педагогічного університету;

Пеліова Я. – PhD, інженер, заст. декана міжнародного відділу народногосподарського факультету Економічного університету в Братиславі (Словацька Республіка);

Сидорченко Т. Ф. – к. е. н., зав. кафедри економіки підприємства та економічної теорії Бердянського державного педагогічного університету;

Шліва С. – PhD, заст. декана педагогічного факультету Вищої школи управління та адміністрації в Опوله (Республіка Польща).

Рецензенти :

Польовий В. П. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії Буковинського державного медичного університету;

Расвнєва О. В. – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри статистики та економічного прогнозування Харківського національного економічного університету Харківського національного економічного університету;

Сосницька Н. Л. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри методики викладання фізико-математичних дисциплін та інформаційних технологій у навчанні Бердянського державного педагогічного університету.

Монографія є колективною науковою працею українських та закордонних вчених в області просторового розвитку складних соціально-економічних систем.

У монографії розглядаються сучасні концептуальні підходи до просторового розвитку складних соціально-економічних систем, а також перспективні напрями досліджень таких систем. Обґрунтовується системна методологічна концепція і конструктивні принципи ведення просторових досліджень, а також математичні методи моделювання просторового розвитку соціально-економічних систем. Окремо приділено увагу питанням сучасних освітніх та медичних технологій в просторовій економіці.

Для фахівців в області аналізу, моделювання та управління складними просторовими соціально-економічними системами, а також викладачів, докторантів, аспірантів і студентів економічних, педагогічних та медичних спеціальностей.

УДК 332.1:332.145
ББК 65.2/4

© В. Дучмал, Т. П. Несторенко, 2015 р.

© Автори статей, 2015 р.

© Видавець Ткачук О.В., 2015 р.

ISBN 978-617-7291-04-5

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	9
-----------------	---

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРОСТОРОВОЇ ЕКОНОМІКИ

1.1. Влияние экономики знаний на развитие регионов <i>О.П. Коюда</i>	11
1.2. Проблеми монетарної політики в системі державного регулювання економіки <i>А.А. Жигірь, М.Є. Гладка</i>	19
1.3. Проблеми на шляху інтеграції України до Європейського Союзу: ретроспективний погляд <i>О.В. Несторенко, В.В. Буженіца</i>	26
1.4. Optimalizácia daňovo-transferového mechanizmu v Slovenskej Republike v kontexte krízových vplyvov <i>E. Neubauerová, N. Dubrovina, J. Péliová</i>	33
1.5. Etika a ekonómia u vybraných predstaviteľov inštitucionalizmu, neoinštitucionalizmu a novej inštitucionálnej ekonómie <i>M. Vohgřej</i>	41
1.6. Вплив економічних теорій ролі людини, людських ресурсів, людського капіталу на управління виробничими системами та процесами <i>Ю.Д. Костін, К.В. Ущановський</i>	48
1.7. Social economy and professional and social integration of socially excluded people <i>W. Duczmal, S. Śliwa</i>	55

РОЗДІЛ 2. ЕКОНОМІКА ТА УПРАВЛІННЯ ПРОСТОРОВИМИ СИСТЕМАМИ

2.1. Трансформаційні процеси в економіці курортно-рекреаційних систем <i>П.В. Захарченко, Д.І. Савушкін</i>	64
2.2. Управління інноваційним розвитком національного курортно-рекреаційного комплексу <i>П.В. Захарченко, С.А. Жваненко</i>	74

5.4. Profilaktyka zachowań ryzykownych młodzieży na Ukrainie <i>Ju. Shcherbiak</i>	240
5.5. Teacher personality in the view of high-school students <i>D. Stanuchowski</i>	249
5.6. Digital school and the development of emotional and social competence of students – neruopedagogic and social-pedagogic aspects <i>S. Kania</i>	262

РОЗДІЛ 6. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІКИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОСТОРОВОГО РОЗВИТКУ

6.1. Проблемы повышения качества медицинского обслуживания в Украине <i>В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Н.А. Дубровина, Д.П. Замятин</i>	273
6.2. Механизмы финансирования здравоохранения в странах ОЕСР <i>Н.А. Дубровина, Т.П. Несторенко, Е. Бенева, В.В. Бойко, П.Н. Замятин</i>	285
6.3. Моделирование спроса на медицинские услуги на примере игровой имитационной модели в условиях олигополистической конкуренции <i>А.А. Дубровин, Н.А. Дубровина, П.Н. Замятин, А.В. Несторенко, Е.В. Высоцкая, В.В. Вьюн, В.А. Дубровин</i>	295
6.4. Dynamical models of hydrobiocenoses as a tool for addressing the issues of life quality and biosafety water consumption <i>G. Zholtkevych, K. Nosov, Y.G. Bepalov, M. Miranovich, N. Shovkoplyas, E. Vysotskaya, N. Dubrovina, S. Chapikova</i>	303
6.5. Становление репродуктивной функции у девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе <i>А.К. Жумалина, Б.Т. Тусупкалиев, М.Б. Жарлыкасинова, А.Б. Илиясова</i>	310
6.6. Disability in the family <i>J. Czepczarz</i>	317
6.7. Correlates of psychological well-being in context of the modern world <i>K. Błońska</i>	328

9 Карамішев Д.В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Д.В.Карамішев // Університетські наукові записки. – 2006. – № 1(17). – С.279-284.

10 Літвак А. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні / А.Літвак, В.Погорілий, М.Тищук. – О.: Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства, 2001. – 91 с.

11 Методологічні основи формування вибірових сукупностей для проведення органами державної статистики України базових державних вибірових обстежень населення (домогосподарств). Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/metod_polog/metod_doc/2005/223/metod.htm.

12 Паніотто В.І. Статистичний аналіз соціологічних даних / В.І.Паніотто, В.С.Максименко, Н.М.Харченко. – К.: ВД «КМ Академія», 2004. – 270 с.

13 Портна О.В. Функціонування фінансів охорони здоров'я в Україні / О.В.Портна. – Х.: ВД „ІНЖЕК”, 2013. – 165 с.

14 Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 14. – Ст. 86.

15 Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12-13. – Ст.81.

16 Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 р. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>

17 Циба В.Т. Математичні основи соціологічних досліджень. Кваліметричний підхід / В.Т.Циба. – К.: МАУП, 2002. – 248 с.

18 Шейман І.М. Реформа управління и фінансування здравоохранения / И.М.Шейман. – М.: Издатцентр, 1998. – 336 с.

6.2. Механізми фінансування здравоохранения в странах ОЕСР

Здоровье населения является одним из важных приоритетов развития современного общества. За последние несколько десятилетий в развитых странах мира наблюдается существенный прогресс в достижениях медицинской науки, технологиях диагностики и лечения, что привело к значительному увеличению продолжительности жизни, улучшению ее качества [3, 8, 9, 18]. Так, если в 1970 году средняя продолжительность жизни в странах ОЕСР (ОЕСД) составляла 70 лет, то в 2011 г. этот показатель увеличился до 80.1 года. При этом в разных странах наблюдались существенные различия в изменении этого показателя [14-16].

В экономически более развитых странах ОЕСР, с высоким уровнем жизни и социальной защиты, прирост показателя средней продолжительности жизни за период 1970-2011 гг. составлял до 10 лет, в то время как для ряда развивающихся стран, таких как Корея, Бразилия, Чили, Турция, Индия, Индонезия, прирост средней продолжительности жизни за указанный период увеличился до 20 лет [14-16].

В странах с переходной экономикой, таких как Россия, бывшие страны социалистического блока, прирост средней продолжительности жизни за последние десятилетия был невысокий, а в некоторые периоды наиболее острого экономического кризиса в этих странах, средняя продолжительность жизни населения вообще сокращалась. Наблюдается очень большой разрыв в средней продолжительности жизни между высокоразвитыми странами и бедными странами. Так, в 2011 г. лидерами по показателю средней продолжительности жизни были Швейцария (82.8 лет), Япония (82.7 лет), Италия (82.7 лет), а аутсайдерами выступали страны Южной Африки, где средняя продолжительность жизни в 2011 г. составляла всего 52.6 лет [14-16].

В странах ОЕСД существуют различные модели и механизмы финансирования систем здравоохранения [1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 18, 19]. Например, в Великобритании основной является государственная система здравоохранения, финансируемая преимущественно из бюджета за счет налогов. Подобные системы существуют в Норвегии, Швеции, Дании, Италии, Испании, Португалии и Греции. В Германии, Нидерландах, Франции, Австрии, Бельгии, Израиле, Японии действует социальная система обязательного медицинского страхования населения. Источником финансирования этой системы являются страховые взносы работодателей и работников для работающего населения, и государственные отчисления для определенных категорий неработающего населения (дети и школьники, люди с ограниченными возможностями, пенсионеры, безработные). В Канаде и Австралии система национального медицинского страхования финансируется за счет федерального и местного бюджетов. Смешанная система, представленная государственными и частными фондами финансирования здравоохранения, распространена в США, в ряде стран Латинской Америки, Азии и африканских странах. Например, в США программы Medicaid и Medicare предназначены для финансирования потребности в

медицинских услугах для социально незащищенных групп населения (дети, граждане с низким доходом, пожилые люди). Работающее население пользуется услугами частного медицинского страхования, которое может быть включено работодателем в социальный пакет либо приобретается работниками по желанию. В США относительно большой процент работающего населения, не имеющего медицинских страховок, что связано с дальнейшими проблемами в возможности оплаты дорогостоящих медицинских услуг в случае серьезных заболеваний или травм. В большинстве пост социалистических стран Восточной и Центральной Европы в 90-х годах были проведены реформы финансирования системы здравоохранения и внедрены механизмы обязательного медицинского страхования [2, 4, 5, 6, 7, 8].

Классификация систем финансирования здравоохранения в странах ОЕСР является непростой задачей [4, 11]. Для более полной характеристики механизмов финансирования здравоохранения в странах ОЕСР и их сравнительного анализа недостаточно просто выделить такие модели, как государственная система здравоохранения; социальная страховая система; частная медицина или смешанная система. Даже внутри стран с подобными общими принципами финансирования системы здравоохранения наблюдаются существенные различия в организации источников и фондов национальной системы здравоохранения, оплате различных медицинских услуг, степени их покрытия и пр.

К примеру, во Франции и Швейцарии социальное медицинское страхование полностью покрывает все население; в Австрии, Бельгии и Люксембурге социальное медицинское страхование имеет около 99% населения, а в Германии – примерно 88%. В Германии существует около 420 больничных касс, объединенных в 7 ассоциаций. В Швейцарии 110 больничных фондов, в Нидерландах – 30, в Австрии – 24, а во Франции – 19. В Австрии и Франции застрахованное население не имеет возможности выбрать тот или иной фонд медицинского страхования. В то время как в Швейцарии и Нидерландах право выбора фонда медицинского страхования есть у всех застрахованных, а в Германии и Бельгии – почти у всех (более 96% застрахованных могут выбрать тот или иной фонд) [4].

По-разному действует система организации фондов медицинского страхования и покрытия их финансовых рисков. Так, в Австрии и Германии действуют индивидуальные фонды (Individual funds), в Бельгии

и Франции существуют национальные или государственные фонды, такие как National Social Security Office или Local government agencies, transferred to Central Agency for Social Security Institutions. В Австрии и Франции в случае дефицита финансовых ресурсов фонды медицинского страхования могут получать трансферы, субсидии из других фондов или от государства. В Швейцарии и Германии предусмотрены правила для обеспечения внутреннего механизма компенсации рисков для больничных касс и фондов [4].

В странах ОЕСР также существенно различаются принципы покрытия различных видов медицинской помощи и услуг за счет базового медицинского страхования. Например, за счет государственных или социальных фондов неотложная медицинская помощь покрывается полностью застрахованным в Австралии, Канаде, Дании, Венгрии, Ирландии, Италии, Мексике, Нидерландах, Новой Зеландии, Норвегии, Польше, Португалии, Словакии, Испании, Турции и Великобритании. В Австрии, Бельгии, Чехии, Финляндии, Франции, Греции, Исландии, Швеции базовое медицинское страхование покрывает от 76% до 99% расходов на неотложную медицинскую помощь, остальную часть необходимо доплачивать пациентам. В Германии и Швейцарии застрахованным покрывается почти полностью стоимость неотложной медицинской помощи. В Японии базовое медицинское страхование покрывает лишь 51-57% стоимости неотложной медицинской помощи.

Также наблюдаются отличия в степени покрытия консультативной медицинской помощи в поликлиниках или у специалистов. Например, в Австрии, Канаде, Дании, Венгрии, Ирландии, Мексике, Нидерландах, Польше, Португалии, Словакии, Испании и Великобритании стоимость базовой консультативной медицинской помощи в поликлиниках или у специалистов полностью покрывается за счет государственных или страховых фондов. В Австралии, Бельгии, Чехии, Финляндии, Германии, Греции, Исландии, Норвегии, Швеции, Швейцарии и Турции базовое медицинское страхование покрывает от 76% до 99% расходов на консультативную медицинскую помощь в поликлиниках или у специалистов. Во Франции, Японии, Корее и Новой Зеландии за счет базового медицинского страхования покрывается лишь 51-75% стоимости консультативной медицинской помощи в поликлиниках или у специалистов [4].

В большинстве стран ОЕСР предусмотрена также дополнительная оплата за лекарства и медикаменты, хотя базовая медицинская страховка покрывает более 50% или даже 75% расходов. В Италии, Мексике, Нидерландах и Великобритании за счет государственных или социальных фондов полностью покрывается стоимость расходов на лекарства и медикаменты.

Стоматологическая помощь в ряде стран не покрывается базовой медицинской страховкой (Австралия, Канада, Ирландия, Новая Зеландия, Норвегия, Испания, Швейцария). В Бельгии, Финляндии, Исландии и Великобритании расходы на базовую стоматологическую помощь покрываются от 76% до 99% за счет государственных или социальных фондов. В Японии, Корее, Словакии покрытие базовой стоматологической помощи за счет социального медицинского страхования составляет от 51% до 75%. В Чехии, Дании, Франции, Греции, Нидерландах и Швеции базовая стоматологическая помощь за счет государственных или социальных фондов покрывается менее, чем на 50%. В тоже время, в Австрии, Польше и Турции базовая стоматологическая помощь может быть полностью оплачена за счет социального страхования.

Существенные отличия в организации систем здравоохранения и их финансирования в странах ОЕСР влияют на обеспечение систем здравоохранения человеческими и материальными ресурсами и степень их использования. Это, в свою очередь, влияет на эффективность систем здравоохранения в различных странах и доступность медицинских услуг для широких слоев населения [11, 20].

Учитывая проблему классификации механизмов финансирования систем здравоохранения, возникает потребность в использовании различных количественных подходов для группировки систем здравоохранения в различных странах ОЕСР по ряду основных показателей в однородные группы – кластеры.

В данной работе была поставлена следующая цель: с помощью методов кластерного анализа провести группировку национальных систем здравоохранения различных стран ОЕСР в однородные группы – кластеры по ряду основных показателей, характеризующих систему здравоохранения (финансирование здравоохранения, наличие основных ресурсов, объем предоставляемой медицинской помощи). Для исследования были использованы основные показатели, характеризующие

состояние национальных систем здравоохранения, объемы их финансирования, состояние здоровья населения и т.д., представленные в отчетах ОЕСР за последнее десятилетие. Количество стран ОЕСР, участвующих в разбиении на кластеры, изменялось в разные временные периоды, что было связано с проблемой неполных данных для отдельных стран.

За последние несколько десятилетий наблюдается устойчивый рост расходов на услуги системы здравоохранения во многих странах мира. Так, если в Норвегии в 1960-м году совокупные расходы на здравоохранение составляли 2.9% от ВВП, то в 2011 г. этот показатель составил 9.3% от ВВП. В Австралии в 1960 г. совокупный объем финансирования здравоохранения составлял 3.7% от ВВП, а к 2011 г. этот показатель возрос до 8.9% ВВП. В США в 1960 г. совокупные расходы на финансирование системы здравоохранения составляли 5.1% ВВП, а в 2011 г. объем финансирования здравоохранения составил 17.7% ВВП [14-16].

В табл. 1 приведены данные о динамике совокупных расходов на услуги системы здравоохранения стран ОЕСР за последнее десятилетие. Как следует из данных, представленных в табл.1, в среднем в странах ОЕСР за последние десять лет объем финансирования услуг здравоохранения в расчете на душу населения возрос на 3.4%. За последние десять лет наиболее высокие темпы прироста расходов на здравоохранение наблюдались в развивающихся странах и в бывших пост социалистических странах, которые присоединились к ЕС. В этих странах в базовом 2000 г. начальный уровень расходов на здравоохранение в расчете на душу населения был гораздо ниже, чем в экономически более развитых странах. На основании анализа данных по странам ОЕСР за период 2000-2011 гг., можно предположить наличие абсолютной конвергенции в динамике совокупных расходов на здравоохранение на душу населения. Так, эмпирически для данной выборки наблюдается отрицательная корреляция между темпами прироста совокупных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения от их первоначального уровня в 2000 г. Анализ абсолютных значений показателей совокупных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения по странам ОЕСР за 2011 г. показывает, что самый высокий уровень этого показателя наблюдается в США (8508 долл. на человека), а самый низкий – в Турции (906 долл. на человека).

Таблица 1. Совокупные расходы на услуги системы здравоохранения на душу населения в 2011 г., показатели ежегодного годового прироста*

Страна	Совокупные расходы на здравоохранение в размере на душу населения, USD PPP	Расходы на здравоохранение на душу населения из государственных и общественных фондов, USD PPP	Годовые темпы прироста расходов на здравоохранение на душу населения				
	2011	2011	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2000-11
Австралия	3800	2578	2.2	3.6	0.0	..	2.7
Австрия	4546	3466	3.2	2.1	0.5	0.0	1.8
Бельгия	4061	3083	4.3	3.1	0.4	0.7	3.1
Канада	4522	3183	1.8	6.8	1.8	-0.3	3.0
Чили	1568	735	3.0	12.2	4.3	6.6	7.1
Чехия	1966	1655	6.9	10.7	-4.3	2.8	4.7
Дания	4448	3795	0.6	5.7	-2.4	-1.2	2.3
Эстония	1303	1033	12.6	-0.1	-6.9	1.2	5.3
Финляндия	3374	2545	3.1	0.5	0.8	2.5	3.5
Франция	4118	3161	0.7	2.6	0.7	0.8	1.8
Германия	4495	3436	3.5	4.4	2.5	1.6	2.1
Греция	2361	1536	2.6	-2.9	-11.4	-10.9	2.1
Венгрия	1689	1098	-1.7	-3.2	5.4	-0.1	3.0
Исландия	3305	2656	-0.9	-1.4	-7.2	-0.4	0.6
Ирландия	3700	2477	10.5	3.7	-9.0	-4.2	4.4
Израиль	2239	1362	3.3	-1.6	3.2	3.5	1.7
Италия	3012	2345	2.6	-0.6	1.3	-2.0	1.2
Япония	3213	2638	3.5	4.7	4.9	..	3.0
Корея	2198	1217	4.7	7.7	8.6	4.0	8.7
Люксембург	4246	3596	-3.4	4.0	0.7
Мексика	977	462	1.6	2.2	0.7	..	2.8
Нидерланды	5099	4055	3.5	3.6	2.7	-0.7	4.7
Новая Зеландия	3182	2631	6.6	7.9	0.6	1.0	3.8
Норвегия	5669	4813	2.7	1.6	-1.4	2.5	2.4
Польша	1452	1021	14.3	6.3	0.2	2.2	6.0
Португалия	2619	1703	2.1	2.6	2.0	-6.3	1.1
Словакия	1915	1358	9.2	8.2	2.8	..	10.0
Словения	2421	1784	9.6	0.6	-2.6	0.2	2.9
Испания	3072	2244	4.7	2.8	-0.8	-0.1	3.3
Швеция	3925	3204	2.1	1.4	0.7	2.9	3.1
Швейцария	5643	3661	1.7	3.5	0.8	2.1	1.8
Турция	906	661	-0.7	5.6
Великобритания	3405	2821	3.6	5.6	-2.5	-1.1	4.0
США	8508	4066	1.5	2.1	1.7	1.0	3.0
ОЕСР	3322	2414	3.9	3.2	-0.2	0.3	3.4

*Источник: *OECD Health Statistics 2013*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

В среднем для стран ОЕСР уровень совокупных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в 2011 г. составлял 3322 долл., из них 2414 долл. – расходы из государственных и общественных фондов [4, 14-16].

Для более детальной характеристики общих особенностей или различий в макроэкономических механизмах финансирования национальных систем здравоохранения отдельных стран ОЕСР был использован кластерный анализ [13, 17]. Для группировки стран ОЕСР использовались 4 основных показателя: V1 – процент совокупных расходов на здравоохранение в общем объеме ВВП; V2 – процент общественных и государственных расходов на здравоохранение в общем объеме ВВП; V3 – объем совокупных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения; V4 – объем расходов на здравоохранение из государственных и общественных фондов на душу населения. Для анализа были использованы эти показатели за 2000 г., 2005 г. и 2010 г. по странам ОЕСР. Группировка стран в однородные группы (кластеры) по уровням приведенных выше показателей проводилась с помощью метода k-средних, для расчетов использовался пакет Statistica. Количество кластеров определялось на основании анализа дендрограмм и с учетом дисперсионного анализа результатов разбиения на группы.

В табл.2 представлены результаты группировки стран ОЕСР в кластеры с учетом показателей V1-V4, характеризующих особенности макроэкономических механизмов финансирования национальных систем здравоохранения в 2000, 2005 и 2010 гг. На основании анализа дендрограмм и изучения различных вариантов разбиения на кластеры стран ОЕСР по уровням показателей V1-V4, было показано, что достаточным является формирование трех кластеров, объединяющих страны, подобные по своим характеристикам, в указанный временной период. Для некоторых стран наблюдалась тенденция перехода из одного кластера в другой в течение периода 2000-2010 гг., другие страны в течение всего периода оставались в границах одного и того же кластера, т.е. не происходило существенных изменений в значениях показателей V1-V4. Как видно из данных табл.2, в 1-й кластер вошли страны с относительно высоким уровнем финансирования расходов на здравоохранение, как в абсолютном, так и в относительном измерении, причем в этой группе стран наблюдается высокая поддержка со стороны

государственных и общественных фондов. Примерами стран, которые стабильно находились в 1-м кластере в течение 2000-2010 гг., являются: Австралия, Исландия, Швеция. Другие страны, такие как: Австрия, Бельгия, Канада, Дания, Франция, Германия, Нидерланды находились в этом кластере в 2000 г. и 2005 г. В 2010 г. для этих стран произошли существенные изменения показателей V1-V4 и они вошли во 2-й кластер.

*Таблица 2. Результаты разбиения стран ОЕСР на кластеры с учетом макроэкономических механизмов финансирования национальных систем здравоохранения**

Variable	Mean	Std. Dev.	Members
Cluster 1			
V1	9.27	0.94	Австралия (2000, 2005, 2010); Австрия (2000,2005); Бельгия (2000,2005); Канада (2000, 2005); Дания (2000, 2005); Финляндия (2005, 2010); Франция (2000, 2005); Германия (2000, 2005); Греция (2005, 2010); Исландия (2000, 2005, 2010); Ирландия (2005, 2010); Италия (2005); Япония (2005, 2010); Корея (2010); Люксембург (2000); Нидерланды (2000, 2005); Новая Зеландия (2005, 2010); Норвегия (2000); Португалия (2010); Испания (2005, 2010); Швеция (2000, 2005, 2010); Великобритания (2005, 2010); Словения (2010)
V2	75.3	7.3	
V3	2929.05	478.17	
V4	2253.99	405.17	
Cluster 2			
V1	11.7	2.58	Австрия (2010); Бельгия (2010); Канада (2010); Дания (2010); Франция (2010); Германия (2010); Люксембург (2005); Нидерланды (2010); Норвегия (2005, 2010); Швейцария (2010); США (2000, 2005, 2010)
V2	71.42	15.57	
V3	4949.89	1178.36	
V4	3460.62	604.37	
Cluster 3			
V1	6.99	1.3	Чехия (2000, 2005, 2010); Финляндия (2000); Греция (2000); Венгрия (2000, 2005, 2010); Ирландия (2000); Италия (2000, 2010); Япония (2000); Корея (2000, 2005); Новая Зеландия (2000); Польша (2000, 2005, 2010); Португалия (2000, 2005); Словакия (2000, 2005, 2010); Испания (2000); Турция (2000); Великобритания (2000); Чили (2010); Эстония (2010)
V2	68.11	12.62	
V3	1380.37	522.46	
V4	968.45	414.1	

*Источник: расчеты авторов по данным OECD (Health Statistics)

Во 2-м кластере, как видно из средних значений показателей V1-V4, находятся страны с наиболее высоким уровнем расходов на здравоохранение, при чем поддержка из государственных и общественных фондов ниже, чем в 1-м, но выше, чем в 3-м кластере. Во 2-й кластер вошли страны с высоким уровнем жизни, такие как США и Швейцария, а также другие высокоразвитые европейские страны, такие как Германия, Франция, Норвегия и др.

В 3-й кластер вошли страны с более низким уровнем финансирования расходов на здравоохранение, как в абсолютном, так и в

относительном измерении. В этой группе стран также гораздо меньший уровень реальной поддержки со стороны государственных и общественных фондов. В данном кластере в течение всего периода (2000-2010 гг.) находились бывшие пост социалистические страны (Чехия, Словакия, Польша, Венгрия, Эстония). В этот кластер же кластер попали развивающиеся страны (Турция, Чили, Корея), а также некоторые страны Западной Европы (Испания, Португалия, Греция, Великобритания, Финляндия, Ирландия) и Азии (Япония, Новая Зеландия), где в 2000 г. показатели финансирования системы здравоохранения были ниже. Следует заметить, что во многих из этих стран произошли существенные улучшения за последующие годы и эти страны в 2005-2010 гг. переместились в кластеры с лучшими значениями показателей V1 – V4.

Таким образом, в течение последних десятилетий для большинства стран мира наблюдается устойчивая тенденция увеличения расходов на финансирование услуг системы здравоохранения и поддержания здоровья населения. Существующие простые классификации моделей финансирования национальных систем здравоохранения стран ОЭСР, такие как: государственная, страховая и смешанная, не достаточно отображают сложные взаимосвязи внутри самих систем, связанные с организацией и перераспределением финансовых потоков между различными субъектами: населением, медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, государственными и общественными фондами.

Применение методов кластерного анализа позволило расширить типологию классификации стран ОЭСР с учетом их позиций по различным частным показателям, характеризующим финансирование системы здравоохранения, показатели его деятельности, состояние здоровья населения и пр.

Литература

1. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Health expenditure Australia 2001–02. Canberra: AIHW Cat. no. HWE 24; 2003.
2. Boulhol, H. et al. (2012), “Improving the Health-Care System in Poland”, OECD Economics Department Working Papers, No. 957, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>.
3. European Commission (2010), “Joint Report on Health Systems”, Occasional Papers, No. 74.
4. Funding health care: options for Europe. Edited by E.Mossialos, A.Dixon, J.Figueras, J.Kutzin. Open University Press. Philadelphia. USA, 2002. – 327 p.
5. Golinowska, S., C. Sowada and M. Wozniak (2007), “Sources of inefficiency

23. Isen, A. (2002). A role for neuropsychology in understanding the facilitating influence of positive affect on social behavior and cognitive process. W: J. Czapiński, (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN.
24. Izard C.E., Akerman, B.P. (2005). Motywacyjne, organizacyjne i regulacyjne funkcje odrębnych emocji. W: Lewis, M., Haviland-Jones, J.M. (red), *Psychologia emocji*, Gdańsk: GWP, s. 327-341.
25. Lynch, J.L. (1977). *The broken heart*. New York: Basic Books.
26. Mayers, D.G., (1999). Close Relationship and Quality of Life. *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*, edited by Kahneman D., Diener E., Schwarz N. W: J. Czapiński, (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: PWN.
27. Porczyńska, A. (2006). Tendencja do podejmowania ryzyka a doświadczanie szczęścia. W: M. Goszczyńska, R. Studenski, (red.), *Psychologia zachowań ryzykownych: koncepcje, badania, praktyka*, Warszawa: Żak, s. 147-167.
28. Rees, G., Goswami, H., & Bradshaw, J. (2010). Developing an index of children's subjective well-being in England: Summary Report. The Children's Society, London.
29. Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. W: R. Leahy (red.), *The development of the self*, s. 205-246.
30. Schutz, A. (2005). Samoocena a strategie interpersonalne. W: F.P. Joseph, W.D. Kipling, (red.), *Umysł społeczny. Poznawcze i motywacyjne aspekty zachowań interpersonalnych*. Gdańsk: GWP.
31. Seligman, M. E. P. (2005). *Prawdziwe szczęście- psychologia pozytywna a urzeczywistnianie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina.
32. Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1), 475-492. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00352944>
33. Smart R, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 4, s. 422-429.
34. Stratham, J., & Chase, E. (2010). Childhood wellbeing – A brief overview. Loughborough: Childhood Wellbeing Research Centre.
35. Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna. Psychologia wobec współczesności. Zdrowie, patologie, psychoprofilaktyka*, Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.
36. Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: Kluwer Academic.
37. Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
38. Veenhoven, R. i in. (1994). *Word database of happiness: Correlates of happiness*. Dordrecht: Kluwer Academic.
39. Zikmund, V. (2003). Health, well-being, and the quality of life: Some psychosomatic reflections. *Neuroendocrinology Letters*, 2(6), 401-403.