

Бібліографічні посилання:

1. Бологіна Н.Б. Право соціального захисту: становлення і розвиток в Україні: монографія / Н.Б. Бологіна. – К.: Знання, 2005. – 381 с.
2. Дутчак А. В. Соціальне забезпечення громадян: сучасний стан та перспективи розвитку / А. В. Дутчак // Молодий вчений. – 2017. – № 5 (45). – Режим доступу : <http://moloduyucheny.in.ua/files/journal/2017/5/126.pdf>
3. Ругляк Т. М. Міжнародні акти як джерела права соціального захисту України / Т. М. Ругляк // Актуальні проблеми держави і права. – 2008. – № 37. – С. 120–125.
4. Щодо вдосконалення пенсійного законодавства в Україні : аналітична записка. – Національний інститут стратегічних досліджень. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/1830>

Тихоненко Світлана Михайлівна

*Дніпропетровський державний
університет внутрішніх справ,
факультет соціально-психологічної
освіти та управління,
здобувач вищої освіти*

Науковий керівник:

Лебедєва Ярослава Валентинівна

*Дніпропетровський державний
університет внутрішніх справ,
старший викладач кафедри
управління та адміністрування*

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗДІЙСНЕННЯМ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В КРАЇНАХ ЄС

На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі:

- державна система (Великобританія);
- страхова система (*представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії*);
- приватна система (*Сполучені Штати Америки*).

Проте у розглянутих країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування.

Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна

частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Проте існують недоліки державної системи охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу.

Страхова система заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел:

1. Страхові внески підприємців (відрахування із доходів).
2. Страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати).
3. Кошти з державного бюджету [1].

Наприклад, у Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації – лікарняні каси.

Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній.

Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямку про-філактичної медицини. У 2005 році Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами [1].

Метою проведеної у 2005 році реформи охорони здоров'я було створення єдиної мережі стаціонарних та амбулаторних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності. Основним кроком стало створення Федерального медичного управління та Регіональних медичних комітетів.

Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів. Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (наприклад діти). 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.

У разі хвороби застрахована особа має право звернутися до будь-якого лікаря, який працює з даною страховою організацією. Лікар повинен у встановлених економічних межах вибирати те лікування, яке вважатиме за потрібне, або ж направити хворого до іншого фахівця в клініку.

Застрахований має право на лікування в стаціонарних умовах без обмежень перебування в клініці. Австрійські лікарні встановлюють два типи вартості подібного лікування – загальну і спеціальну. За кожен день в госпіталі пацієнти зобов'язані заплатити 8-15 євро. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік. Деякі медичні та медсестринські послуги надаються на дому. До переліку послуг на дому, які покриває страхова, входять ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим [1].

Варто зазначити, що страхова покриває лише психологічні діагностичні процедури. Психотерапія ж оплачується самим пацієнтом.

Система охорони здоров'я Естонії до реформи була схожою з українською. До реформи 1990 року в Естонії майже не було приватного медичного сектору, населенню надавалася безкоштовна медицина. Також були поширені неофіційні платежі за надання медичних послуг [1].

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 в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам.

Реформа і реорганізація системи охорони здоров'я Естонії почалися з 1990 року і відбувалися в кілька етапів. У 1992 році було створено 22 державні фонди медичного страхування в кожному регіоні. Для управління їх діяльністю було створено Асоціацію фондів медичного страхування, яка в 1994 році була реорганізована в Центральний фонд медичного страхування (ЦФМС). Це незалежна публічно-правова організація, відповідальна за соціальне медичне страхування.

У 2001 році функції ЦФМС і 22-х регіональних фондів перейшли до семи філій Фонду медичного страхування, утворених шляхом злиття регіональних фондів. Об'єднання представництв в кожному регіоні дозволило раціонально використовувати працю кваліфікованих фахівців і знизити управлінські витрати.

Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків. З 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати. На його частку припадає понад 60% всіх витрат на охорону здоров'я. З державного бюджету покривається трохи більше 8% загальних витрат на охорону здоров'я, з муніципальних – близько 2%.

В Естонії використовується система договорних відносин, при якій ФМС укладає договори тільки з обраними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг (в тому числі з приватних установ). ФМС зобов'язаний укладати договори з лікарями (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 по кожному аудиту – це не тільки виявлення проблем, а й рекомендації щодо їх усунення. Аудити проводяться спеціалізованими лікарськими асоціаціями.

Великобританія є однією з небагатьох європейських країн, де переважна частина (95%) медичних установ належить державі. У цій країні домінує державна система охорони здоров'я. Як додаток до неї функціонує приватне страхування та платна медична допомога. Приватним медичним страхуванням користуються 12% населення, отримуючи доступ до обмежених видів лікування в приватних медичних установах. Національна служба охорони здоров'я (National Health Service) об'єднує всі державні медичні установи, контролює і оплачує діяльність багатьох медичних інститутів [1].

Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є Департамент охорони здоров'я. Цей урядовий орган створює і контролює впровадження законів, нормативних актів в медичній галузі. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS.

Існує також третій тип державних органів, який служить сполучною ланкою між вищезгаданими двома, – Стратегічне управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities). У середині управління існує 28 установ, що відповідають за певні регіони і забезпечують інтеграцію загальнонаціональних програм на регіональний рівень.

Медичні послуги у Великобританії поділяють на первинні (первинна медична допомога) та вторинні (спеціалізовані послуги). Обидві групи послуг надають локальні підрозділи NHS, так звані трасти (NHS trusts). Вони підпорядковуються регіональним Стратегічним управлінням охорони здоров'я. Залежно від сфери діяльності трасти поділяються на кілька груп, основною з яких є трасти первинної ланки:

- 1) Трасти невідкладної допомоги; до цієї групи належать лікарні швидкої допомоги, пологові будинки, рентген-діагностичні лабораторії.
- 2) Трасти забезпечення працюють одночасно в системі охорони здоров'я та в соціальной сфері, що необхідно при впровадженні програм, які передбачають співпрацю NHS і муніципальної влади.
- 3) Трасти психічного здоров'я організовують проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами та ін. [1].

У Великобританії діагностика та лікування багатьох захворювань здійснюється за так званими «клінічними рекомендаціями». Розробкою і публікацією клінічних рекомендацій займається Національний інститут здоров'я і досконалості медичної допомоги (The National Institute for Health and Care Excellence). Ці документи стосуються захворювань, лікарських засобів, медичних приладів тощо. Всі лікарні NHS повинні враховувати рекомендації. Приватні клініки не зобов'язані слідувати цим вказівкам.

Охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до Національного фонду медичного страхування. У структурі

бюджету фонду третину складають внески громадян і 2/3 – державні кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел. Близько 98% населення мають обов'язкове медичне страхування, яке гарантує доступ до медичних послуг.

З 1989 року рівень і структура фінансування системи охорони здоров'я мали істотні зміни. У період 1995-2009 рр. витрати на охорону здоров'я збільшилися в 5 разів (з 18,5 млрд. злотих до 99 млрд.). Проте у цей період спостерігалось зростання ВВП. Тому частка ВВП, що виділялася на охорону здоров'я, послідовно виросла всього на 1,9 пункти (з 5,5% від ВВП в 1995 р. до 7,4% від ВВП в 2009) [1].

Неформальні платежі на сьогодні залишаються поширеними у країні. Проте їх стає дедалі менше у зв'язку з проведенням серйозних антикорупційних заходів. Порядок оплати праці медичних працівників визначається на основі трудового договору.

Незважаючи на те, що офіційно не передбачено обов'язкового ліцензування постачальників медичних послуг, Національний фонд охорони здоров'я в процесі укладення договорів ставить «додаткові бали» тим постачальникам, які отримали акредитацію і/або сертифікацію 09001. Кількість балів впливає на категорію клініки, а остання – на коефіцієнт для визначення вартості медичних послуг. Також були розроблені стандартизовані механізми оцінки рівня задоволеності пацієнтів.

Сьогодні реформа зосередилася навколо якості послуг. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів). Однак ці заходи підвищили вартість медичних послуг, що також відбилося на їхній доступності для населення.

У Республіці Словенія введено обов'язкове медичне страхування, яке покриває всі верстви населення, в тому числі безробітних. На сьогоднішній день реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та їх доступності. Реформа в процесі, тому поки складно говорити про досягнутий результат.

Кардинальні зміни в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я Словенії почалися в 1992 році. Було введено обов'язкове державне і приватне страхування для громадян країни. Розвиток приватного сектора в медицині дозволив підвищити якість послуг. У 2004 році «Закон про медичне страхування» був приведений у відповідність до директив ЄС, що стало показником його прогресивності та ефективності. Реформа системи охорони здоров'я ставила перед собою ряд цілей:

- проголошення загальної доступності медичних послуг – кожен громадянин Словенії має доступ до медичної допомоги;
- солідарність – всі громадяни вносять свій внесок у фінансування системи в залежності від їх доходів і використовують медичні послуги за потребами;

– рівність – доступ до медичної допомоги визначається виключно потребою пацієнта і не залежить від інших чинників (етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу або платоспроможності) [1].

У 1992 році було запроваджено медичне страхування і створено Інститут медичного страхування Словенії (Health Insurance Institute of Slovenia, HIIS). HIIS є єдиною організацією, відповідальною за надання обов'язкового медичного страхування. HIIS має 56 філій у країні, в тому числі 10 на регіональному рівні та 46 на місцевому рівні. До завдань Інституту медичного страхування входять:

- забезпечення обов'язкового медичного страхування;
- укладання договорів медико-санітарної допомоги;
- надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам;
- ведення бази даних і статистики по медичному страхуванню;
- встановлення ставок для внесків.

Охорона здоров'я Німеччини 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 із спеціальних державних програм (військовослужбовці, поліцейські).

Фактичний внесок системи ДМС в загальні витрати охорони здоров'я становить понад 60%. Крім цього, кошти надходять від трьох інших складових державної страхової системи (з коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Також кошти надходять з державної скарбниці. Внески в систему ДМС збираються лікарняними касами (незалежні самоврядні організації). Контроль і управління за їх діяльністю здійснює урядове агентство.

Оплата праці лікарів розбита на два етапи:

- перший етап – лікарняні каси повністю переводять асоціаціям лікарів всю суму заробітної плати для лікарів, що працюють в системі ДМС, замість безпосередньої плати кожному лікарю;
- другий етап – асоціації лікарів розподіляють загальну суму між своїми членами відповідно до єдиної шкали вартості послуг та додаткових інструкцій.

Бібліографічні посилання:

1. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) : Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. – Режим доступу : <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.