

6. Dixit A. Governance Institutions and Economic Activity. URL: [https://www.princeton.edu/~dixitak/home/PresAd\\_F1.pdf](https://www.princeton.edu/~dixitak/home/PresAd_F1.pdf)

7. Single Supervisory Mechanism. URL: <https://www.bankingsupervision.europa.eu/about/thessm/html/index.en.html>

8. Treaty on Stability, Coordination and Governance in the Economic and Monetary Union. URL: [http://european-council.europa.eu/media/639235/st00tscg26\\_en12.pdf](http://european-council.europa.eu/media/639235/st00tscg26_en12.pdf).

**Любов МОЇСЕСВА**  
*аспірантка*

## **ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ СОЮЗІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ**

На початку XXI ст. можна спостерігати важливі зрушення щодо ключових концепцій соціальної політики в Європі. Мережа соціального захисту, побудована в золотих 1960-х роках, потребує ремонту. Нерівність у доступі до медичної допомоги та щодо важливих показників здоров'я навряд чи торкнулася протягом чотирьох десятиліть держави загального добробуту [1].

Зараз вводяться більш цільові програми охорони здоров'я, зокрема програми компенсації захворювань. Акцент на самосвідомості пацієнтів покликаний зменшити невідбиркове використання ресурсів охорони здоров'я на тлі самонехтування. Все частіше загальний доступ і загальне охоплення зменшуються і визначаються як основне право на послуги, а економічна ефективність стає важливим лакмусовим папірцем для охоплення препаратів, процедур і технологій охорони здоров'я. Розподіл витрат і необхідне додаткове страхування є додатковими механізмами для зберігання основних прав.

Стимування державного дефіциту є новим пріоритетом, до якого повинні прагнути охорона здоров'я, освіта та інші програми держави загального добробуту.

Увага до профілактики в нинішніх реформах визнає альтернативні витрати на скринінг і програми в стилі життя. Збільшення медичних витрат, які програми профілактики захворювань, як правило, генерують після цього, визнається все частіше [2].

Однією з найбільш фундаментальних подій, що змінюють ландшафт надання медичної допомоги в Європі, є поступова, але постійна консолідація різних типів багатооб'єднаних організацій та мереж у прагненні до ефективності. Встановлюються різні конфігурації. Вони варіюються між вільними угодами про співпрацю в певних областях між незалежними установами до повного злиття та корпоративної реструктуризації. Прагнення до повного спектру інтегрованих послуг і очікування економії на масштабі при більш професійних системах управління є основними силами, які сприяють виникненню консорціумів охорони здоров'я в Європі, розвиток яких прийшов пізніше, ніж це було в США. Ряд урядів використовують економічні стимули, щоб перешкоджати подальшому існуванню малих і навіть середніх інститутів. Вони також намагаються нав'язати скорочення загальної пропускну здатності ліжок об'єднання установ.

Децентралізація прийняття управлінських рішень та конкурентні контракти з постачальниками медичних послуг з вірою в те, що «невидима рука» створить підвищену ефективність у реформах Нідерландів та Великобританії. У зворотному напрямку, моніторинг використання всіх клінічних процедур, пов'язаних з фінансовими штрафами за порушення попередньо встановлених керівних принципів практики, вводять дорогі мікрорегуляції як важку «видиму руку» в економіці охорони здоров'я медичних культур, таких як у Бельгії, Франції та Німеччині, які традиційно схилиються до клінічної автономії [3].

Якість медичної допомоги та необхідність зробити систематичне забезпечення якості обов'язковими стали центральними питаннями в політичних маніфестах, заявах про політику в галузі охорони здоров'я та актах реформи охорони здоров'я. Синергізм факторів сприяє цьому акценту на якості догляду. Більш широкі події в суспільстві в цілому загострюють питання якості медичної допомоги в Європі. Якість виникла як критичний аспект продуктів, послуг та різних середовищ, з якими люди взаємодіють, включаючи якість власного життя. Якість стала

передовою в економічній конкуренції та ідеологічному суперництві. Прагнення до кращої якості життя, дружніх до людини державних послуг і здорового навколишнього середовища були потужними підводними течіями, що підривають довіру і легітимність режимів і правлячих політичних партій в Центральній і Східній Європі.

Стимування витрат створило суперечку «витрати проти якості». Постачальники медичних послуг стверджують, що зниження витрат автоматично погіршить якість догляду і що більше витрат необхідні для поліпшення якості медичної допомоги. Регулятори охорони здоров'я та страхова галузь перевертають суперечку. Вони стверджують, що забезпечення якості, за рахунок зниження поточного рівня неналежного догляду та неефективного використання ресурсів, може бути основним джерелом економії.

Майже всі європейські країни мають універсальну систему охорони здоров'я. Хоча деякі люди називають це європейською системою «безкоштовної охорони здоров'я», насправді вона не є безкоштовною. Хоча кожна країна має свої відмінності, спільним знаменником є те, що кожен платить за охорону здоров'я як суспільство, маючи намір мінімізувати загальні витрати та розподілити витрати та ризики, з тим щоб небагато, яким не пощастило, не збанкрутували через медичні витрати. Це також гарантує, що ті, хто живе в бідності, можуть отримати допомогу, яку вони не могли б собі дозволити [4].

Регулятори та страховики прагнуть стимулювати більш ефективне використання ресурсів та направляти прийняття рішень до належної допомоги з надією на підвищення якості медичної допомоги, обмежуючи витрати. Експерименти з управління клінічними ресурсами у Великобританії та плани в Нідерландах поєднати фокус на економічній ефективності з використанням керівних принципів практики, розроблених спеціалізованими радами, виправдовують надію на те, що якість за доступною ціною може стати реалістичною [5].

Хоча жодна система не є досконалою, універсальна медична допомога в Європі означає, що піклуються про всіх, включаючи іноземців. По всій Європі люди з проблемами здоров'я звертаються в першу чергу до аптеки, а не до лікаря. Європейські фармацевти можуть діагностувати та призначати ліки від багатьох простих проблем, таких як біль у горлі, лихоманка, проблеми зі шлунком, проблеми з пазухами, безсоння, пухирі, висип, інфекції сечовивідних шляхів або біль у м'язах, суглобах та спині. У більшості міст є принаймні кілька цілодобових аптек.

Європейська карта медичного страхування дає право на необхідну медичну допомогу під час перебування в межах ЄС та Європейського економічного простору та Швейцарії. Необхідна медична допомога не є безкоштовною – витрати пацієнта, що підлягають відрахуванню (відвідування, оплата лікарняних тощо), оплачуються відповідно до тарифів у країні перебування.

Можливістю отримати планове лікування за кордоном є згідно з Директивою ЄС про вільне пересування пацієнтів. Це означає, що пацієнт, який має направлення до медичного фахівця, може обрати із закладу охорони здоров'я чи лікаря будь-якої державної системи ЄС, а після лікування звернутися за компенсацією до Фонду медичного страхування [6].

Національна відповідальність за політику в галузі охорони здоров'я та рішення щодо розподілу ресурсів наразі руйнується. Вибір у наданні медичної допомоги і навіть підвищення доходів поступово вимагається і перерозподіляється від традиційних національних центрів влади. Ця «розбіжність у зближенні» до субнаціонального рівня і вгору до європейського рівня є частиною формування нової «Європи регіонів». Субнаціональні утворення, які трансформують Європу, утворюють яскраву мозаїку з корінням, заснованою на середньовічній історії та етнічних, культурних та релігійних відмінностях. Передача відповідальності та повноважень регіональним органам влади щодо місії, ролі та структури надання медичної допомоги має важливі наслідки. Вироблення політики в галузі охорони здоров'я поступово переходить від керівництва державними службовцями, які працюють на центральну владу, до зростаючого скупчення регіонально обраних політиків. Організаційні моделі та поєднання центральних та регіональних органів влади відрізняються між країнами. Дисперсія між регіонами в тій чи іншій країні стає більш помітною, ніж раніше. Рівні ресурсів, конфігурації

ресурсів, рівні витрат і пріоритети відображають відмінності в акценті політично визначеної політики охорони здоров'я [3].

#### Список використаної літератури

1. Townsend, P., and N. Davidson. 1982. *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth, England: PenguinBooks.
2. Evered, D., editor, and J. Whelen, editor. (eds.). 1985. *The Value of Preventive Medicine*. London: Pitman Publishing Ltd.
3. Blanpain, Jan E. *Health Care Reform: The European Experience*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231468/>
4. *Medical Care in Europe*. URL: <https://www.ricksteves.com/travel-tips/health/medical-care-in-europe>
5. Casparie, A. F. 1991. Guidelines to shape clinical practice – The role of medical societies: The Dutch experience in comparison with recent developments in the American approach. *Health Policy*. 18(3): 251–260.
6. *Healthcare in the EU and elsewhere*. URL: <https://www.haigekassa.ee/en/kontaktpunkt/medical-care-europe/healthcare-eu-and-elsewhere>

#### Надія РУДІК

*к.держ.упр., доц., доцент кафедри економіки та менеджменту, Український державний університет науки і технологій*

### ЗМІЦНЕННЯ ОБОРОННОЇ СПРОМОЖНОСТІ ЄС: ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОГАЛИН

Під час неформального саміту у Версалі 11 березня 2022 р. глави держав і урядів ЄС взяли на себе зобов'язання «зміцнити європейську обороноздатність» у світлі російської військової агресії проти України. Так, вони домовилися: 1) збільшити витрати на оборону; 2) активізувати співпрацю за допомогою спільних проєктів; 3) усунути недоліки та досягти визначених цілей; 4) стимулювати інновації, в тому числі за допомогою цивільної / військової синергії; 5) зміцнювати та розвивати європейську оборонну промисловість, у тому числі малий та середній бізнес [8]. В підсумковій декларації зустрічі лідери держав-членів ЄС запропонували «Європейській Комісії, у координації з Європейським оборонним агентством, проаналізувати проблему недостатніх інвестицій у оборону до середини травня і запропонувати подальші ініціативи, необхідні для зміцнення європейської оборонної промислової та технологічної бази» [5, р. 5]. Ця пропозиція була повторена в Стратегічному компасі з безпеки і оборони (амбітний план дій щодо зміцнення спільної оборонної та безпекової політики ЄС) [1], прийнятому Радою ЄС та схваленому Європейською Радою в березні 2022 р.

Запитуваний у Версальській декларації аналіз був оприлюднений в Спільному повідомленні Європейської Комісії та Верховного представника ЄС з питань закордонних справ і політики безпеки від 18 травня 2022 р. [6], адресованому Європейському Парламенту, Європейській Раді, Раді ЄС, Економіко-соціальному комітету та Комітету Регіонів. В цьому документі запропоновано новий рівень амбіцій у побудові сильнішої Європи в сфері оборони. Рекомендації повідомлення обговорені на спеціальному засіданні Європейської Ради 30 та 31 травня в Брюсселі.

Повідомлення має на меті гарантувати, що збільшення витрат на оборону державами-членами приведе до значно міцнішої оборонної технологічної та промислової бази ЄС, забезпечуючи посилене звичайне стримування будь-якого потенційного противника. Спираючись, зокрема, на Повідомлення про внесок Комісії в оборону ЄС від 15 лютого 2022 р. [2], державам-членам були запропоновані нові шляхи активізації спільних оборонних закупівель, а також взаємодії з промисловістю для збільшення її виробничих потужностей з