Міністерство освіти і науки України

Сумський державний університет

Медичний інститут

Методичні вказівки

Для підготовки до практичних занять змістового модуля 2

(теми 4-8) **«Базові системи охорони здоров'я»**

із дисципліни **«Системи охорони здоров'я. Основи медичної та соціальної політики» (модуль 1)**

для студентів 2 курсу

спеціальності 229 «Громадське здоров'я»

денної форми навчання

Суми

Сумський державний університет

2020

Методичні вказівки «Базові системи охорони здоров’я» до змістового модуля 2 (теми 4-8) / укладачі: зав. каф. громадського здоров’я, д. м. н., проф. В. А .Сміянов, ст. викладач О.І. Сміянова – Суми : Сумський державний університет, 2020. –.

Кафедра громадського здоров'я

Теми 4-8. БАЗОВІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Країни, члени Організації економічної співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:
- забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;
- висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;
- макроекономічна ефективність: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено у 2 міжнародних правових актах:
- Конвенції МОП "Про мінімальні норми соціального забезпечення" за № 130 від 1952 р., (стаття 10);
- Конвенції МОП "Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням" за № 130 від 1969 р., (стаття 13);

Конвенція МОП визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають забезпечуватись населенню:
- загальна лікарняна допомога, зокрема допомога вдома;
- допомога, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим;
- допомога спеціалістів, яка може надаватись за межами лікарні;
- відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;
- госпіталізація за показаннями;
- стоматологічна допомога, якщо вона передбачена національним законодавством;
- медична реабілітація, в тому числі надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

У кожній країні існують конкретні проблеми в галузі охорони здоров'я, які вирішуються державними програмами. Наприклад, суспільні програми допомоги матерям і дітям, у яких медична допомога доповнюється грошовою допомогою при народженні дитини.

Додаткова медична допомога, на відміну від соціального страхування, передбачає конкретний достатній розмір медичної допомоги. Достатність такої допомоги визначається відповідним законодавством кожної країни.

Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Всі існуючі моделі відрізняються хоча по одному з нижчезазначених показників, що є критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я:
- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики:
- відношення власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг);

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- платна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- державна медицина, що фінансується з державного бюджету;

- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країни модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Саме тому практично в кожній країні система фінансування галузі не існує в "чистому" вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється.

У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами:
- замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;
- темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак;
- загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах;
- обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 1.

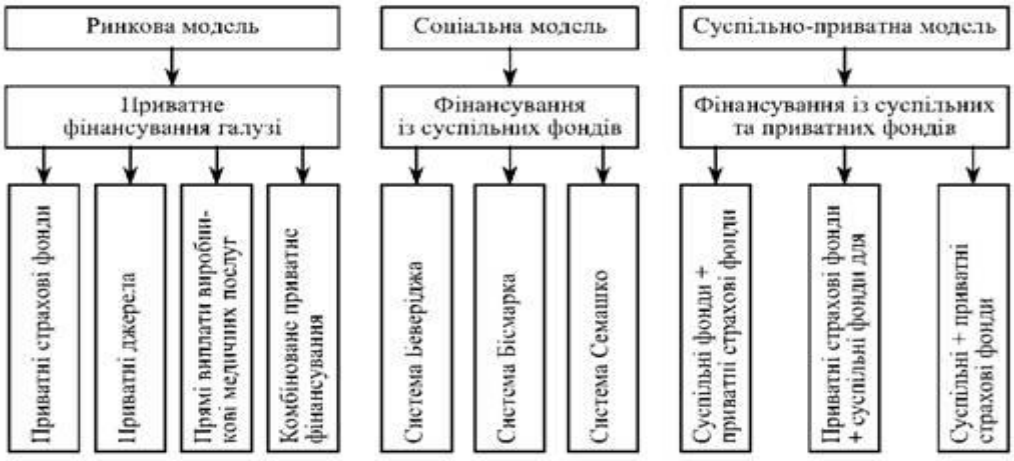

Рис. 1. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.

2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.

3. Вільних вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямах:
- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;
- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

Усі перелічені на рис. 1 моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або лібертарній. Останніми роками характерні пошуком золотої середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої привілеї.

В основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий - за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

Еволюційний розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в напрямі послаблення державних функцій забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг.

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції:
- уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я;
- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення.

Для сучасної охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. В країнах, у яких роль держави в організації охорони здоров'я була провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальних органам влади. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нераціонального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення. Сучасні системи медичного страхування в Європі переважно децентралізовані.

Для розвитку сучасних моделей організації охорони здоров'я характерні тенденції до оптимізації медичного обслуговування. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я використовується принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування. В ефективній системі охорони здоров'я має бути впроваджено лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості або тяжких та хронічних. Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я приводить до ситуації, коли 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта - вузькоспеціалізованими медичними працівниками. При цьому

спостерігається висока частка медичної допомоги, що надається середнім медичним персоналом.

Тенденції розвитку моделей охорони здоров'я в XXI ст. вказують на особливу роль конкуренції в галузі. Оптимальна конкуренція приводить до ситуації, коли страховики додають максимум зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальну ціну.

Ринкова модель організації охорони здоров'я

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;

- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;

- внески з приватних джерел;

- прямі виплати виробникові медичних послуг;

- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни поряд з ринковою моделлю використовують і інші. Або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування. В табл. 1 наведено аналіз джерел фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу.

Таблиця 1

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Країна	Приватне фінансування, %	Суспільне фінансування
1. США	56	44
2. Австрія	34	66
3. Німеччина	27,5	72,5
4. Японія	26,2	73,8
5. Франція	26	74

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медичних закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти - їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Переваги ринкової моделі охорони здоров'я:
- стимуляція розвитку нових медичних технологій;
- забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;
- постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;
- жорстка вибраковка економічно неефективних технологій та стратегій;
- мобільність ресурсів.

Недоліки ринкової моделі охорони здоров'я:
- нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг;
- посилення впливу реклами та "моди";
- нединамічність на національному рівні.

Ринкова модель організації охорони здоров'я, з одного боку, одна з найякісніших, з іншого - одна з найбільш високо затратних. Наприклад, в США витрати на обслуговування галузі охорони здоров'я становлять 14 % ВВП. В умовах ринкової моделі організації охорони здоров'я пацієнт постійно змушений приймати рішення: в який ринок (фінансовий чи страховий) вкласти свої збереження.

З економічної точки зору ринкова модель неефективна, що потребує перевитрат коштів. Система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не надає соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги, тобто не має такої властивості, як доступність для всіх проверст населення.

Соціальна модель охорони здоров'я

Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:
1) податки у суспільні фонди;
2) внески в суспільні фонди медичного страхування;
3) змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів.

Система фінансування із суспільних фондів може бути змішаною, що реалізується за рахунок податків та страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії.

На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах.

Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватись на базі:
- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінціальної) системи оподаткування;
- системи податків місцевого значення;
- комбінації трьох названих систем оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

♦ Система Бісмарка (модель соціального страхування);

♦ Система Беверіджа;

♦ Система Семашка.

Система Бісмарка (модель соціального страхування)

Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів, які становлять майже 80 % сукупних видатків на охорону здоров'я.

Переваги системи Бісмарка:
- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населенні країни. Недоліки системи Бісмарка:
- великий адміністративний апарат;
- складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Система Беверіджа (універсалістська)

Система Беверіджа - система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична

допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей.

На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Бевері-джа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування.

Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Переваги системи Беверіджа:
- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- відносна проста система оплати праці в галузі.

Недоліки системи Беверіджа:
- відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Система Семашка

Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує

система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР - республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні - обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охороною здоров'я. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашка:
- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;
- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених *коштів.*

Недоліки системи Семашка:
- низькі показники розвитку медичної допомоги;
- відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
- низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Моделі Беверіджа та Семашка відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансування галузі.

До основних привілеїв таких систем відносяться:
1. Макроефективність Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективне використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.
2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.
3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.
4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.
5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована.

Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікаря.

Суспільно-приватна модель охорони здоров'я

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами.

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів.

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів - на рахунок приватного страхування.

Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів

Страхова медицина - система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Медичне страхування - система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхової медицини та медичного страхування - забезпечення громадянам соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

Завдання медичного страхування:
- посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;
- контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Впровадження страхової медицини в багатьох країнах мало ряд позитивних наслідків:
- гармонійне доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- контроль якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення;

- реалізація права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря;
- впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами;
- мотивація праці медичних працівників.

За даними ВООЗ, понад 30 країн Організації економічного співробітництва і розвитку використовують різноманітні системи страхової медицини, за якими компенсується майже 74 % витрат на медичну допомогу.

Системи медичного страхування розрізняються за принципами управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.

Існують такі моделі медичного страхування:

♦ обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;

♦ загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);

♦ загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);

♦ державна монополія на медичне страхування

Державна (бюджетна) система медичного страхування фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету. Впроваджена в Англії, Італії, Данії, Ірландії.

Соціальна система медичного страхування

Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий - за людину похилого віку, заможній - за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують. Соціальна система медичного страхування впроваджена у Франції, Бельгії, Австрії, Японії, Німеччині, Нідерландах та інших країнах.

Форми медичного страхування

Медичне страхування за формами поділяється на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування - форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування. Цей вид медичного страхування здійснюється за порядком, передбаченим законодавством країни відповідно до базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом.

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування в обсягах до відповідних програм.

Джерела фінансування:
- внески з державного бюджету;
- внески роботодавців;
- внески працюючого населення.

Програми обов'язкового медичного страхування здійснюються державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою. Тарифи на страхування встановлюються за єдиною методикою, затвердженою державою. Система контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг визначається державними органами.

На 2007 рік в Україні не було прийнято закону щодо обов'язкового медичного страхування, проте в Законі України "Про страхування" (1996) медичне страхування наводиться в переліку обов'язкових видів страхування.

Добровільне медичне страхування - самостійний або додатковий вид медичного страхування в країнах, у яких запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Зміст добровільних страхових програм визначається станом галузі охорони здоров'я в країні та пов'язаний з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми мають узгоджуватися з територіальними органами управління охороною здоров'я. В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими за

вибором застрахованих осіб включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Джерела фінансування:
- особисті доходи громадян;
- прибуток працедавців (юридичних осіб).

Правила добровільного страхування визначаються страховими організаціями. Програма добровільного страхування визначається договором страховика та страхувальника, в якому встановлюються:
- тарифи на страхування;
- системи контролю за якістю надання медичних послуг.

На відміну від обов'язкового страхування, прибутки від добровільного медичного страхування страхова компанія може використовувати для будь-якої комерційної та некомерційної діяльності.

Медичне страхування є самостійною системою товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, що впроваджується з метою поліпшення медичного обслуговування населення.

Запровадження системи медичного страхування в Україні - це відповідальний крок, який спричинить повну реорганізацію всієї галузі, а саме: зумовить перехід до:
- нових форм організації та управління системою охорони здоров'я;
- системи багатоканального фінансування;
- оплати праці за виконану роботу;
- амбулаторно-поліклінічного пріоритету в наданні медичної допомоги;
- вільного вибору пацієнтом лікувального закладу та лікуючого лікаря.

Для впровадження системи страхової медицини необхідні принципово нові організації, які мають виконувати посередницькі організаційні й управлінські функції й спеціально підготовлені кадри.

Для успішного реформування галузі на шляху впровадження системи страхової медицини доцільно враховувати досвід країн Східної та Центральної Європи, які в недалекому минулому мали подібну до України модель організації та фінансування охорони здоров'я.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування

У більшості країн Східної та Центральної Європи системи охорони здоров'я історично були створені на моделі Семашко і недавно пройшли період перетворення системи державного фінансування в переважно страхові

системи або планують перехід від централізованого контролю до страхової системи. До цієї категорії відносять системи охорони здоров'я таких країн, як Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Польща, Російська Федерація, Словаччина, Словенія та Республіка Македонія.

Привабливість системи страхового фінансування для постсоціалістичних країн зумовлена її несхожістю з бюджетним фінансуванням та спробою повернутись до тих моделей охорони здоров'я, які існували в цих країнах у минулому. Обрання країнами такої системи фінансування також було зумовлено можливістю індивідуального вибору медичних послуг завдяки прямим внескам на медичне обслуговування. Такий вибір системи фінансування галузі підтримувався професійними організаціями лікарів, яким вона зумовлювала високий рівень винагород. Не останнє місце при виборі моделі фінансування галузі охорони здоров'я займав досвід західноєвропейських держав, які фінансують галузь через ту чи іншу форму медичного страхування. Основним чинником, який зумовив цей вибір, було сподівання на те, що внески на соціальне страхування дозволять збільшити загальний об'єм коштів, які використовуються на медичне обслуговування.

Досвід країн слов'янського світу дає можливість визначити загальні характеристики нових систем соціального страхування. Для систем фінансування галузі охорони здоров'я всіх країн властиві кілька спільних чинників: використання всіх коштів фондів медичного страхування тільки на фінансування галузі; додаткове бюджетне фінансування. Бюджетне фінансування, як правило, покриває витрати на медичне обслуговування громадян, які мають право на безоплатну медичну допомогу, медичну освіту, медичні дослідження, на утримання національних медичних науково-дослідних інститутів.

Організаційна структура страхових фондів, державний контроль за їх діяльністю, ступінь участі роботодавців та робітників, пакети медичних послуг, які надаються, мають свої особливості в кожній країні Східної та Центральної Європи.

У більшості країн адміністративні органи та органи, які відповідають за медичне страхування, незважаючи на підживлення своїх ресурсів з державного бюджету, мають різну фінансову незалежність від державного бюджету на різних етапах перехідного періоду. Наприклад, у Чеській республіці та Словаччині на початку реформи галузі фінансування чинилося за рахунок державного бюджету, далі - поступово відокремлювалось від державного бюджету і проводилося через фонди медичного страхування. Проте обидві країни відрізняються за державним контролем фондів медичного страхування. В Чеській Республіці Національна компанія

медичного страхування та фонди медичного страхування мають статус приватних установ з державним фінансуванням, незалежним від державного контролю. Міністерства охорони здоров'я та фінансів Словаччини здійснюють державний контроль за діяльністю страхових компаній.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження страхової медицини вказує на різні варіанти організаційної структури страхового фінансування галузі. В Чеській Республіці, Словаччині та Словенії були створені центральні "національні компанії медичного страхування" з відділеннями на місцевому рівні або спеціалізованими фондами страхування на випадок хвороби. В Чехії страхова компанія національного рівня є головним страхувальником населення, яка забезпечує страхування 83 % населення. У Словаччині, при подібній організаційній структурі страхова компанія національного рівня охоплює навіть 85 % громадян. Національна компанія повинна забезпечувати контролюючу функцію за місцевими страховими відділеннями.

При проведенні реформи системи охорони здоров'я всі країни Східної та Центральної Європи були орієнтовані на право громадянина на страхове забезпечення. Російська Федерація та Словаччині при наданні громадянам права на страхове забезпечення орієнтуються на громадянство або місце проживання. Чеська Республіка в основу забезпечення такого права ставить наявність страхових внесків. Досвід цієї країни показав, що при орієнтації на страхові внески важко охопити медичним страхуванням все населення.

Система страхового фінансування галузі охорони здоров'я орієнтована на отримання страхових внесків, які розподілені між роботодавцями та робітниками, можуть установлюватися за фіксованою ставкою або залежати від доходу. У більшості країн страхові внески за безробітних та пенсіонерів сплачують фонди страхування від безробіття і пенсійні фонди відповідно. Страхові ставки та коефіцієнти участі роботодавців та робітників знаходяться у веденні уряду, і країни дуже відрізняються за цими показниками. В Чеській Республіці та Словаччині ставка страхового внеску становить 13,5 при коефіцієнті участі роботодавців та робітників 66 : 33. Найменше тягар медичного страхування відчувають громадяни Російської Федерації, де рівень ставки внеску встановить 3,6, при співвідношенні участі роботодавців і робітників 100 : 1.

Незалежно від ставки внеску в країнах, де було запроваджено медичне страхування, спостерігається зростання надходжень на медичне обслуговування. Підвищується частка ВПП, яка виділяється на галузь охорони здоров'я.

Країни Східної та Центральної Європи із запровадженою системою страхового фінансування в перехідний період зазнали ряд труднощів, які доцільно враховувати при реформуванні галузі в Україні.

Фінансування галузі охорони здоров'я при соціалізмі проводилося за рахунок державного бюджету. Запроваджували цей механізм міністерства фінансів, які проводили збір податків, їх розподіл та контроль за використанням. Теоретично система страхової медицини обумовлює фінансування галузі без участі міністерства фінансів. На практиці країни з перехідною економікою натрапили на дефіцит фондів медичного страхування, який утворився через брак коштів у фондів, які субсидуються з державного бюджету (наприклад, пенсійного фонду). Тобто міністерства фінансів беруть участь у фінансуванні медичного обслуговування, проте без права контролю за витратами. Наприклад, у Словаччині та Чеській Республіці, при впровадженні страхової медицини значно зросли витрати на галузь, підвищилася частка ВПП до 6.25 та 7,2 % відповідно, що призвело до загострення відношень між фондами соціального страхування та міністерствами фінансів.

При впровадженні страхової медицини перед Хорватією, Чеською Республікою та Словаччиною виникла проблема структурного дефіциту. Суть проблеми полягає в тому, що за певні верстви населення внески сплачує уряд із податкових надходжень. Оплата внесків за пенсіонерів та безробітних здійснюється пенсійними фондами або фондами страхування від безробіття. Проте витрати на медичне обслуговування цих громадян вище за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище викликає дефіцит коштів, які тільки частково покриваються внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Перехідний період до страхової медицини показав, що страхове фінансування охорони здоров'я більш обтяжливе, ніж вважали спочатку. Причина цього відсутність належного механізму державного регулювання діяльності страхових компаній; відсутність адекватної інформаційної технології; відсутність технічних знань в галузі страхового менеджменту, недостатній розвиток організаційної інфраструктури.

Таким чином, враховуючи досвід країн слов'янського світу із запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я, Україні необхідно розробити програму створення страхової медичної системи з урахуванням специфіки її існуючого стану. Для подолання труднощів перехідного періоду доцільно проводити поетапне збільшення державних асигнувань на галузь охорони здоров'я; впроваджувати ефективне їх використання та підвищення якості медичних послуг; розвивати систему платних медичних послуг; сприяти конкуренції.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Організація охорони здоров'я в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я

Великобританія

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 NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я. Основні положення організації галузі охорони здоров'я на засадах ОТБМ представлені на рис. 1.

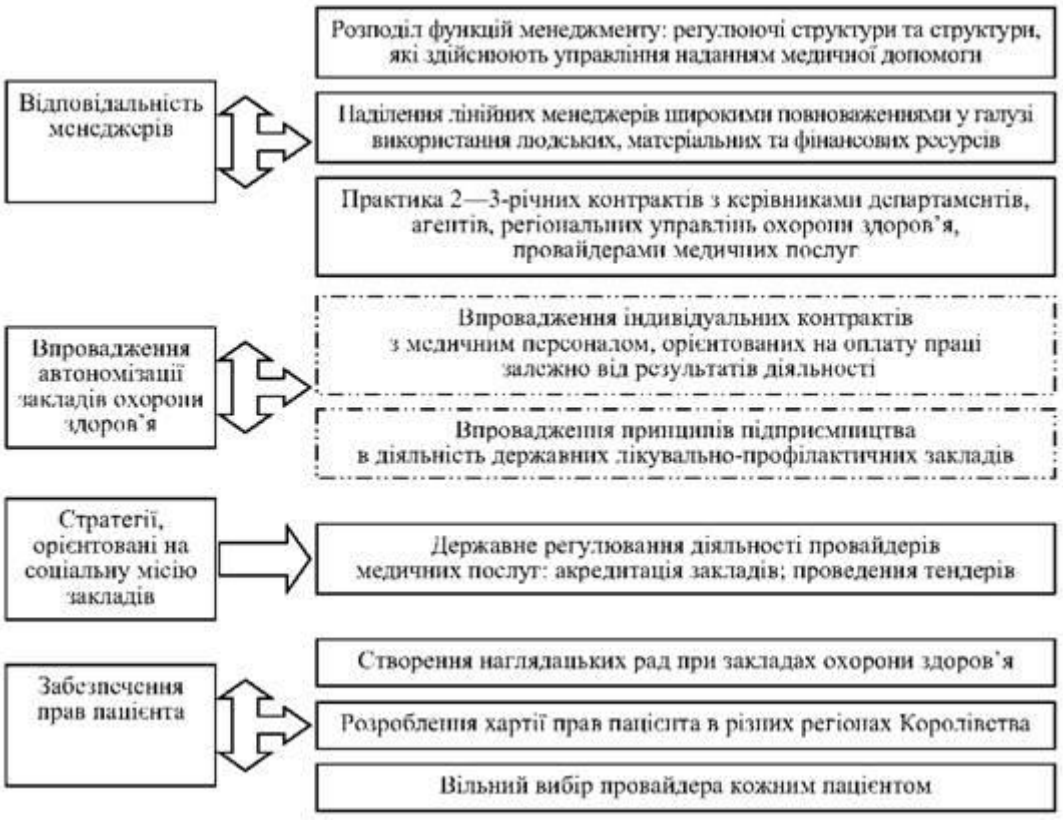

Рис. 1. Складові системи КРБМ

Концептуальною засадою стала зміна організаційної структури та фінансових потоків: 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 привів до виникнення внутрішніх "квазіринків", що

привнесло 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. Терапевт 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.

Деякі регіони Королівства впроваджують свої моделі організації охорони здоров'я. Обнадійливими є результати впровадження експериментальної моделі організації медичної допомоги в Оксфорді (графство Норфолк). Модель ґрунтується на командному принципі. Медичну допомогу надає спеціалізована команда фахівців, починаючи з діагностики конкретного клінічного випадку, протягом усього лікування та реабілітації.

Модель отримала назву "три перемоги", тобто у виграші мають опинитися провайдери медичної допомоги, пацієнти та сам Оксфорд. Командний підхід забезпечує вищий рівень координації та кооперації провайдерів. Крім того, вони повністю задіяні в усьому лікувальному процесі, за що отримують грошову винагороду. Пацієнти та їх представники мають вибір, до якої команди звернутися. Вибір пацієнта ґрунтується на об'єктивних даних щодо показників роботи команд, які занесені в спеціальні комп'ютерні файли і є загальнодоступними. Оксфорд зацікавлений у такій моделі надання медичної допомоги, оскільки економить значні кошти за рахунок більшої ефективності. Провайдерів медичної допомоги приваблює в командній моделі повернення до контрольованого прийняття рішень та ціноутворення. Вони отримують більше самостійності, що потребує більшої відповідальності. Передбачається, що спеціалісти команди й лікарі первинної медико-санітарної допомоги мають працювати разом, для того щоб підібрати

найадекватнішу для кожного пацієнта схему лікування. Конкуренція між командами може привести до значних негативних коливань якості надання медичної допомоги та її вартості. Тому обов'язковим елементом при провадженні моделі розробники вважають об'єктивність, доступність інформації щодо професійних якостей кожного члена команди.

Канада

У країні надання медичної допомоги організовано за принципами системи Беверіджа, за якою держава забезпечує безкоштовну, загальнодоступну і кваліфіковану медичну допомогу своїм громадянам. Система охорони здоров'я має профілактичну спрямованість. Водночас медична допомога не є безкоштовною, в повному розумінні слова пацієнти сплачують її вартість через податки. Крім цього, в країні існує мережа лікарів, які практикують приватно.

Система охорони здоров'я Канади має обґрунтовану законодавчу базу. її формування відбувалося в кілька етапів.

На першому етапі (початок 40-х років XX ст.) законодавчо закріплено надання цільових субсидій для спеціальних програм охорони здоров'я та для будівництва лікарняних закладів. Така нормативно-правова база сприяла розвитку мережі лікарняних закладів у країні.

На другому етапі (1957 р.) було прийнято закон про медичне страхування, який закріпив федерально-провінційний розподіл фінансових ресурсів на медичну допомогу. При цьому якісні показники надання медичної допомоги визначалися національними вимогами.

На третьому етапі (1968-1979 рр.) було прийнято законодавчі документи, які формували канадську систему медичного страхування Медікеа та встановлювали розподіл коштів на лікарняну та позалікарняну медичну допомогу. В 1984 р. в Канаді було прийнято закон про охорону здоров'я, який закріпив основні принципи Медікеа:

- забезпечення сучасного рівня медичної допомоги в лікарнях;
- забезпечення медичною допомогою всіх громадян та тих, хто має право на проживання в країні незалежно від їх фінансового стану;
- державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування;
- проведення взаєморозрахунків за медичні послуги, отриманих у лікарнях Канади.

Швеція

Державна політика Швеції в галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівних можливостей в отриманні медичної допомоги та створенні здорового способу життя для всіх членів суспільства. В 1983 р. у Швеції було прийнято закон про охорону здоров'я, згідно з яким кожний громадянин має рівні права на медичну допомогу, відновлення здоров'я та профілактику захворювань. Страхова система на випадок захворювання охоплює майже все населення країни.

Політика держави в галузі охорони здоров'я надала можливість провести низку структурну реорганізацію в галузі:

а) розвиток первинної медико-санітарної допомоги;

б) зростання терапевтичних ліжок, завдяки чому збільшився термін перебування хворого в стаціонарі;

в) наближення медичної допомоги до місця проживання пацієнта, що реалізується, шляхом:

- розширення мережі районних лікарень;
- розвитку мережі будинків медсестринського нагляду;
- інтенсифікації процесу діагностики та лікування.

Державна політика в галузі охорони здоров'я передбачає жорсткий адміністративний контроль із боку державних структур над процесом надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

Цей принцип має негативні наслідки:

- тенденція до вирівнювання доходів лікарів, що зменшує мотивування праці;
- бюрократизація;
- зниження ефективності надання медичної допомоги.

Проте недоліки в системі організації медичної допомоги у Швеції мають бути нівельованими загальною державною стратегією галузі, яка реалізується за такими засадами:

- активне залучення населення до зміцнення свого здоров'я;
- пріоритет груп ризику в отриманні медичної допомоги;
- розробка довгострокової політики покращення здоров'я нації;
- пріоритет охорони здоров'я при розподілі державних фінансових ресурсів.

Фінляндія

Система охорони здоров'я Фінляндії формувалася протягом багатьох років. її відмітні риси - фінансування за рахунок податків, надання переважної більшості медичних послуг державними закладами й установами муніципального управління.

У структурі управління охороною здоров'я виділяють два основні рівні - центральний (уряд) і місцевий (муніципалітети). Крім того, в керівництві охороною здоров'я беруть участь ляни (губернії) - адміністративні одиниці країни, а в керівництві лікарнями - лікарняні округи (об'єднання муніципалітетів). Важливе завдання лікарняних округів - забезпечити загальнодоступність, якість і рентабельність медичного обслуговування.

Міністерство соціального забезпечення і охорони здоров'я видає основні закони у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення і стежить за їх виконання. Рада із захисту прав людини, що діє при міністерстві, гарантує якість і загальнодоступність медичного обслуговування в муніципальних медичних установах.

Крім того, при міністерстві існують:

- науково-дослідний центр з питань охорони здоров'я і соціального забезпечення.
- відділ судової медицини.
- управління по лікарських засобах.

У Фінляндії проведено реформу системи державних субсидій, тому охорона здоров'я стала менш централізованою. Місцеві власті отримали більше самостійності, а центральне управління зосередилося на розвитку інформаційних мереж, розробці законодавчої бази та експериментальних програм. В той же час держава залишила за собою право регламентувати ряд важливих питань, наприклад визначення максимального рівня цін на медичні послуги. В результаті організація медичного обслуговування і його тактика в різних муніципалітетах істотно розрізняються, так само як і витрати на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення.

У країні існують 20 лікарняних округів (об'єднань муніципалітетів), відповідальних за спеціалізоване медичне обслуговування на своїй території. Кожен муніципалітет відноситься до певного лікарняного округу.

До обов'язків муніципалітетів (їх 448) входять зміцнення здоров'я населення, профілактика і лікування захворювань, реабілітація і стоматологічна допомога. Плануванням і організацією місцевої охорони здоров'я займаються муніципальний комітет охорони здоров'я (іноді він

об'єднаний з комітетом із соціального забезпечення), муніципальна рада і виконавчий комітет. Всі вони звітують безпосередньо перед населенням.

Щорічно муніципалітети кожного лікарняного округу обговорюють організацію стаціонарної медичної допомоги на території свого округу. Лікарняний округ встановлює ціни на медичні послуги і не є покупцем цих послуг. Таким чином, постачальники і покупці медичних послуг поки не розділені. Усередині лікарняного округу існує механізм вирівнювання витрат, згідно з яким витрати на дороге лікування розподіляються між усіма муніципалітетами, що входять до складу округу.

Прийнятий у 1979 р. закон про охорону праці зобов'язав працедавців забезпечувати профілактику професійних захворювань і виробничих травм. Працедавці можуть організувати власний медичний центр або оплачувати послуги приватних і муніципальних медичних установ.

Медична допомога надається всім постійним жителям Фінляндії і фінансується переважно за рахунок податків (як загальнодержавних, так і місцевих). У 2002 р. частка муніципалітетів у фінансуванні охорони здоров'я становила 43 %, частка державних субсидій - 18, частка державної системи медичного страхування - 15, частка приватних джерел (головним чином це населення) - 24 %.

Політика охорони здоров'я Фінляндії спрямована на скорочення передчасної смертності, продовження активного і здорового життя людей, забезпечення кращої якості життя для всіх і усунення відмінностей у стані здоров'я різних верств населення. На додаток до широкомасштабної профілактичної діяльності в галузі охорони здоров'я особлива увага приділяється ефективності і доступності медичного обслуговування для всього населення країни.

Пропаганда здорового способу життя є одним з пріоритетів охорони здоров'я Фінляндії. Як державні органи, так і неурядові організації активно проводять просвітницьку діяльність з охорони здоров'я, яка фінансується головним чином із коштів муніципального бюджету. Крім того, уряд щорічно виділяє асигнування на потреби пропаганди здоров'я і санітарної освіти.

Відповідно до програми вакцинації населенню безоплатно надають вакцини в дитячих установах, шкільних медпунктах і центрах здоров'я. У програму імунізації входять вакцини від туберкульозу, дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, епідемічного паротиту, кору, краснухи. Людям старших за 65 років і групам ризику за медичними показаннями проводять щорічну вакцинацію від збудників гострих респіраторних захворювань. Обмеженим групам ризику проводять вакцинацію від гепатиту.

Державна система медичного обслуговування доповнюється приватними послугами, обсяг яких щорічно зростає.

У Фінляндії діють закони, що визначають права пацієнта. Закон про статус і права пацієнтів розповсюджується на всі види медичних послуг, що надаються установами соціального забезпечення.

Відповідно до цього закону:
- лікування не може проводитися без згоди пацієнта;
- форми лікування повинні узгоджуватись з пацієнтом;
- за індивідуальною вимогою пацієнти можуть отримати інформацію про стан свого здоров'я, об'єм передбачуваного курсу лікування, чинники ризику і можливі альтернативні форми лікування;
- пацієнти мають право на перегляд і виправлення даних, записаних у їхні історії хвороби;
- пацієнтам, що очікують на курс лікування, повинні бути повідомлені причина очікування і його термін;
- пацієнти, не задоволені курсом лікування, мають право подати скаргу у відповідну інстанцію;
- установи медичного обслуговування повинні мати уповноваженого (з прав людини) для роботи з клієнтами, в обов'язки якого входить інформування пацієнтів про їх права і надання їм допомоги при подачі скарги або петиції, а також подачі клопотання на відшкодування збитків;
- повинна братися до уваги точка зору неповнолітніх пацієнтів при досягненні ними віку, коли вони в змозі висловлювати свою думку;
- батьки дитини або його опікуни не мають права на відмову від лікування, якщо воно запобігає ризику для здоров'я або врятовує життя неповнолітньої особи.

Профілактичне медичне обслуговування, в т. ч. жіночі і дитячі консультації, безкоштовні для пацієнтів. Крім того, амбулаторне обслуговування в центрах здоров'я, наприклад послуги терапевта або стоматолога, безкоштовні для дітей у віці до 18 років, але за їх лікування в стаціонарі може стягуватися плата за перші 7 днів.

У Фінляндії продаж ліків дозволений тільки в аптеках. Це поширюється як на ліки, що виготовляються за рецептами, так і роздрібний продаж. У Фінляндії налічується 800 аптек.

Витрати на медичне обслуговування у сфері охорони здоров'я постійно зростають. Зростання витрат вдалося дещо стримати прийнятим у 2003 р. законом про адекватну заміну ліків. Адекватна заміна ліків означає, що аптека повинна запропонувати клієнтові максимально дешевий або середній за вартістю аналогічний засіб, що містить у тих самих кількостях ту саму

речовину, що і в рецепті, який виписав лікар. Клієнт вирішує сам, чи хоче він замінити свої ліки дешевшим аналогом.

Останніми роками в різних районах країни розробляють місцеві програми, мета яких - розділити постачальників і покупців медичних послуг, а також експериментальні проекти із створення інтегрованої системи первинної і спеціалізованої медичної допомоги шляхом об'єднання медичних установ в одну організацію за допомогою інформаційних технологій.

Італія

Згідно з аналізом ВООЗ, Італія посідає друге місце за якістю надання медичної допомоги населенню країни. Державна медицина доступна для всіх громадян. Фінансування системи охорони здоров'я проводиться за рахунок державного бюджету та внесків роботодавців і працюючого населення.

Систему охорони здоров'я Італії умовно поділяють на три рівні:
- національний, до якого відноситься Міністерство охорони здоров'я;
- регіональний;
- місцевий.

Вони виконують різні функції. Міністерство охорони здоров'я сплачує вартість медичних послуг. Регіональні та місцеві структури здійснюють управління переважно за рахунок контролюючої функції. Проте відмітною рисою системи охорони здоров'я Італії є децентралізованість.

Система надання медичної допомоги населенню організована в Італії наступним чином. Кожен громадянин країни має бути зареєстрований у лікаря загальної практики (General practitioner), діти до 6 років реєструються в педіатра. Пацієнти мають право на вільний вибір лікуючого лікаря. За існуючою схемою надання медичної допомоги після первинного догляду лікар направляє пацієнта на обстеження або стаціонарне лікування. Екстрена медична допомога надається терміново, а планова може бути відкладена на кілька тижнів. Італійські лікарі державних медичних закладів часто практикують приватно або надають допомогу в приватних лікарнях.

Державне медичне обслуговування передбачає безкоштовне забезпечення рецептурними лікарськими засобами. Проте встановлюється плата за виписування рецепта (prescription charges), яку має сплатити пацієнт. Безкоштовно рецепти виписуються для осіб похилого віку, інвалідів та малозабезпечених громадян. Ціни на лікарські засоби та розмір максимальних торгових надбавок контролює Міжнародний комітет цін.

Крім державної медичної допомоги, в Італії функціонує мережа приватних лікувальних закладів. Вони надають широкий спектр медичних

послуг для громадян із високими доходами. Також в Італії існують медичні страхові фонди, які надають добровільне медичне страхування.

Куба

За аналізом ВООЗ, Куба посідає 37-е місце за рівнем розвитку системи медичного обслуговування в країні. Для порівняння: 35-е місце займають США. Показники смертності немовлят, дітей дошкільного віку, середня тривалість життя на Кубі аналогічна показникам у високорозвинених країнах.

Медичне обслуговування на Кубі впроваджено на базі Національної безкоштовної системи охорони здоров'я. В країні налагоджено мережу сімейних лікарів, які надають первинну медичну допомогу, проводять амбулаторний прийом, навідують своїх пацієнтів у лікарнях. Сімейний лікар вирішує питання щодо госпіталізації пацієнта. Сімейні лікарі працюють за територіальним принципом, а також на великих підприємствах, у школах, будинках для осіб похилого віку.

Лікувально-профілактичні заклади добре обладнанні. Перебування в стаціонарі, проходження всіх призначених діагностичних та лікувальних процедур безкоштовне. На відміну від Великобританії, лікарні на Кубі не переповнені, ніхто з пацієнтів не чекає черги на госпіталізацію або на прийом до лікаря.

Німеччина

В країні історично склалася система медичного страхування, яка справляється зі своїми завданнями автономно й незалежно від державного бюджету. В системі медичного страхування величина внесків відповідає ступеню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я пацієнта і не залежать від величини його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, при якому здорові несуть витрати за хворих, молоді - за осіб похилого віку, забезпечені - за малозабезпечених.

У Німеччині поряд з обов'язковим медичним страхуванням існує добровільне страхування. Кожний громадянин має бути членом тієї чи іншої лікарняної каси. У країні існують лікарняні каси двох видів:
- загальна лікарняна каса міста або регіону, якою користуються робітники, службовці, студенти, безробітні та пенсіонери, заробітна плата або пенсія яких не менша мінімуму, який періодично переглядається;
- лікарняні фахові каси (ерзац-каси) - для працівників різних галузей народного господарства. Наприклад, морська лікарняна каса об'єднує працівників морського транспорту, федеративна гірнича каса - працюючих у гірничодобувної промисловості.

Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90 %> населення республіки. Страхові внески становлять близько 13,5 %> від заробітної плати. Одну половину внеску сплачує працівник, а другу - роботодавець. Порівняно невеликий відсоток забезпечених громадян користується приватним медичним страхуванням, із них 10 %> отримують медичну допомогу безпосередньо через систему приватного добровільного страхування, 3 % поєднують послуги обов'язкового соціального та приватного страхування здоров'я.

Обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів.

Об'єктом ринку медичних послуг є лікарняні каси. В країні існує кілька видів лікарняних кас:
- місцеві - переважно для непрацюючих та членів сімей застрахованих осіб;
- розташовані за місцем проживання;
- виробничі - за місцем роботи;
- ерзац-каси - для службовців;
- за відомствами: морські, гірняцькі, сільськогосподарські тощо.

Контроль та управління за діяльністю лікарняних кас здійснює урядове агентство. Щороку лікарняна каса укладає угоду з надавачем медичних послуг:
- лікувально-профілактичним закладом;
- об'єднанням касових лікарів;
- лікарем-спеціалістом.

Подавець медичних послуг один раз на квартал виставляє рахунок лікарняній касі за всі види лікувальних та діагностичних послуг. Окремий розрахунок проводиться за кожного пацієнта та за кожну послугу, яка надавалася. Суворо обумовлюється перелік медичних послуг та їхня кількість, що можуть надаватись пацієнтові безкоштовно. Пацієнт сплачує всі додаткові послуги та поліпшений медичний сервіс.

Кожен лікар, який працює в системі обов'язкового медичного страхування, є членом об'єднання лікарів. Кошти поступають з лікарняних кас в об'єднання лікарів. Визначення розміру оплати праці спеціаліста об'єднання лікарів має певні особливості.

Одиницею для фінансових розрахунків слугує "очко". Кількість очків відображає складність послуги. Сума очків для кожної медичної послуги стабільна й відома всім учасникам медичного обслуговування та медичного страхування. Список вартості медичних послуг в "очках" публікується в спеціальних довідниках. Ціна "очка" в євро переглядається щорічно, відповідно до зміни рівня цін або при зміні технології, методів діагностики та лікування. Така система дозволяє оперативно, без великих обсягів роботи

змінювати ціни, реагувати на відповідні економічні умови, наприклад, інфляцію.

Кожній консультації, лікарській маніпуляції відповідає певна кількість "очок". Визначається кількість "очок" на кожного пацієнта. Робота з пацієнтом понад обумовлену кількість "очок" оплаті не підлягає.

Подібний принцип поширюється і на придбання лікарських засобів. Сума на лікарські засоби, що призначаються лікарями, фіксована. Якщо лікар приписав більше фармацевтичних препаратів, ніж визначено протоколом лікарняної каси, то 5 % їх вартості розподіляється між лікарями як штраф за перевитрату коштів. Таким чином, з одного боку, пацієнт має шанс не пройти необхідне обстеження або не отримати достатнього лікування, перелік медичних послуг зводиться лікарями до мінімуму. З іншого боку, можливість матеріального покарання дисциплінує лікарів та вберігає лікарняні каси від надмірних витрат.

Медичне страхування в Німеччині ґрунтується на двох основних принципах: солідарності та субсидіарності.

Принцип солідарності. Лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: сплачують страхування всі, отримують медичну допомогу тільки ті, хто захворів. Оскільки лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, то вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні туристичні путівки, проводиться додаткова оплата протезування зубів тощо.

Принцип субсидіарності обумовлює власну відповідальність застрахованих громадян за стан їхнього здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків.

При добровільному медичному страхуванні укладається контракт із кожним клієнтом, у якому обумовлюються умови лікування на випадок хвороби: лікарня; категорія палати; хто з лікарів буде лікувати; чи буде проводитись у випадку травм косметична операція тощо. Сума страховки для кожного клієнта різна і залежить від переліку медичних послуг та рівня медичного сервісу.

Фінансування системи охорони здоров'я Німеччини відбувається за рахунок таких складових:
- внесків у фонди медичного страхування;
- державних коштів, які складаються з бюджетів різних рівнів;
- коштів приватного добровільного медичного страхування;
- коштів громадян.

Провайдер медичної допомоги самостійно приймає рішення щодо витрат та прибутків установи і володіє необхідною компетенцією щодо збору внесків. Наділений такими повноваженнями, він не залежить від державних дотацій та стану бюджетів.

Мінімальний гарантований обсяг медичної допомоги на випадок хвороби обумовлюється державою. Медичний поліс має включати амбулаторне та стаціонарне лікування, надання лікарських, лікувальних, допоміжних засобів, перелік стоматологічних послуг та реабілітацію на випадок тяжких захворювань або інвалідності.

Система охорони здоров'я в Німеччині має певні проблеми:

- великий адміністративний апарат, наявність якого зумовлена системою складних розрахунків із лікувально-профілактичними закладами;
- стрімке старіння населення збільшує пропорційну кількість населення, яке потребує медичної допомоги, а кількість громадян, які її сплачують, зменшується, тому принцип солідарності, який було впроваджено ще за часів правління Бісмарка, переживає не кращі часи;
- збереження недоліків ринкової моделі організації охорони здоров'я: зростання обсягів непотрібних медичних послуг; великі витрати на судово-правове регулювання взаємовідносин суб'єктів ринку медичних послуг;
- необмежена видача дозволів на приватну медичну практику;
- утримання занадто великих лікарень.

Франція

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши національні системи медичного обслуговування світу, визнала найкращою систему організації охорони здоров'я Франції.

Становлення нормативно-правової бази охорони здоров'я Франції поділяють на три періоди. Перший - прийняття законів щодо впровадження соціальної страхової медицини (1928-1930 рр.). Закони встановлювали основні принципи надання медичної допомоги в країні: вільний вибір лікаря; умови оплати лікарських послуг. Упровадження принципів ліберальної медицини привело до розмежування інтересів лікарів та пацієнтів. На другому етапі розвитку нормативно-правової бази було прийнято Кодекс медичної деонтології та переглянуто систему тарифів на медичні послуги. Унаслідок реформування галузі було впроваджено такі засади: обов'язковість дії лікарської таємниці; свобода лікувальних призначень; пряма угода між лікарем та пацієнтом щодо гонорару; пряма виплата гонорару лікареві. Третій період було розпочато у 1971 р., із прийняттям нового закону про медичне страхування, який затвердив відносини між страховими касами та лікарями. Цей закон закріпив основні принципи організації охорони здоров'я у Франції: забезпечення рівноправності та загальнодоступності медичної

допомоги для всього населення; формування засобів соціального забезпечення з прибутків працівників та роботодавців; превентивна спрямованість галузі; дотримання рівноваги між державним та приватним секторами охорони здоров'я. 31 липня 1991 року у Франції було прийнято новий закон, який поклав початок реформування галузі. Згідно з цим законом було визначено два основні інструменти планування: модифікована санітарна карта та регіональна схема організації охорони здоров'я республіки. Обидва документи визначають систему охорони громадського здоров'я: адміністративно-територіальний та географічний розподіл лікувальних закладів; організаційну структуру та види медичної допомоги.

Сучасна система охорони здоров'я Франції централізована. Контролює діяльність системи охорони здоров'я Міністерство праці та соціального забезпечення.

Лікувально-профілактичні заклади фінансуються з трьох джерел:
- державного бюджету;

- коштів обов'язкового медичного страхування;
- особистих коштів громадян.

Державна організація соціального страхування Франції **«Security Social»** підписує угоду (конвенцію) з лікарями, в якій чітко визначаються ціни на медичні послуги. Таким чином здійснюється регулювання цін на медичні послуги. Ціни на всі види медичної допомоги переглядаються два рази на рік, як правило, в бік зростання, що відповідно призводить до збільшення страхових внесків.

У країні існує єдина страхова організація - Національна лікарняна каса, яка має величезну кількість філіалів, розгалужених по всій республіці. Філіали не є конкурентами, а знаходяться в підпорядкуванні Національної лікарняної каси, яка регулює їхню діяльність.

У Франції існує велика кількість фірм, які надають послуги добровільного медичного страхування. Франція посідає третє місце в світі за кількістю таких компаній, після Німеччини та Голландії. 90 % страхових компаній входять до федерації страхових товариств Франції.

Медичне страхування у Франції є частиною соціального страхування Security Social. Усі працюючі отримують соціальну страховку з обов'язковим її атрибутом - страховою карткою Carte Vitale. Ця картка забезпечує кожному застрахованому та членам його родини безоплатний сервіс до медичного обслуговування. Якщо в родині працюють і чоловік і дружина, то діти записуються в страхову картку одного з них. У разі нещасного випадку лікарняні каси сплачують надання медичної допомоги на 100 %. При захворюванні працівника лікарняні каси сплачують 75 % видатків на

лікування. Якщо захворювання потребує лікування в умовах стаціонару, то лікарняні каси сплачують 33-добові витрати на лікування та перебування в лікарні; інші дні пацієнт сплачує самостійно. Тривалість лікування понад 2 місяці є показанням для госпіталізації в безплатну лікарню. Якщо стан здоров'я пацієнта не покращується протягом трьох років, то йому встановлюється інвалідність.

У Франції передбачено дві групи інвалідності:
- перша - коли пацієнт може сам себе обслуговувати;
- друга - всі інші стани.

При нетривалому захворюванні пацієнтові надається лікарняний лист (arret de travail), який сплачує не роботодавець, а лікарняна каса.

Поряд з обов'язковим соціальним медичним страхуванням у Франції існує добровільне страхування. Все більше французьких роботодавців включають цей вид медичного страхування в соціальний пакет. Присутність добровільного страхування в соціальному пакеті компанії значно підвищує її статус. Для працівників компанії добровільне медичне страхування - це вирішення всіх проблем з грошовими виплатами за медичне обслуговування. За наявності приватної страховки працівник не сплачує за медичне обслуговування: частина витрат (75 %) покривається за рахунок соціального страхування, друга частина (25 %) - за рахунок добровільного страхування. Добровільне медичне страхування пропонує додаткові медичні послуги: пластикові лінзи; витрати на придбання дорогих окулярів, масаж, косметологічні послуги тощо.

Основна проблема організації охорони здоров'я Франції - це великі темпи зростання видатків на галузь. Вони зростають швидше, ніж загальний добробут у країні.

Швейцарія

Організація охорони здоров'я в країні побудована на принципі обов'язковості медичного страхування для кожного громадянина. Лікарняні каси надають обидва види страхування: обов'язкове та добровільне. Тобто пацієнт не має потреби шукати інші лікарняні каси для додаткових медичних послуг.

Друга відмітна риса системи медичного обслуговування в Швейцарії - особистий внесок пацієнта в лікарняну касу. Як і в інших європейських країнах, застрахований пацієнт сплачує тільки 10 % від загальної суми лікування. Лікарняну касу пацієнт обирає за власним уподобанням. Його внески не залежать від прибутку, проте можуть відрізнятися в різних лікарняних касах. Останніми роками громадяни Швейцарії стали надавати

перевагу бонусній страховці, в якій розмір внеску зменшується за умови нечастого звертання за медичною допомогою.

Лікарняні каси працюють виключно з лікарями та медичними закладами, які включені в перелік договірних закладів та спеціалістів. Можливість працювати із застрахованими пацієнтами надається кращим лікарням, що гарантує високу якість медичного обслуговування.

Крім названих медичних закладів, у системі медичного обслуговування Швейцарії існує затверджений перелік лікарських засобів, призначення яких пацієнтові сплачується через систему медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування в Швейцарії включає профілактичні заходи: вакцинації проти грипу, щорічний профілактичний огляд.

США

Система охорони здоров'я в країні організована за ринковою моделлю. Витрати на охорону здоров'я становлять 15 % ВВП. Більше в США витрачається тільки на харчування та житло. Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через систему приватного медичного страхування.

У США немає загальнодержавної програми надання медичної допомоги працюючому населенню. Близько 40 % видатків із бюджету на охорону здоров'я витрачається на фінансування двох основних програм – Медікеа (Medicare) та Медікейд (Medicaid).

Програма Медікеа

Згідно з цією програмою, державна медична допомога надається особам, які досягли 65-річного віку або мають серйозні вади здоров'я. Програма Медікеа складається з 2-х частин.

Перша частина програми складається з:
- лікарняного страхування, яке покриває оплату медичних послуг: - стаціонарного лікування;
- у критичному стані;
- сертифікованої сестринської допомоги;
- у стаціонарах вдома;
- у хоспісах;
- медичного страхування, яке покриває оплату послуг;
- лікарів амбулаторної допомоги;
- видів медичної допомоги, які не входять у програму лікарняного страхування.

Послуги програми Медікеа за видами медичної допомоги, які входять до першої частини, надаються безкоштовно таким категоріям пацієнтів:
- які досягли 65-річного віку та пропрацювали не менше ніж 10 років (до цієї категорії також відносяться їх дружини або чоловіки);
- інвалідам;
- хворим, які мають хронічну ниркову недостатність.

Медичне страхування за другою частиною є добровільним і передбачає оплату страхового внеску розміром $50.

Програма Медікеа частково фінансується за рахунок податків, які стягуються з усіх працюючих: із найманих працівників і з роботодавців. Цей податок становить майже 15 % доходу зайнятих американців. Крім цього, програма Медікеа фінансується із загальних надходжень із податків на прибуток.

Програма Медікейд

Фінансується з загальних надходжень із податку на прибуток та передбачає:
- надання медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення, переважно жінкам та дітям із бідних родин;
- перебування в притулках для осіб похилого віку пацієнтів, які потребують постійної опіки.

Програма Медікейд фінансується навпіл федеральним урядом та місцевою владою кожного штату.

У США медичне страхування добровільне, яке більшою частиною якого сплачується за рахунок роботодавців. Існує кілька видів медичного страхування:

1. Компенсаційне страхування

Роботодавець сплачує страховій компанії страхову премію за кожного працівника, забезпеченого відповідним полісом. Страхова компанія сплачує чеки, які надсилає багатопрофільна лікарня, інший лікувально-профілактичний заклад або лікар. Так сплачуються медичні послуги, які становлять страховий план. Як правило, страхова компанія покриває 80 %> видатків за лікування, іншу частину плати за медичні послуги сплачує сам пацієнт.

2. Страхування керованих послуг

Страхова компанія укладає угоди з лікарями, іншими медичними працівниками, лікувальними закладами на надання всіх видів медичних послуг, передбачених цим видом медичного страхування. Медичні заклади

отримують фіксовану суму, яка попередньо сплачується за кожного застрахованого. До цього виду страхування більше відноситься амбулаторне лікування.

Якщо в першому виді медичного страхування сплачуються фактично надані медичні послуги, то в другому медичний заклад отримує фіксовану суму за кожного пацієнта незалежно від об'єму та вартості наданих послуг. Таким чином, якщо при компенсаційному страхуванні медичні працівники зацікавлені в наданні пацієнтам різних медичних послуг, то при страхуванні керованих послуг вони утримуються від призначення додаткових діагностичних або лікувальних процедур.

У США існує налагоджена система взаємовідносин пацієнт - страхова компанія - лікар. Взаємовідносини між учасниками процесу поділяються на такі типи:

- відносини - пацієнт - страхова компанія;

- відносини - пацієнт - лікар;

- відносини страхова компанія - лікар.

Перший тип відносин, пацієнт - страхова компанія встановлюється угодою про медичне страхування з гарантією сплати страховою компанією витрат за надану пацієнтові медичну допомогу.

Другий тип відносин, пацієнт - лікар, за якого обмовляються умови надання медичної допомоги на випадок настання страхового випадку: гостре захворювання; загострення хронічної хвороби; нещасний випадок. У кожному страховому випадку лікар діє за схемою, яка узгоджена зі страховою компанією. Протоколи діагностики та лікування включають ті призначення, які в кожному конкретному випадку найбільш необхідні, ефективні та дієві. Існує перелік лікарських засобів, які має призначати лікар при відповідному захворюванні. Призначення неефективного фармацевтичного препарату може привести до судового розгляду. Взаємовідносини страхової компанії та лікаря у США впливають на всю систему надання медичної допомоги. Наприклад, американські лікарі намагаються не призначати великої кількості фармацевтичних препаратів, у сумісності яких вони не впевнені.

Кожний лікарський засіб має певний кредит довіри, якщо фармацевтичний препарат не викликає необхідної позитивної динаміки в перетині хвороби, страхові компанії рекомендують хірургічне втручання. Тому США займають провідне місце в світі за кількістю оперативних утручань. Наприклад, страхові компанії вважають, що вартість операції на

серці висока, проте вона менша, ніж вартість лікарських препаратів, які мав би приймати пацієнт тривалий час.

Третій тип відносин, страхова компанія - лікар, включає: виплати за надану медичну допомогу; контроль якості наданої медичної допомоги; відповідність призначень лікаря протоколам діагностики та лікування, які було прийнято та узгоджено з медичними експертами страхової компанії.

У США широко проводиться політика збереження здоров'я, яка впроваджується через систему приватних страхових компаній і організацій підтримки здоров'я. Страхові компанії зацікавлені у стримуванні витрат на надання медичної допомоги пацієнтам, тому започатковують програми поліпшення здоров'я населення шляхом надання знань про здоровий спосіб життя. З клієнтами страхових компаній проводяться заняття з визначення кров'яного тиску, цукру в сечі, тощо. Започатковано програми проти паління, програми фізичної культури, контролю маси тіла та правильного харчування. Організації підтримки здоров'я надають медичну допомогу членам сімей, які працюють за фіксовану плату.

Негативними рисами системи організації охорони здоров'я у США є її висока видатність й недостатня соціальна спрямованість. Наприклад, за даними ВООЗ, США за витратами на медичну допомогу на душу населення посідає перше ($3724 на рік), а за якістю надання медичної допомоги - тільки 37-е місце в світі. Близько 40 млн жителів країни не мають медичної страховки.

Японія

Система організації та фінансування охорони здоров'я Японії являє великий інтерес у зв'язку з тим, що в порівняно короткий термін країна досягла найвищих показників здоров'я населення. Медичне страхування проводилося в країні в декілька етапів: у 1922 р. - про обов'язкове страхування службовців, в 1938 р. - про національне страхування здоров'я, в 1939 р. - про страхування моряків, в 1953 р. - про страхування поденних робочих. У 1961 р. було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі. На даний час у Японії склалася суспільна система охорони здоров'я, що включає суспільну гігієну, соціальне забезпечення, медичне страхування, медичне обслуговування деяких груп населення за рахунок засобів держави

Медичні послуги в Японії надаються за двома системами. Національна система страхування працює за територіальним принципом і гарантує надання медичної допомоги власникам дрібних підприємств та членам їхніх родин. Розмір страхового внеску невеликий і залежить від прибутку та складу родини. Держава фінансує половину страхової суми. Страхування здійснюють місцеві органи влади.

У Японії існує бальна система оплати медичних послуг, за якою кожна консультація, обстеження, оперативне втручання оцінюються в балах. Розцінки єдині по всій країні.

Витрати на охорону здоров'я в Японії становлять усього близько 6,6 % ВВП. Кожна медична установа є самостійною організацією. 80 % лікарень належить приватно практикуючим лікарям. В даний час медичне обслуговування Японії фінансується в основному за рахунок фондів страхування здоров'я.

Переважна більшість населення Японії потрапляють під дію двох основних систем медичного страхування:
- національної системи страхування здоров'я, побудованої за територіальним принципом;
- системи страхування осіб найманої праці, побудованої за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я

Охоплює в основному дрібних власників і членів їх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб (усього майже 45 млн чоловік). Страховий внесок з них стягується місцевими органами самоврядування або Асоціацією національного страхування здоров'я. Цей внесок залежить від місця проживання, доходу, нерухомого майна, розміру сім'ї. Допомога надається у вигляді грошових виплат і пільгової медичної допомоги. Максимальний розмір пільг може скласти до 90 % вартості лікування (10 % платять самі пацієнти). Пільги для утриманців не перевищують 70 % вартості медичного обслуговування. Перебування в лікарні як самих застрахованих, так і їхніх утриманців страхові органи оплачують на 70 %, решту суми пацієнт сплачує готівкою при отриманні медичних послуг. При дуже високій вартості лікування пацієнтові відшкодовуються витрати понад установленого максимуму. Повністю за рахунок пацієнта сплачуються ліки, постійний догляд приватної медичної сестри, перебування в окремій палаті. Оплата медичної допомоги проводиться по рахунках медичних установ, які щомісячно надаються по лінії соціального страхування. Заздалегідь ці рахунки перевіряють консультанти-медики для встановлення раціональності наданих медичних послуг. Розрахунок проводиться за тарифами на медичні послуги і ліки, затвердженими Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення.

У системі національного страхування здоров'я діє програма страхування осіб, що вийшли у відставку після досягнення пенсійного віку, і членів їхніх сімей та програма страхування осіб літнього віку. Згідно із законом про добробут, особи, старші за 60 років, мають право на щорічний

огляд. Безкоштовною є консультативна лікарняна й сестринська допомога особам літнього віку вдома, медична допомога особам старше 70 років.

Система страхування осіб найманої праці

Охоплює найнятих робітників і їх утриманців. Ця система охоплює найбільшу частину населення в Японії (понад 61 млн осіб). У рамках системи страхування осіб найманої праці діють різні програми. Державна програма страхування здоров'я поширюється на працівників середніх і дрібних підприємств (страховиком є сама держава). У програмі охорони суспільного здоров'я страховиком виступає страхове товариство, створене адміністрацією і працівниками одного підприємства або декількох підприємств однієї галузі.

Близькими до системи страхування осіб найманої праці є програми страхування здоров'я моряків, поденних робітників, окремих категорій робітників і службовців, програми асоціацій взаємодопомоги державних установ, працівників органів місцевого самоврядування, суспільних корпорацій, учителів і приватних навчальних закладів.

У системі страхування осіб найманої праці фонди утворюються за рахунок внесків застрахованих, відрахувань держави і підприємств. Розмір внеску залежить від заробітку, але не може перевищувати встановленої межі. Найбільший внесок (8,4 % заробітку) встановлений для програми державного страхування здоров'я, при цьому половину його вносить сам застрахований, половину - держава. Аналогічно, але в розмірі 8,2 % заробітку, стягується внесок при страхуванні моряків. З поденних робітників внески стягуються в твердому розмірі (а не у відсотках від заробітку).

Крім системи медичного страхування, в Японії існують суспільні фонди, за рахунок яких на підставі законів здійснюється: профілактика туберкульозу, психічних, і інфекційних, венеричних, спадкових захворювань, прокази, компенсація збитку, заподіяного здоров'ю забрудненням навколишнього середовища.

Китай

Незважаючи на комуністичний режим і номінально соціальний устрій суспільства, в Китаї до останнього часу не існувало загального гарантованого медичного обслуговування. За часів Мао Дзедуна на медичні послуги могли розраховувати тільки міські жителі, а основна частина населення (приблизно 80 відсотків) перебувала поза зоною доступу до медичного обслуговування.

Вирішували проблему за революційною необхідністю — в сільську місцевість за рознарядкою спрямовували так званих 'босоногих лікарів', які повинні були розділити з селянами їх побут і надати їм бодай мінімальний рівень медичного забезпечення. Тендітну конструкцію соціальних гарантій

остаточно знищено з початком економічних реформ в 1978 році, що викликали тектонічні зрушення в соціальному укладі, коли сотні мільйонів осіб зірвалися з насиджених місць у пошуках кращого життя. Одночасно з масштабним переселенням зростав приватний сектор економіки, працівники якого так само, як і переселенці, не мали доступу до гарантованого медичного обслуговування.

На початку 90-х років минулого століття пересічні мешканці міст і трудові мігранти змушені були платити за медичні послуги з власної кишені, а жителі сільської місцевості виявилися практично відрізані від соціального з

У 2003 році Китай зазнає епідемії атипової пневмонії, яка оголює всі недоліки системи медичного забезпечення та соціальну незахищеність населення. Китайський уряд приймає рішення реформувати охорону здоров'я.абезпечення. В цей час вдаються до перших спроб реформ охорони здоров'я.

Офіційно медична реформа стартувала в 2009 році і передбачала поступове охоплення страховим медичним забезпеченням зайняте і незайняте міське, а також сільське населення. Формуються кілька страхових фондів, принципи наповнення яких значно відрізняються один від одного.

Страховий фонд зайнятого міського населення поповнюється за рахунок обов'язкових соціальних відрахувань роботодавця і працівника із заробітної плати, які загалом складають 8% (6% роботодавець і 2% працівник). Страхове покриття в такій формі відбувається частково — майже 80-85% від медичного чека, і має страхові ліміти. Страхові ліміти розраховуються в річному перерахунку на людину. Наприклад, в Пекіні річний страховий ліміт витрат стаціонарного лікування не повинен перевищувати 300 тис. юанів, або $42 тис. Страховий ліміт амбулаторних витрат становить 20 тис. юанів, або $2,9 тис. Тобто стаціонарне лікування в $42 тис. на 85% покриє страховка , а 15% оплатить сам пацієнт. Та сама логіка застосовна і до амбулаторних витрат.

Незайняте міське населення і сільське населення здійснює річні відрахування, проте значна частина страхового фонду фінансується державою (на центральному та місцевому рівнях). Страхове покриття дещо менше — від 50% до 75%, залежно від типу медичного закладу. При цьому страховкою покриті практично всі, включаючи дітей і пенсіонерів.

З початком реалізації страхової системи відразу проявилися її недоліки щодо покриття критичних хворих, витрати яких можуть значно перевершувати зазначені вище граничні межі покриття. Тому в 2015 році додатково запроваджується страхування від критичних захворювань, пов'язаних з великими страховими виплатами.

Запровадження страхової медицини здебільшого вирішило питання пацієнтів — понад 75% витрат на медичне обслуговування покриваються за рахунок страхових фондів станом на 2018 р. Медичним страхуванням користуються понад 95% населення найбільшої в світі країни. Проте водночас у держави виникла проблема дефіциту страхових фондів. Причому дефіцит цей настільки великий, що лікарні в деяких регіонах просто обмежували обслуговування пацієнтів наприкінці календарного року, коли кошти страхових фондів закінчувалися.

Основними факторами дисбалансу страхових фондів і фактичних витрат на медичне облуговування були визнані:
- організаційні питання з обслуговування тендерів на закупівлю медикаментів;
- високі дистрибуційні витрати фармацевтичних компаній, пов'язані з великою кількістю посередників на ринку медикаментів;
- безконтрольні лікарські приписи по медикаментах.

Для вирішення цих питань профільні міністерства розробляють низку реформ.

На рівні тендерів основним напрямом стає централізація закупівель, коли замовником є не окрема лікарня або місто, а цілий регіон або кілька регіонів. Колективні договори дозволяють значно зміцнити перемовну позицію замовників в отриманні знижки від постачальника. Крім того, запроваджується система контролю за ціновою пропозицією постачальників в різних регіонах з метою унеможливлення цінових маніпуляцій.

Для вирішення питання високих дистрибуційних витрат, більшість з яких були пов'язані з тіньовою частиною фармацевтичного бізнесу (відхід від податків та переведення у готівку коштів для покриття витрат дистрибуції), ухвалюється постанова про два рахунки-фактури, що обмежує рух від фармакологічної компанії (або генерального представника) до конкретного замовника. Отже, між замовником і виробником допускається тільки одна ітерація, тоді як раніше між виробником і лікарнею могло бути до чотирьох або Задля вирішення питань надмірного використання медикаментів і безконтрольних лікарських приписів Китай запроваджує так звану платіжну систему DRG (Diagnosis Related Group, або Систему групування за діагнозом), за якої страховка має покривати витрати в межах чітко визначеної суми, згідно з діагностичного групування хворого за його основним діагнозом, віком та іншими показниками. Лікар мусить дотримуватися вимог лікувальних протоколів, на підставі яких і розраховуються суми покриття витрат страховими виплатами.

Китаю вдалося зробити практично неможливе. За менш ніж десятиліття країна досягла широкого забезпечення медичними послугами свого

колосального населення. Зараз на охорону здоров'я витрачається майже 6,5% ВВП, або $800 млрд. Запуск страхової медицини надав значний поштовх зростанню галузі в цілому. На сьогодні саме розвиток ринку Китаю є основним фактором зростання для багатьох світових медичних компаній.

Звісно, не все відбувається гладко. Питання дефіциту страхових фондів залишається нагальною проблемою. Наприклад, курс лікування для хворого на рак завдяки страховому покриттю теоретично може коштувати йому кілька сотень доларів США замість кількох тисяч, але фактично необхідних медикаментів в лікарні немає. І лікарня закуповувати даний препарат не має наміру, оскільки не отримає по ньому кошти.

Південна Корея

У Кореї існує система обов'язкового медичного страхування (ОМС) з універсальним охопленням. Система ОМС була створена в 1977 році, у той час вона охоплювала всього 8,79% населення. За наступні 12 років система значно розширилася, і в 1989 році вона охоплювала практично все населення, за винятком невеликої групи населення (3-4%), для яких зараз діє альтернативна програма допомоги незаможним (Програма медичної допомоги, ПМП). До 2000 року система ОМС функціонувала як система з безліччю страховиків, у країні налічувалося понад 370 страховиків, заснованих на регіональному або виробничого принципом. Після майже двадцятилітніх дискусій у липні 2000 року страховики були інтегровані в систему єдиного платника.

Міністерство охорони здоров'я, сім'ї і добробуту Кореї в цілому відповідає за стан здоров'я населення і контролює стратегію розвитку системи ОМС. Національна корпорація медичного страхування є єдиною страховою організацією, яка відповідальна за надання медичних послуг населенню.

ОМС збирає страхові внески та відшкодовує витрати медичних установ. Служба нагляду та оцінки медичного страхування відповідальна за визначення вартості програми ОМС і оцінку обґрунтованості наданої медичними установами допомоги.

Фінансування

В Південній Кореї зареєстрований відносно низький рівень витрат на охорону здоров'я, хоча і є тенденція до його постійного зростання. У 2009 році внески на ОМС склали 5,08% від заробітної плати. Загальна величина витрат на охорону здоров'я в 2009 році в Кореї становила 6,9% ВВП, що на 2,1 процентних пунктів нижче, ніж у середньому по країнах ОЕСР (9,0%). За цим показником серед країн ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) Корея займає передостаннє місце. Як правило,

із зростанням доходів зростають і витрати на охорону здоров'я, і практично у всіх країнах ОЕСР зі збільшенням показника ВВП у розрахунку на одного жителя також спостерігається і зростання витрат на охорону здоров'я. У зв'язку з цим Корея також відстає від країн ОЕСР за рівнем витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одну людину: у 2008 році обсяг цих витрат склав 1801 долар США, тоді як середній показник по країнах ОЕСР дорівнює 3060 доларам США.

З другої половини 80-х років минулого сторіччя у Кореї все ж спостерігалося зростання витрат на охорону здоров'я, пов'язане з введенням державної програми страхування здоров'я. Протягом 1990-х років темп зростання витрат на охорону здоров'я вдвічі перевищував середній показник по країнах ОЕСР. Ця тенденція тривала і в період з 2000 по 2008 рік, коли темп зростання витрат на охорону здоров'я в Кореї досяг 8,0% у рік порівняно з середнім темпом зростання аналогічних витрат по ОЕСР, що становить 4,2%. За цим показником Корея займала друге місце серед країн ОЕСР (після Словацької Республіки). Зростання витрат на охорону здоров'я в Кореї за останнє десятиліття був в основному пов'язаний з швидким зростанням державних витрат на охорону здоров'я, особливо пов'язаних із закупівлями фармацевтичних препаратів.

З липня 2008 року усі застраховані за ОМС здійснюють додатковий внесок на страхування на випадок довготривалих хронічних захворювань у розмірі 4,78% внеску на ОМС кожного застрахованого.

Система ОМС в основному фінансується за рахунок коштів страхових внесків, державних субсидій і особистих платежів пацієнтів. У 2007 році на державне фінансування доводилося 54,9% загальних витрат на охорону здоров'я, а на приватне – 45,1%. Приватні витрати формувалися за рахунок особистих платежів громадян за отримання медичної допомоги (35,7% приватних витрат), добровільного медичного страхування (ДМС) (4,1%) та інших джерел (благодійні та добровільні фонди).

Надання медичних послуг

Медичне обслуговування в Південній Кореї представлено переважно приватним сектором, на який припадає близько 90% ліжкового фонду. У 2007 році загальна кількість медичних установ склала 52 914, включаючи 1536 лікарні загального профілю, стоматологічні лікарні і лікарні традиційної медицини.

У 2006 році в системі охорони здоров'я, в цілому, було зайнято 88 776 лікарів, 22 366 стоматологів і 224 142 медсестер. Незважаючи на те, що після введення системи ОМС в 1977 році забезпеченість медичними кадрами по всіх категоріях (у розрахунку на 1000 жителів) зростала, її рівень по кожній

категорії все ще залишається низьким у порівнянні із середніми показниками в країнах ОЕСР.

Медична допомога надається установами первинної і вторинної допомоги, що володіють властивими тільки їм специфічними особливостями. Якщо за послугами ПМСП пацієнти можуть звернутися до клініки, лікарні і лікарні загального профілю (включаючи стоматологічні лікарні і центри традиційної медицини), то спеціалізована допомога надається в лікарнях третинного рівня. Пацієнти самі вибирають постачальника медичних послуг без суттєвих обмежень вибору. При відсутності у лікаря первинної ланки функції «воротаря» пацієнту легко отримати спеціалізовану допомогу у стаціонарах третинного рівня. Послуги вторинної допомоги при легко одержуваному напрямку лікаря первинної ланки можуть бути отримані пацієнтом 43 лікарнях третинного рівня. Послуги суспільної охорони здоров'я, спрямовані на поліпшення стану здоров'я нації, виявляються на рівні центрального і регіонального урядів. Діяльність служб охорони громадського здоров 'я спрямована на формування здорового способу життя, профілактики захворювань та інші заходи на популяційному рівні, що сприяють поліпшенню стану здоров'я населення.

Система забезпечення підтримання здоров'я і добробуту населення похилого з втратою дієздатності, обумовленої віком, значно покращилася з моменту введення в липні 2008 року схеми страхування на випадок довготривалих хронічних захворювань, що дозволяє застрахованим особам отримувати доступ до медичного обслуговування на дому і в медичних установах.

Незважаючи на те, що програма ОМС включає в себе безкоштовну стоматологічну допомогу, рівень особистих витрат громадян на отримання цього виду допомоги залишається відносно високим у силу того, що багато види лікування не включені в програму ОМС. Уряд планує розширити програму ОМС і включити в неї деякі додаткові послуги стоматологічної допомоги, наприклад, протезування.

Застосування методів комплементарної та альтернативної медицини (КАМ) є традиційною і важливою частиною системи охорони здоров'я Республіки Корея, їх роль постійно зростає. У програму ОМС як частина КАМ включені такі методи традиційної медицини, як акупунктура і медицина на основі лікарських трав. У 2007 році частка витрат на традиційну медицину в загальних витратах на охорону здоров'я склала 5,97%.

Контрольні питання

1. Назвіть Міжнародні норми, стандарти, правові акти, пов'язані з розробкою принципів фінансування та організації галузі охорони здоров'я.

2. Назвіть базові моделі систем охорони здоров'я світу.

3. Які моделі відносяться до ринкової та соціальної моделі охорони здоров'я?

4. В чому сутність державної системи охорони здоров'я?

5. Назвіть основні джерела її фінансування.

6. Вкажіть основні переваги державної моделі охорони здоров'я.

7. В чому полягають основні недоліки державної моделі охорони здоров'я?

8. Які моделі можна віднести до державних? Дайте їх характеристику.

9. Система Беверіджа, її основні засади та джерела фінансування.

10. Вкажіть основні переваги система Беверіджа.

11. В якій ролі в системі Беверіджа виступають медичні працівники?

12. Назвіть основні недоліки системи Беверіджа.

13. Дайте характеристику основним засадам моделі Семашка.

14. Як фінансувалася модель Семашка?

15. Назвіть основні переваги моделі Семашка.

16. Назвіть недоліки моделі Семашка.

17. Як в моделі Семашка виступають медичні працівники?

18. В чому полягає сутність системи охорони Бісмарка?

19. Які основні джерела її фінансування?

20. Кому належать заклади охорони здоровя в страхових системах фінансування?

21. В чому основні переваги моделі Бісмарка?

22. В чому полягають найбільші недоліки моделі Бісмарка?

23. В якій ролі в моделі Бісмарка виступають медичні працівники?

24. Розкрийте сутність суспільно-приватної моделі організації охорони здоров’я.

25. Як працюють суспільні та приватні страхові фонди?

26. Дайте характеристику ринковій моделі охорони здоров’я.

27. Назвіть основні джерела фінансування ринкової моделі охорони здоров’я.

27. В чому її основні недоліки?

28. Назвіть основні переваги ринкової моделі охорони здоров’я.

29. Які країни переважно використовують державну модель охорони здоров’я?

30. В яких країнах переважно використовується страхова модель охорони здоров’я?

31. Яка країна використовує ринкову модель?

32. Дайте характеристику систем охорони здоров’я пострадянських країн.

33. Які системи охорони здоровя впровадили країни Центральної Європи?

34. Переважно які моделі систем охорони здоров’я впроваджують країни Азії?

35. Які основні проблеми в реформуванні системи охорони здоров’я України?

Література

1. Громадське здоров’я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва [та ін.]. – Вид. 3. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – 560 ст.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – ВОЗ, 2013. – 129 с.

3. Європейська база «Здоров'я для всіх», 2008. [Електронний документ]. – Шлях доступу: http://www.who.int/nha. – Назва з екрану

4. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения //http://infection-control.com.ua/documents

5. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе. Европейская серия «Здоровье для всех». - №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.

6. Здоровье и системы здравоохранения: [доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2016 г.]. – Женева: ВОЗ, 2016. – 178 с.

7. Мировая статистика здравоохранения 2017. – Женева, ВОЗ. – С. 113 – 126.

8. Политика финансирования здравоохранения: рук. для лиц, принимающих решения, 2008. – 27 с.

9. Системи охорони здоров'я В.Ф. Москаленко

10. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [et al.]; ВОЗ, 2008 г. [Электронный документ]. – Путь доступа: http://www.who.int/nha. – Название с экрана

11. Салтман Р., Фигейрос Д. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Салтман ; пер. с англ. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 423 с.

12. Талліннська хартія: Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту /http://www.euro.who.int//document/E91438r.pdf

13. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения : науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos ; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген :ВОЗ, 2010. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17).

14. Kutzin J. Политика финансирования здравоохранения : рук. для лиц, принимающих решения : стратег. док. по вопр. финансирования здравоохр. /J. Kutzin ; отдел поддержки систем здравоохранения в странах ВОЗ. – Женева, 2008. – 35 с.

15. «Фориншурер: медицинское страхование» http://medinsurance.com.ua/review/345