

УДК 342.951:341

## ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН В УПРАВЛІННІ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Воробйов В.В.**

аспірант Класичного приватного університету

### I. Вступ

В умовах сьогодення значної актуальності набувають питання правового забезпечення медичної діяльності. Це пов'язано з низкою причин, основною з яких може вважатись незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я і, як наслідок, невдоволеність значної частини пацієнтів якістю та доступністю медичної допомоги. Не варто при цьому забувати, що згідно з Конституцією України медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я має надаватись безоплатно. Проте практика свідчить про інше. Видається, що одним із ключових кроків держави в цьому плані має стати законодавче запровадження обов'язкового медичного страхування як форми організації надання та фінансування медичної допомоги.

### II. Постановка завдання

Мета статті – дослідити нормативно-правове регулювання системи охорони здоров'я зарубіжних країн.

### III. Результати

Питання правового регулювання охорони здоров'я розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо.

Так, у 1948 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Загальну декларацію прав людини, в якій зафіксовано, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї [1, с. 20].

У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я.

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно з якою на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції,

де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я. І хоч завдяки державному фінансуванню створюються передумови для найповнішого забезпечення населення з різним рівнем доходу медичними послугами, бюджетна медицина є привілеєм багатих країн.

2. Платна (приватна) модель фінансування, що створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільше платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30–40% усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного Хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10–20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дає змогу збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [2, с. 278].

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення. З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, сучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення.

Цікаво, що міністерство, яке опікується у Франції охороною здоров'я, протягом останнього століття дев'ять разів змінювало свою назву та функції, паралельно займаючись також соціальним забезпеченням та

охороною праці. Крім того, протягом усього періоду існування державної політики в галузі охорони здоров'я деякими питаннями, які стосуються медицини, займаються інші міністерства. Наприклад, шкільна гігієна та охорона здоров'я студентів перебувають у юрисдикції міністерства народної освіти, військова медицина підпорядкована міністерству оборони тощо.

Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані "каси", тобто страхові компанії. У кожного працюючого жителя країни відраховується певний відсоток із заробітної плати, щоб у майбутньому можна було заплатити за медичне обслуговування та отримати кошти на закупівлю ліків. Це так зване "соціальне страхування". Навіть уже отримуючи пенсію, французи продовжують платити у "каси". Якщо людина захворіє і потребуватиме стаціонарного лікування, перші 33 дні перебування в лікарні оплачуватиме страхова компанія. Далі хворий мусить платити із власної кишені. Однак якщо людина хворіє довше ніж 60 днів, її переводять у безкоштовну лікарню. Якщо ж цей стан триває три роки, можна отримати інвалідність. У Франції існують лише дві групи інвалідності: перша, коли людина не може обслуговувати себе сама, та друга – охоплює всі інші випадки.

Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80% населення. Службовці та наймані робітники страхуються всі без винятку. Ті, хто не працює або має вільну професію, отримують право на соціальне страхування, якщо їхній річний прибуток не перевищує встановлений максимум.

Застрахований у разі хвороби має право звернутися за бажанням не лише до державної лікарні, а й до приватної або до лікаря, який практикує приватно. Однак страхова "каса" тоді оплатить лише 80% вартості медичних послуг і стільки ж по рахунках за ліки та госпіталізацію. А це недешево. Так, візит до терапевта коштує близько 20 євро. До вузько-спеціального фахівця – вже 35–40 євро. До того ж приймають здебільшого готівку – для країни, де всюди розраховуються кредитними картками, це рідкісне явище. Багато лікарів, які працюють у лікарнях та госпіталах, мають також свої приватні кабінети.

У Франції є багато великих науково-дослідних установ, які одночасно лікують. Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст і підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Заклади для лікування психічно хворих та хворих на туберкульоз належать департаментам чи приватним особам. Диспансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, а в дуже великих містах – на муніципальні кошти. При кожній лікарні є клініка для амбулатор-

них хворих. Офіційно визнані неможливі лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках.

У структурі правової системи Франції закони, що регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, зведені в кодекс законів про громадське здоров'я – Code de la sante publique. Кодифікація була здійснена відповідно до постанови уряду від 05.10.1953 р. У цьому кодексі зібрані закони та підзаконні нормативні акти, зазначено їх першоджерела, дати прийняття і внесення поправок. Крім того, до кожної статті закону додаються підзаконні нормативні акти, що конкретизують юридичний механізм їх реалізації. Кодекс складається з таких частин:

1. Загальні питання охорони громадського здоров'я.
2. Санітарні та медико-соціальні заходи сприяння сім'ї, дітям та молоді.
3. Боротьба з негативними соціальними явищами та хворобами.
4. Лікарські спеціальності та середній медичний персонал.
5. Фармація.
6. Використання продуктів людського походження з лікувальними цілями.
7. Заклади охорони здоров'я, курорти та санаторії, лабораторії.
8. Установи.
9. Персонал.

Отже, приклад структуризації системи права є досить показовим, гідним наслідування. Хоча в кодексі і недостатньо відображені питання економічних механізмів функціонування закладів охорони здоров'я, як державного, так і приватного сектора, та є певні недоліки і в структурі цього документа, але в цілому можна відзначити раціональність такого підходу.

Таким чином, можна зробити висновок, що основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я, відповідно до цього закону, зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління.

Реформування правової бази сучасної системи охорони здоров'я Канади почалося з 1940 р., коли законодавчо було встановлено надання низки спеціальних цільових субсидій для програм охорони здоров'я та будівництва лікарень. Механізм субсидій сприяв швидкому розвитку лікарняних закладів по всій країні, закладаючи традиції медичної допомоги в лікарнях, що і на сьогодні є характерним для Канади. Розвиток сучасної канадської системи медичного страхування почався в 1957 р. з прийняття Акта про госпітальне страхування і діагностику, який закріпив федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну медичну допомогу з умовою відповідності

провінційних планів медичної допомоги ряду національних вимог. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний та провінційний уряди, а лікарі зберегли контроль над вирішенням лікувально-клінічних питань і питань, пов'язаних з їхніми приватними практиками.

Наступний крок зроблено в 1968 р., коли було прийнято Акт медичної допомоги. Цей документ встановлював федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну та позалікарняну медичну допомогу і створював канадську систему медичного страхування – “Медикер”. Зазначена програма, як відомо, фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці в розмірі 1,45% від заробітної плати. Програма надає послуги лише людям віком понад 65 років, деяким інвалідам та людям, що мають постійну ниркову недостатність. “Медикер” складається з двох частин. Частина I – лікарняне страхування, яке покриває лікарняні послуги, такі як стаціонарні послуги, послуги лікарень, що надають екстрену медичну допомогу, заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу, хоспіси та стаціонари на дому. Частина II – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, що не входять до частини I. У частині I особа отримує послуги “Медикер” безплатно, якщо чоловік (або дружина) пропрацювали принаймні 10 років на роботі, яка покривається програмою “Медикер”, або вони мають інвалідність. Частина II передбачає сплату страхового внеску розміром 50 дол. США на місяць. Ця частина є добровільною [3, с. 65].

Такий крок зачепив інтереси лікарів, зумовив протистояння. Таке рішення було сприйняте як втручання уряду у сферу приватних інтересів. Конфлікт був вирішений лише тоді, коли лікарі погодились підкоритися Актіві, отримуючи міцну посередницьку владу для їхньої професійної асоціації. Поки провінційні медичні асоціації вели переговори з федеральним урядом про визначення рівня виплат для лікарів за їхні послуги, лікарі зберігали свої права на безпосереднє видання пацієнтам рахунків за послуги, котрі коштують більше, ніж це встановлено провінційним планом медичного забезпечення. Значення цього рішення для канадської системи медичної допомоги полягало в тому, що фінансування медичної допомоги перейшло до державного сектора, а надання медичних послуг залишилося в приватному. Лікарська практика та лікарні перебувають у віданні приватних установ, однак під зростаючим впливом державного регулювання.

Ще один крок, що спричинив значні зміни в канадській системі охорони здоров'я, був

зроблений у 1977 р. прийняттям Акта встановлення програм фінансування. Цим Актом зберігалось дотримання провінціями принципів політики в галузі охорони здоров'я, що визначала на федеральному рівні умови отримання федерального фінансування, але змінювалася формула розподілу коштів між столицею та провінціями. Замість безпосередньої оплати 50% витрат провінції на охорону здоров'я, як було раніше, федеральний уряд перейшов на систему блокових субсидій для фінансування витрат на медичну допомогу та вищу освіту. Вирішення розподілу та використання блокових субсидій ввійшло у відання провінцій. Така система була привабливою для федерального уряду, бо вона забезпечувала краще планування та контроль над видатками системи охорони здоров'я. Вона також була прийнятною для провінцій, оскільки надавала їм більше можливостей та незалежності в розв'язанні проблем системи охорони здоров'я. Були, правда, відмічені і негативні прояви: після прийняття Акта почалося прогресуюче подрібнення національної системи охорони здоров'я на провінційні плани медичної допомоги.

Продовження конфлікту між медичною асоціацією та урядом Канади, незадоволення народу зростаючими видатками на медичну допомогу та можливим зменшенням доступності медичної допомоги привели до створення в 1979 р. Національної королівської комісії, яка підтвердила фундаментальні принципи “Медикеру” та піддала критиці збільшення оплати медичних послуг понад рівень, встановлений федеральним урядом.

Результатом цього процесу став закон про охорону здоров'я (1984 р.), який закріпив принципи “Медикеру”. Для отримання федеральної частки коштів на фінансування системи охорони здоров'я провінції мали дотримуватися низки національних стандартів, що вимагають включення до планів провінцій таких елементів:

1. Всеохопне забезпечення всіх необхідних медичних послуг та лікування в лікарнях.

2. Обов'язкове забезпечення медичною допомогою всіх канадських громадян та тих, хто має дозвіл на проживання в Канаді.

3. Державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування.

4. Взаєморозрахунки за страхові послуги, отримані будь-де в Канаді, незалежно від місця постійного проживання пацієнта.

5. Доступність медичної допомоги, незважаючи на фінансове становище пацієнта.

Більше того, цей закон чітко і ясно забороняє прибуткове приватне надання тієї ж

самої допомоги, яка вже оплачена провінційною системою медичного страхування. Цим самим Канада відкинула ринковий підхід до надання медичної допомоги, вважаючи, що медична допомога є правом громадянина, а не товаром, який вибирають і купують.

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 р., коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування. Для деяких груп населення також існує певна співплата за стоматологічну допомогу. Пацієнти можуть вільно вибирати своїх сімейних лікарів (або лікарів загальної практики).

Спочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак ця організація була значною мірою змінена в 1990-х рр. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений "внутрішній ринок". Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров'я, які закуповують послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і забезпечення можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Але фінансування цієї системи залишилося за державою.

Система оплати лікарям загальної практики є комплексним поєднанням гонорарів та цільових виплат, що визначаються їх контрактами. Основною формою оплати є подушна. Рівень оплати залежить від віку пацієнта. Деякі послуги (наприклад, контрацепція або вакцинація) оплачуються окремою статтею. Крім того, існують заохочувальні платежі. Лікарі загальної практики – фондотримачі, які становлять майже половину всіх лікарів загальної практики, отримують бюджет для надання первинної медико-санітарної допомоги та придбання всіх видів спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги для прикріпленого контингенту пацієнтів. Фондотримачі не можуть збільшити власний дохід, але можуть реінвестувати свої заощадження. Стоматологи, в основному, отримують оплату за послугу [4, с. 57].

Оплата аптекарям встановлюється на основі домовленості між центральним урядом та представниками цієї професії [5, с. 31].

В результаті реформи 1990-х рр. стало очевидно, що первинна медико-санітарна допомога та лікарі загальної практики, як і раніше, працюють ефективно. Акцент на первинному рівні допомоги завжди вважався сильною стороною системи, тому він був збережений і після проведення реформи. Однак спеціалізована допомога, за деякими оцінками, вважається проблемним сектором, оскільки на неї не вистачає ресурсів. Існують довгі черги на госпіталізацію, що, можливо, є результатом недостатньої координації роботи між лікарями загальної практики і лікарнями, а також між самими лікарнями.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким [6, с. 187].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я характерна для США, де оплата медичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхується своїми роботодавцями або через такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів організацією Синього хреста і Синього щита. Ці некомерційні організації зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на два – три роки. Страхові внески можуть бути дуже високими.

Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікуванню яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій хрест і Синій щит, можуть обмежити вибір лікаря.

Для медичного обслуговування малозабезпечених соціальних груп створені державні програми медичної допомоги: "Меди-

## Держава та регіони

кейд” – для осіб із низьким рівнем доходів і безробітних і “Медикер” – для осіб похилого віку.

У системі “Медикейд” основні витрати покладаються на штати і місцеві органи, федеральний уряд відшкодовує їм половину витрат на госпіталізацію та амбулаторну допомогу.

Система “Медикер”, створена для пенсіонерів віком старше 65 років, фінансується за рахунок податків на підприємців і на працюючих. За своїми витратами “Медикер” – величезне підприємство [7, с. 142].

Стационарну допомогу громадяни США одержують у госпіталах, які поділяються на дві групи: федеральні, які підпорядковуються уряду і федеральним відомствам; муніципальні, які підпорядковані місцевій владі штатів, релігійним організаціям, власникам й ін. Висока вартість госпітальної медичної допомоги змушує скорочувати терміни лікування. В середньому один хворий перебуває в стаціонарі близько 9 днів. Плану “ліжко-день” у США не існує.

Догоспітальну медичну допомогу населенню США майже повністю надають лікарі приватної практики. Приватною практикою охоплено близько 65–70% всіх лікарів.

За різними оцінками, від 10 до 15% американців не мають жодного медичного страхування.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, і членів їх сімей.

Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми не завжди можуть страхувати своїх працівників.

Фінансова ситуація в США є такою, що при зростанні загальних витрат на охорону здоров'я реальний обсяг медичного обслуговування в цілому скорочується.

Досвід США показує, що запроваджувати комерційне страхування у соціальній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [7, с. 21].

Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг, тоді як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель, федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якій підпо-

рядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших) [8, с. 82].

Система обов'язкового медичного страхування охоплює близько 88% населення. Працівники, що мають річний дохід нижче певного встановленого рівня, повинні обов'язково бути учасниками системи. Ті, чий дохід перевищує встановлений поріг, можуть добровільно бути членами системи обов'язкового страхування або застрахуватись в одній із 45 приватних страхових компаній. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці застраховані через свого роботодавця. Непрацюючі члени сім'ї є застрахованими через того члена сім'ї, який працює.

Тарифи на послуги встановлюються в процесі переговорів, що проходять між основними учасниками системи надання послуг.

Лікарні, як приватні, так і державні, що входять до схем, прийнятих землями, фінансуються подвійним чином: передбачається покриття капітальних витрат урядом землі, а оперативних витрат – лікарняними касами. Оперативні витрати в рамках обов'язкового медичного страхування фінансуються на основі комплексних розрахунків, які включають оплату за окремі випадки захворювань (клініко-статистичні групи), оплату за процедури та добові витрати відділення. Лікарняні послуги для приватно застрахованих покриваються відповідно до окремих тарифів [9, с. 207].

Амбулаторна допомога фінансується методом оплати окремих послуг, тарифи на які в балах встановлюються під час складного процесу переговорів між представниками лікарняних кас та асоціаціями лікарів і стоматологів. Для надання послуг членам лікарняних кас лікарі повинні вступити у відповідні асоціації. Існує федеральний тарифний план – єдиний стандарт оцінювання, фактична грошова вартість послуг визначається на регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів. Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу.

У Німеччині встановлені єдині ціни на ліки. Вартість більшості препаратів відшкодовується на основі системи реферативних цін. Лікар має право виписати хворому більш дорогий продукт, але пацієнт повинен буде заплатити різницю між фактичною ціною ліків і реферативною ціною. Незважаючи на поступове зростання цін, рівень співо-

плати за ліки є одним із найнижчих у ЄС [10, с. 31].

Системі вдалося охопити всі верстви населення і забезпечити їм рівний доступ до великого обсягу сучасних медичних послуг. Більшість вважає цю систему доволі ефективною. Причину такого успіху вбачають у децентралізованому механізмі прийняття рішень і ефективній системі переговорів між надавачами послуг та платниками (лікарняними касами) на національному, земельному та місцевому рівнях. Однак система має деякі суттєві проблеми. Старіюче населення створює загрозу для стабільності механізму соціального забезпечення, заснованому на поточних внесках працюючого покоління. Враховуючи зростання витрат на охорону здоров'я і їх рівень – і в розрахунку на душу населення, і як частку ВВП, система охорони здоров'я в Німеччині є однією з найдорожчих у ЄС [7, с. 132].

У Латвії служби спеціалізованої та високо-спеціалізованої допомоги нині об'єднуються з регіональними лікарняними касами. Лікарняний сектор залишається на 95% державним.

Програма базового обсягу послуг фінансується згідно з кількістю ліжко-днів, але зараз здійснюється перехід до механізму клініко-статистичних груп.

Кошти на покриття мінімального пакета послуг збираються з таких джерел: частина прибуткового податку населення; фіксовані субсидії з державного бюджету; співплата з боку пацієнтів, що вноситься самими пацієнтами або третьою особою замість них – сім'єю, роботодавцем або приватним страховиком; інші платежі з боку третіх осіб.

Відповідно до державного наказу, починаючи з серпня 1995 р., медичні заклади можуть брати плату з пацієнтів у межах базового обсягу послуг до 25% від вартості послуг, що надаються.

Муніципалітети можуть регулювати цю частку, за винятком тих випадків, коли допомога надається дітям віком до 18 років, вагітним та пацієнтам, які отримують невідкладну медичну допомогу, плата за яку не стягується. Мінімальний обсяг медичних послуг, що включено в базовий пакет, може бути розширений залежно від економічних можливостей муніципалітетів, що дає можливість їм виділяти додаткові ресурси на фінансування медичної допомоги.

Державною програмою медичної допомоги (1995) передбачалось надання медичних послуг у спеціалізованих державних медичних закладах. Це лікування та реабілітація психічних хворих та різних видів залежності, туберкульозу, хронічних захворювань дихальних шляхів, онкологічних захворювань, первинної та вторинної реабілітації, лікування препаратами крові та розчинами,

що вводяться внутрішньовенно, перинатальну допомогу та лікування прокази. Державна програма також покриває всі витрати на невідкладну допомогу. Крім того, до цієї програми були включені адміністративні витрати, витрати на державну медичну статистику, екологічні програми, проведення реформи системи охорони здоров'я, судово-медичну експертизу, патолого-анатомічну службу, програми імунізації, планування сім'ї, а також на заходи, пов'язані з ліцензуванням та контролем медичних закладів і працівників [5, с. 17].

Так званий базовий пакет послуг визначив мінімальний обсяг медичної допомоги, яку повинні надавати всім жителям державні та муніципальні заклади. Ці послуги оплачуються територіальними лікарняними касами з бюджету муніципалітетів, а також самими пацієнтами згідно із законом про часткове покриття пацієнтами витрат на медичну допомогу.

Територіальними лікарняними касами оплачуються такі заходи, як:

- невідкладна допомога, що надається незалежно від місця проживання пацієнта;
- діагностика гострих та хронічних захворювань, їх лікування та динамічне спостереження за ними;
- відвідування вдома тих пацієнтів, чий стан здоров'я не дає їм змоги відвідувати медичний заклад;
- огляд вагітних, допомога при пологах та в разі патології вагітності;
- профілактика, діагностика та лікування інфекційних захворювань та інфекційних захворювань шкіри;
- специфічна та неспецифічна вакцинація і специфічна імунотерапія відповідно до наказу департаменту охорони здоров'я Міністерства соціальної допомоги;
- всі види медичної допомоги дітям до 18 років, включаючи стоматологічну допомогу;
- медична допомога на випадок травматизму та професійних захворювань;
- забезпечення ліків, до яких застосовуються знижки згідно з наказом Міністерства соціальної допомоги;
- медична допомога особам, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії.

Медичні заклади можуть стягувати з пацієнтів співплату за послуги, що включені в базовий пакет, у розмірі не більше ніж 15% вартості послуги, що надається. Ця співплата визначається Міністром і є єдиною для всієї країни. Але оскільки є групи населення, які звільнені від співплати, пряма оплата пацієнтів "з кишені" покриває близько 4% від загальних виплат надавачам послуг [11, с. 81].

Якість та обсяг послуг, що надаються, контролюються лікарями – інспекторами

## Держава та регіони

територіальних лікарняних кас, інспекцією контролю за якістю медичної допомоги та експертизою інвалідності або запрошеними нею експертами.

Державні програми медичної допомоги фінансуються безпосередньо за рахунок доходів державного бюджету. Державна програма, підпрограми та інші заходи повинні фінансуватися Державним центральним фондом медичного страхування, кошти якого формуються за рахунок:

- цільової частини прибуткового податку, що надходить на рахунок фонду від Служби державних надходжень;
- надходжень від муніципалітетів, які мають контракти з Міністерством фінансів про збір прибуткових податків;
- частини базової бюджетної субсидії із загальних державних надходжень для покриття витрат на надання базового пакета послуг.

Лікарні в середньому використовують 40% своїх коштів на покриття матеріальних витрат (оренда, електроенергія, опалення, водопостачання, послуги пральні, їжа тощо) та 60% – на виплату заробітної плати та соціальне страхування.

Фінансовою проблемою є те, що лікарня отримує лише 80% всього свого бюджету від лікарняної каси, 20% має покриватися оплатою з боку пацієнтів.

Якщо держава не може забезпечити достатніх надходжень і муніципалітети не виконують своїх фінансових зобов'язань, відбувається компенсаторне підвищення розміру співоплати з боку пацієнтів. Усі надавачі медичних послуг мають право брати плату з пацієнтів у розмірі, що не може перевищувати 25% від загальної вартості послуг, оплачуваних лікарняною касою.

Для захисту громадян від можливих витрат через необхідність вносити додаткову плату за лікування було запроваджено добровільне медичне страхування. Регіональна лікарняна каса Риги продає страхові поліси цього виду страхування з метою покриття витрат з кишені пацієнтів ("зелена картка").

Але приватне медичне страхування є надто дорогим для більшості громадян, навіть за наявності знижок для пенсіонерів та людей, що живуть за межею бідності, а також для дітей і студентів.

### IV. Висновки

За результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що жодна з моделей систем охорони здоров'я, які діють у зарубіжних країнах, в ідеальному варіанті не є за нинішніх умов прийнятною для України. В усьому світі організація сфери охорони здоров'я розглядається як суспільна (національна) справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства (в ринково-

солідарних і/або в державно-солідарних формах).

Ми дійшли висновку, що ідеальних моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я не існує, кожному варіантові притаманні свої переваги і недоліки. Як правило, в одній системі використовується кілька підходів, що дає змогу компенсувати недоліки окремих моделей і поєднати їх переваги. Досвід Європейського Союзу, а також США та країн колишнього радянського табору показує, що механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати в рамках як бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

### Література

1. Медицинская реабилитация раненых и больных / [под ред. Ю.Н. Шанина]. – СПб. : Специальная литература, 1997. – 960 с.
2. Длугопольський О. Теорія економіки державного сектора : навч. посіб. / О. Длугопольський. – Тернопіль : Економічна думка, 2007. – 488 с.
3. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: Практичні висновки для України / Е. Ковжарова // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні : матеріали наук.-практ. семінару, 11–12 березня 2002 р. / [за заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Князєва]. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – 150 с.
4. Фильев В.И. Социальное страхование в России и зарубежных стран : практ. пособ. / В. Фильев. – М. : Бизнес-школа ; Интел-Синтез, 1997. – 176 с.
5. Губар О. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О. Губар // Фінанси України. – 2003. – № 7.
6. Стеценко С. Адміністративне право України : навч. посіб. / С. Стеценко. – К. : Атіка, 2007. – 624 с.
7. Черненко В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Черненко, В. Рудий. – К. : Академпрес, 2002. – 112 с.
8. Щербенко О. Организация и финансирование здравоохранения в США / О. Щербенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – 25 с.
9. Новіков Н. Організаційно-економічний механізм медичного страхування у ФРН / Н. Новіков, Б. Надточій // Економіка України. – 1993. – № 10. – С. 80–84.
10. Салтман Р. Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Салтман, Д. Фигейрос. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 423 с.

11. Буздуган Я. Чинники ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я в

Україні / Я. Буздуган // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – № 4.

**Воробийов В.В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я**

**Анотація.** У статті проаналізовано зарубіжний досвід законотворчого процесу в галузі охорони здоров'я багатьох країнах світу. Визначено, що різні суспільства по-різному підходили до вирішення цього питання, але спільною рисою всіх нормативно-правових актів є практичне втілення панівних (у відповідний час) поглядів на проблему охорони громадського здоров'я. Досвід Європейського Союзу, а також США та країн колишнього радянського табору показує, що механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати як у рамках бюджетного фінансування, так і в межах соціального медичного страхування.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, органи державного управління, населення, Міністерство охорони здоров'я, нормативно-правове забезпечення, медичне страхування, зарубіжний досвід, реформа.

**Воробьев В.В. Опыт зарубежных стран в управлении сферой здравоохранения**

**Аннотация.** В статье проанализирован зарубежный опыт законотворческого процесса в области здравоохранения многих странах мира. Определено, что разные общества по-разному подходили к решению этого вопроса, но общей чертой всех нормативно-правовых актов является практическое воплощение господствующих (в соответствующее время) взглядов на проблему общественного здравоохранения. Опыт Европейского Союза, а также США и стран бывшего советского лагеря показывает, что механизм финансового обеспечения здравоохранения можно успешно совершенствовать в рамках как бюджетного финансирования, так и социального медицинского страхования.

**Ключевые слова:** здравоохранение, органы государственного управления, населения, Министерство здравоохранения, нормативно-правовое обеспечение, медицинское страхование, иностранный опыт, реформа.

**Vorobiov V. The Experience of Foreign Countries in The Management of Health Sector**

**Annotation.** The article analyzes the international experience of the legislative process in health worldwide. Thus, the foundation launched a legal framework regulations governing the social insurance for disability. Of course, different societies have different approach to this issue. But a common feature of all regulations is the practical embodiment of the ruling (at the appropriate time) views on the issue of protecting public health. Experience of the European Union and the United States and the former Soviet camp shows that the mechanism of financial support health care can be successfully improved, both within the budgetary funding and in the framework of social health insurance.

**Key words:** health authorities, government, population, Ministry of Health, Legal provisions, health insurance, international experience, reform.