

**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**



ДЕРЖАВНА МОДЕЛЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я БЕВЕРІДЖА НА ПРИКЛАДІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВЕЛИКОБРИТАНІЇ



**Ст. викладач
Сміянова О.І.**

Система охорони здоров'я, що увійшла в історію як система **Беверіджа, народилася в Англії у 1948 р. й збереглася там у класичному вигляді (хоча й зазнає суттєвих реформ упродовж останніх десятиліть).**



Великобританія створила свою Національну службу охорони здоров'я після Другої світової війни (в кінці 40-х років ХХ століття). Створення її було зв'язане з недоліками існуючої системи, що базувалася на приватному та добровільному страхуванні.

Лорд В. Беверідж в своїй доповіді Парламенту обґрунтував необхідність створення в країні національної системи охорони здоров'я, яка б гарантувала населенню безкоштовне медичне обслуговування на принципах справедливості і доступності незалежно від індивідуальної можливості платити.

У Великобританії 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.**

Переважає частина (95%**) медичних установ належить державі.**

Нині гордістю Сполученого Королівства є **Національна служба охорони здоров'я (National Health Service — NHS)**, адже вона забезпечує всі верстви населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою, контролює і оплачує діяльність багатьох медичних установ.

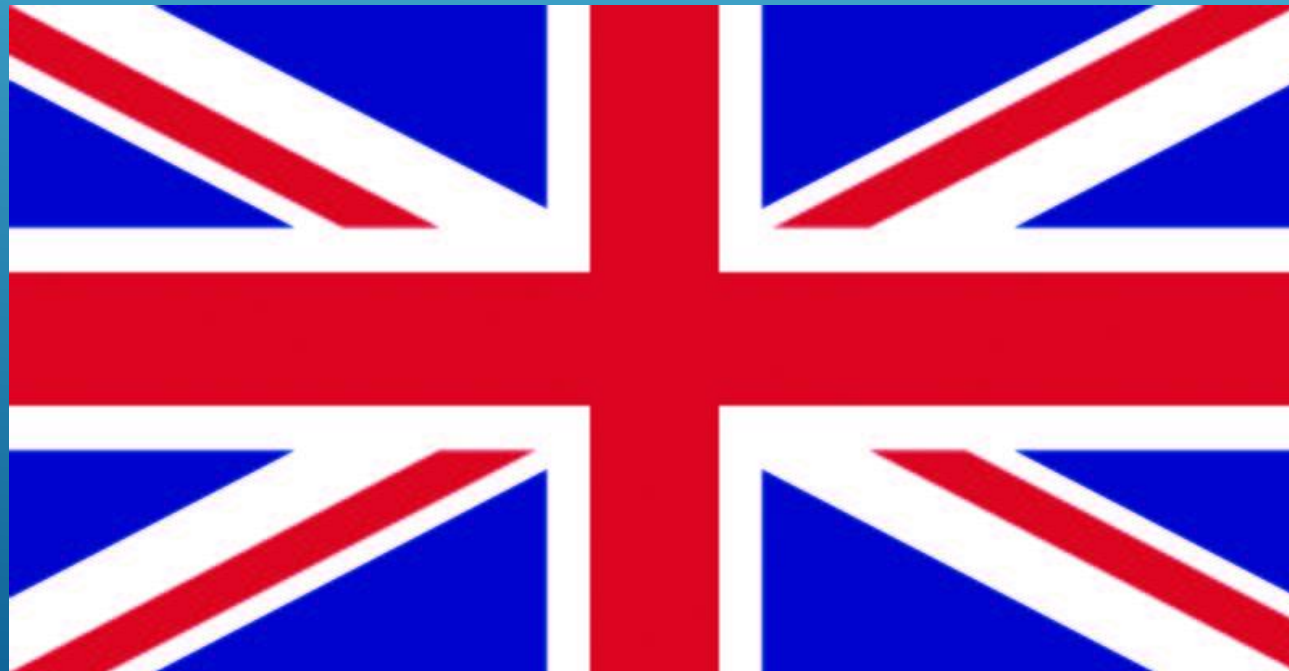
Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є **Департамент охорони здоров'я**. Цей урядовий орган створює і контролює впровадження законів, нормативних актів в медичній галузі. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS.

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.

NHS в Великобританії фінансується з загальних надходжень в бюджет.

Великобританія надає безкоштовне медичне обслуговування всім, хто має право на проживання в країні, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на концепції NPSPM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я.

NHS об'єднує чотири державні медичні системи: Англії, Північної Ірландії, Шотландії та Уельсу. Кожна з них працює незалежно одна від одної і політичну відповідальність за їх роботу несе уряд відповідної адміністративної одиниці.



Фінансовою основою NHS є надходження від податків, які становлять бюджет охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів.

NHS надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування.

Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медсестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені добровільними пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS.

В існуючій у Великобританії системі охорони здоров'я максимально використані переваги існування в країні **ринку медичних послуг із збереженням контролю держави за якістю надання медичної допомоги. Основним механізмом було вибрано розподіл функцій фінансування медичних закладів та безпосереднього надання медичної допомоги. Такий підхід привніс в систему державно організованої системи охорони здоров'я стимули, які забезпечують конкуренцію з приватним сектором. Державні та приватні медичні заклади конкурують між собою за одержання державних фінансових ресурсів.**

У Великобританії існує специфічний механізм надання медичної допомоги, в основу якого покладено державний принцип організації охорони здоров'я. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів із здоров'ям пацієнт має записатись на прийом до закріпленого лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Лікар загальної практики установлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та на консультації до вузьких спеціалістів.

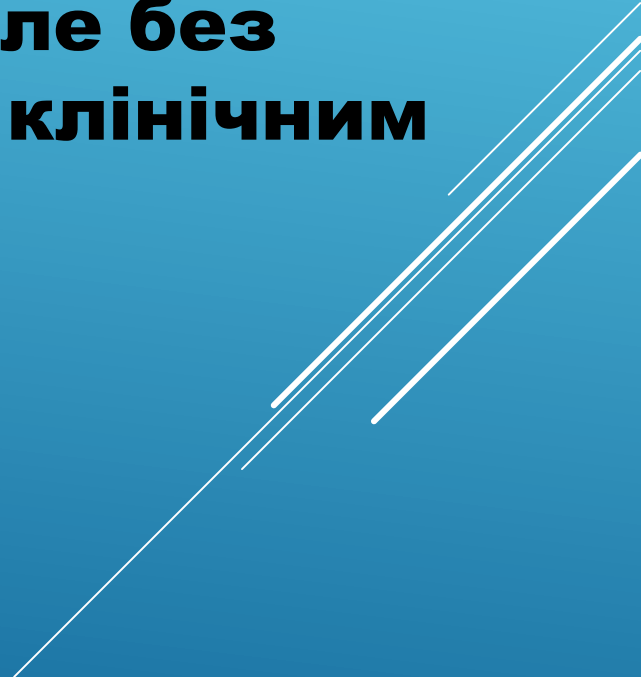
Британська національна система охорони здоров'я надає суттєві пільги на придбання лікарських засобів. Деяким категоріям громадян вони надаються безкоштовно: дітям та підліткам у віці до 16 років; студентам до 18 років; особам похилого віку, яким виповнилося 80 років. Для пенсіонерів діє система знижок на фармацевтичні препарати, яка визначається розміром пенсії та рівнем добробуту. Інше населення купує лікарські засоби за єдину ціну, яка встановлюється державою і становить близько \$10.

Служба охорони здоров'я надає широкий спектр медичних послуг, переважно безкоштовних для жителів Великої Британії. У вигляді прямих платежів пацієнти оплачують приватне лікування в установах NHS, безрецептурні лікарські засоби, офтальмологічну та соціальну допомогу.

За стоматологічні послуги і рецептурні препарати, що надаються в рамках NHS, із пацієнтів стягуються співплатежі, від яких звільнені громадяни віком до 16 і понад 60 років, а також незаможні верстви населення.



Паралельно з NHS діє приватна медицина, яка, по суті, є дзеркальним відображенням державних амбулаторій, клінік, кабінетів фахівців, але без обов'язкової відповідності національним клінічним рекомендаціям і стратегічним планам Департаменту охорони здоров'я.

The image features a solid blue background. In the bottom right corner, there are several white, parallel diagonal lines that create a sense of movement and modern design.

Приватний сектор значно менший за NHS і не має такого розмаїття закладів. У Сполученому Королівстві — понад 300 приватних госпіталів. Більшість із них організовані бізнес-структурами, а NHS надає пацієнтам можливість лікуватися у приватних відділеннях громадських лікарень. Усі недержавні клініки повинні отримати ліцензію у місцевого підрозділу NHS, який перевіряє їх щонайменше двічі на рік.



Моніторинг лікарень NHS здійснюють національні інспектори. Поширеними є приватні практики лікарів широкого профілю, які водночас працюють в NHS.



Дедалі більшої популярності у Сполученому Королівстві набуває недержавне медичне страхування, розроблено безліч видів полісів для всіх груп населення. Чимало роботодавців включають комерційні страховки у соціальний пакет або пропонують їх як складову зарплати.

95% амбулаторної допомоги в країні надається незалежними лікарями загальної практики, які найчастіше працюють групами. Основний принцип оплати — «гроші йдуть за пацієнтом» — надає пацієнтам право вільного вибору такого лікаря, гонорар якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Звернення до лікаря загальної практики (який у разі необхідності надає направлення до «вузьких» фахівців) безкоштовне для пацієнта.

Якщо ж хворий вирішить звернутися до спеціаліста на «вторинку» з власної ініціативи — йому доведеться платити за такий візит із власної кишені (окрім випадків невідкладної допомоги). Платні медичні послуги у Великій Британії — одні з найдорожчих у світі.

Реформи ОЗ, здійснені М. Тетчер, спонукали лікарів загальної практики об'єднуватися у групи фондотримачів, а реформи Т. Блера взагалі зобов'язали лікарів до цього. Завдяки цьому Великій Британії вдається витратити на охорону здоров'я, порівняно з іншими розвиненими країнами, майже вдвічі менше коштів.

Самі лікарі стали зацікавленими в гарних показниках здоров'я населення (що менше хворіють пацієнти, то більше коштів економить фондотримач). Вони не лише домоглися зменшення частоти направлень пацієнтів до «вузьких» спеціалістів і стаціонарів, а й почали приділяти більше уваги профілактиці (запрошують до співпраці за угодами лікарів-дієтологів, фізіотерапевтів, «вузьких» фахівців, тісніше співпрацюють із медико-соціальними службами тощо).

У Великобританії лікар загальної практики сам вирішує, чи потрібне хворому стаціонарне лікування, бере участь у веденні свого пацієнта в лікарні, здійснює післялікарняне обслуговування. По суті, його диспетчерська функція інтегрує систему надання медичної допомоги. Отримуючи кошти для організації медичної допомоги пацієнту «за рамками» власної діяльності, лікар орієнтується на кінцеві результати лікування хворого, тож вимушений укладати угоди з тими стаціонарами, які здатні надати якісну допомогу за прийнятними цінами, тобто шукає найефективніших партнерів.

Останнім часом у NHS різко змінилося «співвідношення сил» між стаціонарами та первинною ланкою — на користь останньої. Однак з'явилися і тривожні дзвіночки — про обмеження доступності стаціонарної допомоги та консультацій вузьких фахівців, до яких пацієнтів спрямовує (чи не спрямовує) фондотримач.

Внаслідок останніх реформ частина лікарень отримала статус самоврядних організацій — лікарняних трастів NHS. Держава залишилася власником таких лікарень, однак право управління ними перейшло до трастів. Вони отримали додаткові права і зобов'язані формувати свої доходи тільки за рахунок надходжень за угодами. Органи управління не беруть участі в оперативному управлінні трастами.



NHS відрізняється від інших суспільних систем охорони здоров'я не лише тим, що покриває витрати на медичні послуги, а й тим, що наймає величезну кількість лікарів і медичних сестер, які ці послуги надають. NHS Великої Британії є п'ятим за потужністю роботодавцем світу.



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 соціальній 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.

Крім лікарів загальної практики і приватної медицини, існує спеціальний медичний сервіс **walk in, що працює за принципом «прийшов — допомогли». 7 днів на тиждень з 8.00 до 20.00 пацієнт може звернутися до такого центру у будь-якому місті на території всієї країни та отримати консультацію.**

Можна також викликати лікаря додому, якщо хворий не може дістатися до центру самостійно, але стан його здоров'я не настільки тяжкий, щоб викликати швидку допомогу.

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.**

Проблеми NHS

Проблемою системи охорони здоров'я Великобританії є недофінансування галузі – витрати складають лише **7,5% ВВП.**

По деяких видах медичних послуг введено нормування. Це перш за все відноситься до процедури гемодіалізу, операціях на серці та високовартісним методикам лікування та процедурам. Пацієнти у важкому стані або похилого віку навіть можуть отримати відмову у їх наданні.

Проблеми NHS

Інша проблема – це так звані «листи очікування». Це стосується як лікарень, так і візитів до лікарів загальної практики. Суспільство занепокоєне, так як затримка діагностики і лікування складає загрозу життю пацієнтів.

На офіційному рівні було закріплено, що термін очікування у випадку діагностичних обстежень не повинен перевищувати 18 тижнів. На практиці більшості спеціалістів вдається вкластись в цей термін лише у 30-50% випадків.

У Великій Британії, як і в інших європейських країнах, існує багаторівнева система професійної підготовки медичних сестер — особливий інтерес викликає система університетської освіти. Першим науковим ступенем, який надається в університетах медичним сестрам, є ступінь бакалавра. Програми бакалаврату орієнтовані на підготовку клінічних медичних сестер високого професійного рівня. До речі, одним із головних обов'язків медсестри-бакалавра є навчання пацієнта і членів його сім'ї методам профілактики та питанням надання невідкладної медичної допомоги.

Навчати медичних сестер можуть їхні ж колеги, які мають ступінь магістра сестринської справи.



Навчання за програмою докторантури дає медичним сестрам право обіймати посаду викладача магістерських програм і передбачає захист дисертаційної роботи. Так склалося історично, що у Великій Британії медичні сестри поділяються на окремі спеціалізації: медсестри загальної підготовки за спеціальностями «Хірургія», «Терапія», «Кардіологія» тощо; медсестри по догляду за психіатричними хворими; по догляду за розумово відсталими людьми; по догляду за дітьми; медсестри-акушерки.

Більшість британських студентів обирають першу спеціалізацію загальної підготовки, яка визначає широкий вибір усіх основних спеціальностей.

Усі дипломовані медсестри реєструються у Головній раді із сестринської справи та акушерства, і лише після цього вони можуть отримати роботу в лікарні. Однією з форм організації сестринської допомоги у Великій Британії є общинні стаціонари (приблизно на 50 ліжок), де немає лікарського персоналу і більшість послуг (проста невідкладна допомога, мала хірургія) надається медсестрами. Вартість лікування у таких стаціонарах значно менша, ніж у потужних лікарнях, водночас існування таких стаціонарів збільшує доступність медичної допомоги населенню.

У NHS існують усталені традиції оцінювання діяльності системи ОЗ на загальнонаціональному та регіональному рівні (за цільовими показниками). Перший набір таких показників було розроблено в Англії у 1983 році (їх було понад 500, і здебільшого вони стосувалися клінічної сфери).



Британціі час від часу «впускають свіже повітря» у національну систему охорони здоров'я. У 1997 році її «спіткала» комплексна реформа, яка не зачепила основні устої системи, однак запровадила систему фінансування стаціонарів за результатами їх діяльності, розширила спектр послуг приватного сектора ОЗ, надала лікарням більше автономії в управлінні, а пацієнтам — право вибору стаціонару для одержання окремих видів медичної допомоги, впровадила новий вид контрактів для лікарів загальної практики, лікарів-консультантів та стоматологів, передбачила створення Національного інституту медичної та клінічної майстерності й Комісії із забезпечення якості медичної допомоги (для регулювання діяльності виробників медичних послуг і моніторингу якості медичної допомоги).

Впродовж 2001-2005 років діяла так звана **зіркова система рейтингу — вона передбачала щорічну оцінку лікарень і присвоєння їм «зірок» ефективності (вже за 40 цільовими показниками та індикаторами клінічної діяльності). Система передбачала преміювання за рейтинг «три зірки» і санкції за рейтинг «нуль зірок» — наприклад, через збільшення або скорочення ступеня фінансової незалежності.**

В деяких цільових напрямках (наприклад, час очікування) система дала відчутні результати — кількість пацієнтів, які чекали на медичну допомогу у відділеннях травматології понад 4 години, скоротилася з 23% у 2002 р. до 5,3% у 2004 р.

Також багато фондів змогли досягти 75-відсоткового цільового показника з надання невідкладної допомоги протягом 8 хвилин, значно зменшилася кількість пацієнтів, які очікували планової госпіталізації тощо.

У 2006 році систему зіркового рейтингу змінили «щорічні медичні огляди». Ця модель оцінювання враховувала ширше коло аспектів, у тому числі й завдяки можливості отримувати інформацію від користувачів і постачальників послуг. Крім цього, у 2009 році були впроваджені щорічні «звіти про якість» постачальників послуг NHS перед населенням. Вони охоплювали ще ширший спектр показників якості клінічної діяльності, відокремивши їх від фінансових показників.

Система **Vital Signs («Основні показники життєдіяльності»), впроваджена у 2007-2011 роках, передбачала, що організації NHS щороку розробляли власні плани з втілення загальнонаціональних пріоритетів та звітували про їх виконання. Система Vital Signs створювалася як схема моніторингу і не аналізувала причини недостатньої ефективності діяльності та шляхи вирішення проблем.**

Зрештою, з'явилася нині діюча система оцінювання — **Outcomes («Кінцеві результати»). Вона містить набір показників, що охоплюють усі три компоненти визначення якості (ефективність, відгуки пацієнтів і безпека). Мета **Outcomes** — відійти від показників процесу і зосередитися на кінцевих результатах. Ще одне важливе завдання — відмовитися від жорсткого централізованого планування та обговорення очікуваних результатів і перевести це на місцевий рівень. Система використовується з 2013 року і щорічно оновлюється, забезпечуючи максимальну актуальність показників.**

Такі підходи значно вплинули на політику визначення пріоритетів, надання послуг ОЗ на всіх рівнях і внесли свій вклад у створення культури управління. Вони зорієнтували NHS на досягнення кінцевих результатів і високу якість роботи. До того ж моніторинг діяльності за допомогою встановлення цільових показників підвищує підзвітність адміністраторів системи ОЗ та організацій, що замовляють послуги, і мотивує їх до якісної роботи.



У 2010 році NHS констатувала нові проблеми, й уряд країни заявив про намір продовжити масштабні реформи галузі починаючи з 2013 року. Реформування передбачало підвищення ролі місцевого самоврядування у забезпеченні громадського здоров'я. Уряд ініціював передачу контролю над бюджетними коштами ОЗ з рук бюрократів у міністерствах у руки лікарів загальної практики, які й відповідатимуть за витрачання державних коштів (така ініціатива стосується лише Англії). Передбачалось, що реформа допоможе скоротити бюрократичний апарат.

Пацієнти державних лікувальних закладів отримали право виставляти оцінки лікарю після кожного візиту (за 10-бальною шкалою). Така практика поки що впроваджується тільки в Англії. Нею буде охоплено понад 8000 лікувальних закладів NHS різного рівня — від амбулаторії до відомої лондонської клініки.

Хворі можуть виставляти свої оцінки на сайті NHS, за ними визначатимуть середньоарифметичний бал, про який знатимуть і керівники ЛЗ, і їхні потенційні клієнти (якщо вони захочуть ними бути). Пацієнтам пропонують виставляти оцінки, враховуючи не тільки дії лікаря, але і ввічливість медсестри в реєстратурі, і навіть наявність безкоштовної автомобільної стоянки біля лікувального закладу.



Останній «хіт реформ» ОЗ у Великій Британії — лікарі офіційно здійснюють прийом пацієнтів через Skure. Також МОЗ змінило графік роботи амбулаторій — відтепер вони працюватимуть увечері й у вихідні дні.

На «революцію в медицині» уряд країни у 2014 р. виділив 50 мільйонів фунтів стерлінгів. Населення країни, де середня тривалість життя чоловіків становить 79, а жінок — 83 роки, дуже позитивно оцінює рідну систему охорону здоров'я — 7 із 10 опитуваних осіб запевняють, що отримують якісну медичну допомогу від NHS.

Дякую за увагу!

