

УДК 351.77(4)

Грузін Р.П., здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування
Науковий керівник: Чикаренко І.А., д.держ.упр., професор, завідувачка кафедри державного управління і місцевого самоврядування
(Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», м. Дніпро, Україна)

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сьогодні, в умовах європейської інтеграції України, а також з урахуванням загроз та небезпек життю та здоров'ю майже кожного мешканця нашої країни, обумовлених збройною агресією РФ та введенням в Україні правового режиму воєнного стану, важливим є дослідження зарубіжного досвіду формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, зокрема, таких провідних європейських країн, як Франція, Швейцарія, Швеція, Великобританія, Німеччина тощо [1 – 4].

Слід зазначити, що найефективнішою системою охорони здоров'я, за висновками ВООЗ, є французька модель системи охорони здоров'я [2]. У Франції еволюція розвитку системи охорони здоров'я поділяється на 3 періоди, з яких у 1-му періоді (1928-1930 роки) відбулося прийняття законів про впровадження соціальної страхової медицини. Зазначені правові акти встановили такі основні принципи подання медичної допомоги у країні, як вільний вибір лікаря й умов оплати медичних послуг [1].

У другому періоді продовжився розвиток законодавчої бази – було прийнято Кодекс медичної деонтології і переглянуто систему тарифів на медичні послуги. Унаслідок реформування галузі було запроваджено обов'язковість дії лікарської таємниці; свободу лікувальних призначень; пряму угоду між лікарем та пацієнтом щодо гонорару; пряму виплату гонорару лікареві.

У 1971 році почався третій період, що пов'язують із прийняттям нового закону про медичне страхування, який затвердив відносини між страховими касами та лікарями та закріпив основні принципи організації охорони здоров'я в країні [1]. У 1991 р. було прийнято ще один закон, що поклав початок реформування галузі. Згідно з цим законом було визначено два основних інструменти планування: модифіковану санітарну карту та регіональну схему організації охорони здоров'я в республіці.

Слід зазначити, що система охорони здоров'я у Франції – централізована. Діяльність у цій сфері контролює Міністерство праці та соціального забезпечення. У країні запроваджено єдину страхову організацію – Національну лікарняну касу, яка має значну кількість філіалів, що розташовані по всій території країни, і їй підпорядковуються [1].

У Великобританії безкоштовне медичне обслуговування гарантується всім, хто має право на проживання в цій країні, незалежно від рівня доходів та громадянства [2]. В країні існує дієвий механізм надання медичної допомоги, який базується на державному принципі організації системи охорони здоров'я. Кожний громадянин має можливість відповідно до свого місця проживання піти до відповідного медичного закладу. Якщо він має певні проблеми зі здоров'ям, він може записатися на прийом до закріпленого за ним терапевта, який потім встановлює первинний діагноз, і направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та консультації до вузькопрофільних спеціалістів.

Британською національною системою охорони здоров'я передбачаються значні пільги на придбання лікарських засобів. Окремим категоріям громадян лікарські засоби надаються безкоштовно, для пенсіонерів діє система знижок, тому переважна частка населення (та, що залишилася) купує лікарські засоби за ціною, встановленою державою (близько 10 у.е. з єдина для всіх ціна). Деякі регіони країни впроваджують власні моделі організації охорони здоров'я. Наприклад, Оксфордська модель базується на командному

принципі. Медичну допомогу подає спеціалізована команда фахівців упродовж усього лікування та реабілітації, починаючи з діагностики конкретного клінічного випадку. Командний підхід забезпечує вищий рівень координації та кооперації провайдерів [3]. Конкуренція між командами може призвести до значних змін рівня якості подання медичної допомоги та її вартості [1]. Тому обов'язковим елементом при впровадженні такої моделі є об'єктивність та доступність інформації про професійні якості кожного члена команди.

У Швеції державна політика з охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівних можливостей щодо отримання медичної допомоги і створення здорового способу життя для всіх членів суспільства. У 1983 р. 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. Реалізація цієї політики сприяла здійсненню структурних реорганізацій у сфері охорони здоров'я і передбачала жорсткий адміністративний контроль з боку державних структур за процесом подання медичної допомоги в медичних закладах [1; 2].

У Швейцарії система охорони здоров'я також базується на принципі обов'язковості медичного страхування кожним мешканцем країни. Такий «застрахований» пацієнт, як і в інших європейських країнах, сплачує лише 10% загальної суми лікування. Пацієнт має можливість самостійно обрати лікарню касу. Його внески не залежать від прибутку, проте можуть відрізнятись в різних лікарняних касах. Останніми роками громадяни Швейцарії надають перевагу бонусній страховці, коли розмір внеску зменшується за умови нечастого звертання по медичну допомогу.

У Німеччині історично склалося так, що система медичного страхування охоплює 90% населення, і розв'язує власні завдання незалежно від державного бюджету. Розміри страхових внесків у цій країні залежать від платоспроможності застрахованих. Втім, самі медичні послуги не залежать від розміру особистих внесків пацієнтів, і надаються відповідно до потреб та їх стану здоров'я. Ця методика забезпечує так зване «солідарне вирівнювання», яке полягає у тому, що здорові люди сплачують за хворих, молодь сплачує за осіб похилого віку, а більш платоспроможні – за малозабезпечених. Кожний громадянин може бути членом певної лікарняної каси [1].

Отже, досвід країн з приватною страховою медициною вказує на наявність певних резервів для збільшення економічної ефективності охорони здоров'я. Продовження процесів реформування системи охорони здоров'я в Україні у повоєнний період, зокрема, в умовах прагнення України якомога швидше отримати статус країни – повноправного члена Європейського Союзу, матиме позитивний результат, якщо національні переваги і тенденції будуть підкріплюватися ефективним впровадженням європейських принципів, норм, правил, цінностей, а також на основі їх досвіду та кращих практик.

Список використаних джерел:

1. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Камінська В.М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія*. 2015. № 1 (20). С. 38–48.
3. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): Інформаційна довідка. *Європейський інформаційно-дослідницький центр*. URL: <https://infocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29195.pdf>.
4. Франція і Німеччина найбільше витрачають на охорону здоров'я серед країн ЄС. *Європейська правда. Міжнародна безпека та євроінтеграція України*. 03.09.2020. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2020/09/3/7100371/>.