

## ЗАСОБИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ОСНОВІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Дуб Н.Є.

Львівський медичний коледж імені Андрея Крупинського

Запропоновані шляхи реформування вітчизняної медицини та механізми державного управління у галузі охорони здоров'я на основі зарубіжного досвіду, зокрема країн Європи. На конкретних прикладах організації медичної допомоги у Нідерландах, Австрії та Німеччини продемонстровані можливі засоби трансформації системи надання медичних послуг населенню України. Наголошується на ролі органів державного управління у згаданих процесах, що зобов'язує прислухатися до рекомендацій компетентні органи. Ставиться питання про поширення превентивних заходів у медицині, перехід закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку, запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Підкреслюється роль приватного добровільного медичного страхування для забезпечення додаткового рівня медичних послуг застрахованим особам, вищого, ніж гарантований обов'язковим медичним страхуванням.

**Ключові слова:** страхова медицина, страхові каси, фонди державного та недержавного медичного страхування, загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, приватне добровільне медичне страхування.

**Постановка проблеми.** В країнах Європи і в Україні зокрема до недавнього часу надавали державні заклади відповідно до принципу безоплатного універсального права на такі послуги та на основі концепції соціального страхування. Ця система фінансувалася за рахунок коштів централізованих медичних фондів та коштів державного бюджету. За даними дослідження, проведеного в 2005 році Міністерством економіки України, Міністерством охорони здоров'я України, Світовим банком, Європейською комісією, Шведським агентством із міжнародного розвитку, функціонування цієї системи мало багато недоліків: значне переважання попиту на медичну допомогу над пропозицією, оскільки можливість надання послуг та фінансові ресурси для їх забезпечення були обмеженими; фактична нерівність у доступності та якості медичних послуг для різних категорій населення; відсутність зв'язку між внесками на соціальне страхування та матеріальними вигодами.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Питання реформування системи охорони здоров'я України вивчають теоретики та практики медицини. Зокрема – спеціаліст Центрального Європейського Університету Угорщини Лайош Бокрош, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з організації охорони здоров'я В. М. Лехан, український директор Проекту Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України» В. Рудий, експерт проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України» Бела Каунцингер та інші.

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Для усунення недоліків у функціонуванні системи охорони здоров'я України назріває необхідність її реформування. Вивчення іноземного досвіду у реформуванні охорони здоров'я дасть можливість запропонувати ефективні шляхи перебудови медико-санітарної допомоги та механізми державного управління трансформацією медичної галузі.

**Мета статті.** Метою даної роботи є висвітлення функціонування систем охорони здоров'я таких країн світу як Нідерланди, Франція, Австрія та Німеччина і пошук нових засобів вдосконалення надання медичної допомоги в Україні на основі вивчення світового досвіду.

**Виклад основного матеріалу.** Основою політики Нідерландів у системі охорони здоров'я є девіз: «Висока якість роботи при високих лабільності і контролі засобів, які затрачаються для її реалізації». У Нідерландах функціонує система сімейної медицини. Основними напрямками функціонування цієї системи є стійка національна система освіти, наявність стандартних планів до- і післядипломної освіти, розвиток сімейної медицини як основної ланки медичної допомоги, розробка нормативної бази для сімейної медицини, збільшення функцій національної асоціації сімейних лікарів, посилення ролі недержавних організацій у пропаганді і розповсюдженні сімейної медицини. Медична допомога Нідерландів має превентивний характер. Перше місце в роботі сімейного лікаря посідає пропаганда здорового способу життя та профілактика захворювань. Оплата за послуги сімейного лікаря здійснюється через страхові компанії. Медичне страхування населення є обов'язковим і при доході до 32,6 тис. євро на рік становить 10 % від загального доходу (базове страхування). У ці 10 % входять: відвідування сімейного лікаря, надання невідкладної допомоги і госпіталізація. Лікування у стоматолога, фізіотерапевта й інших спеціалістів потребує додаткового страхування. Система охорони здоров'я Нідерландів не фінансує, а лише контролює роботу сімейної медицини. Всі фінансові операції проводять страхові компанії [1, с. 12].

У Франції визначальне місце в організації охорони здоров'я посідає страхова медицина. Кожен француз, згідно з законодавством, сплачує 8 % від заробітної плати до страхової каси. Ці виплати є обов'язковими і визначаються величиною прибутку. Страхові каси надають допомогу різним прошаркам населення. Розподіл коштів страхових фондів відбувається таким чином: 27 % – на охо-

рону здоров'я, 2 % – на професійні захворювання, 8 % – на безробіття, 44 % – на пенсійні виплати і забезпечення людей похилого віку, 12 % – на сім'ю. У касу страхового фонду, обсяг коштів якого становить 30 % від загального національного продукту, надходять внески від роботодавців (62 %), від працюючих (30 %) і від податку на тютюн, алкоголь та від страхування автомобілів (9 %). Французька медицина є платною. Будь-яке звертання до медичної установи на 20 % оплачується пацієнтом і на 80 % – страховою касою. Страхові каси відшкодовують витрати на медичні препарати в розмірі, який залежить від прописаних ліків. Інсулін та життєво необхідні препарати оплачуються касою повністю, більшість ліків – на 70 %, а вітаміни та харчові добавки не відшкодовуються взагалі. Система соціального захисту більше сприяє соціальній та медичній опіці осіб віком від 18 до 65 років, тоді як пенсіонери та іноземці є найгірше соціально захищеними. Іноземці, що приїхали до Франції як туристи, дістають медичну допомогу за рахунок страхових кас. Ті люди, які приїхали на запрошення приватних осіб, урядових установ чи на стажування, можуть розраховувати на компенсацію витрат на медичну допомогу з боку особи – запрошувача чи уряду Франції, у випадку урядового запрошення. Якщо ж громадянин іншої країни перебуває у Франції нелегально, його витрати на лікування оплачує мерія того міста, в якому була надана медична допомога. Система охорони здоров'я Франції перебуває під безпосереднім контролем держави. Контролюючою особою виступає Державний секретар з охорони здоров'я, який слідкує за діяльністю дирекції з охорони здоров'я, дирекції шпиталів та дирекції соціального страхування. Дві третини лікарень у країні – державні, третина – приватні. Останні найчастіше виступають акціонерними товариствами, де акціонерами є працівники лікарні. Державні шпиталі призначені для надання цілодобової невідкладної висококваліфікованої медичної допомоги всім прошкармак населення. Оплата за послуги забезпечується страховими касами та визначається актом про виконані маніпуляції чи процедури або тривалістю перебування на стаціонарному лікуванні. У зв'язку зі старінням населення, збільшенням кількості лікарів та появою нових ресурсоемних технологій видатки на медицину у Франції постійно зростають. Роста також споживання медичних послуг. У структурі медичного споживання 48,8 % йдуть на стаціонарну допомогу, 28,6 % – на амбулаторну допомогу, 18,4 % – на медикаменти, 2,7 % – на протези, 1,5 % – на транспортування хворих. Кожен француз розуміє, що хвороба може призвести до втрати прибутків і матеріальних благ, отже старанно слідкує за станом свого здоров'я і не економить на профілактиці захворювань та засобах, які забезпечують здоровий спосіб життя [2, с. 3-6].

Подібним шляхом у реформуванні системи охорони здоров'я рухається Австрія. Міністерство охорони здоров'я Австрії взяло курс на превентивну медицину, що закладено в основі прийнятого в 2005 році Акту про реформування охорони здоров'я. Наріжним каменем вказа-

ного документа є диспансеризація. Диспансерні огляди фінансуються за рахунок державних страхових фондів і є безкоштовними для австрійців, які досягли вісімнадцятирічного віку. Для контролю за проведенням профілактичних оглядів створені спеціальні служби, інтегровані в систему соціального забезпечення. Для надання медичним працівникам юридичної підтримки і адміністрування внутрішнього пенсійного фонду в Австрії створена Австрійська медична рада, яка представляє інтереси медиків в уряді. Австрійська медицина перебуває на високому рівні, що підтверджують статистичні дані, які вказують на зростання середньої тривалості життя. У 2004 році цей показник перевищив 76 років для чоловіків і 82 роки – для жінок. За прогнозами, вже у 2030 році тривалість життя пересічного австрійця становитиме 80 років. З середини 1990-х років населення Австрії збільшилося на 500 тисяч, при загальній кількості мешканців 8,21 млн. Збільшення загальної тривалості життя в Австрії призвело до зростання відсотку населення зрілого та похилого віку. 22 % австрійців є старшими за 60 років. За прогнозами, до 2015 року цей показник зросте до 25 %, а до 2030 року – до 32 %. У 2004 році працездатне населення склало 62 %, а в 2030 році, за прогнозами експертів, ця цифра становитиме 55 %. Реформуванням системи охорони здоров'я в Австрії займаються Міністерство охорони здоров'я і захисту прав жінок, провінційні і муніципальні ради, організації соціального страхування. На допомогу їм були створені Федеральне медичне управління і Провінційні медичні комітети. Функціями Федерального медичного управління є планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині. У Федеральну медичну комісію, яка є центральним органом Федерального медичного управління, входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міських рад, благодійних організацій, комітетів із захисту прав пацієнтів і фондів соціального страхування. Провінційні медичні комітети, враховуючи економічні і регіональні потреби окремих провінцій, трансформують та запроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації, розроблені Федеральним медичним управлінням. В Австрії функціонує багатопрофільна система соціального страхування, яка передбачає надання допомоги населенню при нещасних випадках, у вигляді пенсійних виплат, проведенні необхідних медичних процедур та маніпуляцій при захворюванні, інвалідності, вагітності і народженні дитини, безробітті, смерті годувальника та настання старості. Всі організації, які надають страхові послуги населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка співпрацює з федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється за рахунок внесків застрахованого населення, або роботодавців. Розмір страхових внесків визначаєть-

ся рівнем річних доходів, за умови, якщо сума останніх не перевищує певного рівня (у 2005 році – 3630 євро на місяць для службовців і 4235 євро – для фермерів і приватних підприємців). Члени сім'ї застрахованого можуть отримувати медичну допомогу за його рахунок, навіть якщо вони не сплачують страхові внески самостійно. Таким чином, 98 % населення Австрії охоплені медичним соціальним страхуванням, яке покриває витрати на медичну допомогу, медикаменти, стаціонарне лікування, медсестринський догляд у домашніх стаціонарах, психотерапію і психологічну діагностику. Пацієнт може звернутися до будь-якого лікаря, який співпрацює з страховою організацією, що видала страховий поліс. Всі медикаменти, що відповідають Економічним протоколам з використання медикаментів та медичного обладнання, можна отримати в будь-якій аптеці за рецептом за рахунок соціальних фондів. Страховка надає кожному громадянину Австрії можливість лікуватися амбулаторно та стаціонарно без обмеженого часу перебування в клініці. 70 % закладів стаціонарного типу припадає на шпиталі, які фінансуються за рахунок соціальних фондів. Є загальний і спеціальний типи оплати за стаціонарне лікування. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, решту часу перебування у клініці оплачують соціальні фонди. Спеціальні фінансові витрати на лікування частково покриваються державою з соціального бюджету, решту пацієнт зобов'язаний оплатити сам, або за допомогою додаткових медичних страховок. Якщо пацієнт бажає покращити умови перебування у клініці, самостійно вибрати лікаря, то він повинен зробити додаткові страхові вклади в комерційні компанії, які встановлюються залежно від стану здоров'я пацієнта, професійних та спадкових факторів. Такими послугами користується близько 30 % населення Австрії. В Австрії працювати в сфері охорони здоров'я дозволяється лише спеціалістам з медичною освітою. У 2004 році в Австрії працювало 38422 лікарі: 11716 – терапевти, 16426 – вузькі спеціалісти, 4106 – стоматологі, 6174 – лікарі-інтерни. Виготовлення, розповсюдження та використання фармацевтичних препаратів в Австрії строго регламентовані законодавством, яке діє в рамках національної політики охорони здоров'я і захищає права споживачів. Існує ряд правил, що дозволяють контролювати обіг медикаментів на території держави. По-перше, лікарські препарати можна придбати лише за рецептом в аптеках (виняток становлять вітамінні препарати і трав'яні чаї). По-друге, існує ряд вимог до організації роботи аптек: відстань до найближчої аптеки не може бути менше 500 м, а кількість потенційних клієнтів – не менше 5500, послуги повинні надаватися цілодобово і без вихідних, аптека повинна володіти досвідченим персоналом, відповідними торговими приміщеннями і складами [3, с. 10-11].

Серед країн з високою якістю медичного обслуговування слід виділити Німеччину. Майже кожен мешканець Німеччини має гарантований доступ до високоякісного комплексного медично-

го обслуговування та вибору лікарів. У Німеччині, як і в Австрії, існує система медичного страхування, яка базується на функціонуванні приватних страхових фондів та державного обов'язкового страхування. Останнє охоплює приблизно 89 % населення, тоді як приватну страховку мають лише 9 % німців. 2 % населення або зовсім не застраховані, або підлягають особливим видам страхування. Уряд здійснює контроль відповідності дій лікувальних фондів до діючого законодавства, але не бере безпосередньої участі в організації медичної допомоги. Згідно даних Організації економічного співробітництва і розвитку, Німеччина витратила на надання медичної допомоги у 2001 році 222 мільярди євро, що складає 10,7 % ВВП і ставить цю державу на перше місце за рівнем витрат на охорону здоров'я у світі. Систему обов'язкового державного страхування складають численні фонди, яких у 2004 році налічувалося близько 287. Всі фонди можна розділити на категорії: локальні медичні страхові фонди, профспілкові фонди, галузеві фонди, фонди медичного страхування для працівників великих компаній, аграрні фонди, морський фонд медичного страхування, шахтарський фонд. Страхові внески працівників та роботодавців у фонди державного обов'язкового страхування становили у 2006 році 13,3 % від загального доходу. Державний еквівалент цих внесків розраховується як фіксована ставка від зарплатні і розділяється порівну між працівником та роботодавцем, крім 0,9 % спеціальних внесків на стоматологічні послуги і оплату лікарняного, які з 2005 року повинні оплачуватися лише фізичними особами. Право на приватну медичну страховку мають приватні підприємці, державні службовці та особи з щорічним доходом більше 47250 євро. Біля 50 приватних страхових організацій пропонують своїм клієнтам ширший перелік послуг, які не входять до стандартного переліку державного обов'язкового страхування. Власники приватного страхового полісу мають можливість перебувати в індивідуальній або 2-місній палаті, консультуватися у кращих спеціалістів, отримувати додаткові внески за препарати. Однак, ця система має ряд недоліків. Приватна страхова компанія визначає розмір страхових внесків залежно від ступеня ризику, віку, статі та стану здоров'я клієнта і має право відмовитися від надання послуг або радикально змінювати умови для осіб з відповідними демографічними даними. Ті особи, які перейшли на приватне медичне страхування, до кінця життя не можуть повернутися до державного страхування і зобов'язані сплачувати додаткові внески за дітей та дружин і оплачувати медичні послуги самостійно з відтермінованою компенсацією від страхового агента. Законодавство Німеччини зобов'язує страхові фонди державного та недержавного характеру здійснювати оплату за амбулаторне, стаціонарне та стоматологічне лікування. Пацієнти можуть самостійно вибрати сімейного лікаря чи звертатися безпосередньо до спеціаліста, проте вибір лікувально-профілактичного закладу узгоджується з представником фонду [4, с. 16-17].

Не дивлячись на те, що система охорони здоров'я Німеччини вважається чи не найкращою у світі, вона має певні недоліки. Для їх усунення у 2004 році був прийнятий Акт про модернізацію обов'язкового медичного страхування, який ввів нові критерії співоплати та заходи стримування росту вартості медичних та фармацевтичних послуг; стандартизував рівні співоплати в різних секторах охорони здоров'я; надав можливість лікарням, в окремих випадках, надавати амбулаторну допомогу; наголосив на значенні післядипломної освіти; стимулював створення Інституту якості та економічної ефективності системи охорони здоров'я [5, с. 22].

**Висновки і перспективи подальшого дослідження.** Вивчення європейського досвіду функціонування систем охорони здоров'я дає можливість запропонувати шляхи реформування вітчизняної медицини. Для покращення функціонування системи охорони здоров'я України доцільно органам державного управління поширювати превентивні заходи у медицині; контролювати дотримання прав пацієнтів; сприяти розширенню ролі громадськості у визначенні напрямків розвитку системи охорони здоров'я (шляхом анкетування та соціологічних опитувань); контролювати та збільшувати обсяги фінансування медицини та ефективне

використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів; сприяти переходу закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку. Заходи економічного характеру повинні включати зміну статусу організацій, що надають медичну допомогу; зміну порядку фінансування цих закладів і запровадження договірних взаємовідносин між пацієнтами та фізичними особами, що надають медичні послуги; встановлення єдиних уніфікованих підходів до визначення вартості медичних послуг та єдиних тарифів на них. Важливим кроком у налагодженні надання медичної допомоги населенню України є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке б гарантувало отримання мінімального рівня медичних послуг застрахованим особам; пропагування та стимулювання розвитку приватного добровільного медичного страхування для забезпечення додаткового рівня, вищого, ніж гарантований обов'язковим медичним страхуванням. Це допоможе змінити ставлення пацієнтів до свого здоров'я, підкреслить значення профілактики захворювань, сприятиме формуванню конкурентних стосунків між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я і дозволить підвищити якість та доступність медичної допомоги.

#### Список літератури:

1. Пасиешвили Л. М. Семейная медицина Нидерландов // Украинская медицинская газета. – 2006. – № 6. – С. 12.
2. Гаврилюк С. Медична допомога у Франції. Чи потрібно орієнтуватися на західні стандарти? // Медична сестра. – 2006. – № 6. – С. 3-6.
3. Нагребецкий А. Здравоохранение в Австрии, или что такое современная европейская медицина // Здоров'я України. – 2007. – № 8. – С. 10-11.
4. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему // Здоров'я України. – 2007. – № 5. – С. 16-17.
5. Каунцингер Б. Реформування системи охорони здоров'я в Німеччині // Украинская медицинская газета. – 2006. – № 3. – С. 22.

**Дуб Н.Е.**

Львовский медицинский колледж имени Андрея Крупинского

## СРЕДСТВА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ НА ОСНОВЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

### Резюме

Предложенные пути реформирования отечественной медицины и механизмы государственного управления в отрасли здравоохранения на основе зарубежного опыта, в частности стран Европы. На конкретных примерах организации медицинской помощи в Нидерландах, Австрии и Германии продемонстрированы возможные средства трансформации системы предоставления медицинских услуг населению Украины. Подчеркивается роль органов государственного управления в упомянутых процессах, что обязывает прислушиваться к рекомендациям компетентных органов. Ставится вопрос о распространении превентивных мероприятий в медицине, переход заведений здравоохранения на новые стандарты управленческого и бухгалтерского учета, внедрения общеобязательного государственного социального медицинского страхования. Подчеркивается роль частного добровольного медицинского страхования для обеспечения дополнительного уровня медицинских услуг застрахованным лицам, выше, чем гарантированный обязательным медицинским страхованием.

**Ключевые слова:** страховая медицина, страховые кассы, фонды государственного и негосударственного медицинского страхования, общеобязательное государственное социальное медицинское страхование, частное добровольное медицинское страхование.

**Dub N.E.**

Lviv medical college the name of Andrey Krupinskogo

## **MEANS TO REFORM PUBLIC HEALTH SYSTEM IN UKRAINE ON THE BASIS OF FOREIGN EXPERIENCE**

### **Summary**

The ways of reformation of native medicine and mechanisms of state administration in the sphere of public health on the basis of foreign experience, in particular European countries, are suggested. Possible facilities for transformation of the system, that provides medical services for the population of Ukraine, are shown on the concrete examples of organization of medical care in Netherlands, Austria and Germany. It is accented the role on state authorities in the above-mentioned processes, that obligates competent authorities to consider these recommendations. Currency of preventive measures in medicine, transition of health care establishments on new standards of administrative and book-keeping account, introduction of compulsory state social medical insurance are discussed. The role of private voluntary medical insurance is underlined for providing of additional level of medical services to the insured persons; its level is higher, than assured obligatory medical insurance.

**Key words:** medico-actuarial science, insurance cashdesks, funds of state and unstate medical insurance, obligatory state social medical insurance, private voluntarily medical insurance.