

К.А. Дейниховська,

аспірант кафедри політології та філософії ХарPI НАДУ

## **ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ ФРАНЦІЇ ТА ІСПАНІЇ)**

*Розглянуто питання організації системи охорони здоров'я в європейських країнах (на прикладі Франції та Іспанії). Виявлено загальні принципи функціонування системи охорони здоров'я та запропоновано шляхи їхнього застосування в Україні.*

**Ключові слова:** система охороною здоров'я, стратегічне планування, управління охороною здоров'я, державна політика у сфері охороною здоров'я, структура, функція.

Система охорони здоров'я знаходиться в кризі, яка включає управлінський, організаційний, фінансовий та законодавчий компоненти. Останнім часом ці проблеми дуже активно обговорюються як у наукових колах, так і серед практиків. Попри правильну постановку питань і активність уваги до цих проблем українська медицина залишається соціалістичною [2]. Це заважає їй адекватно існувати та розвиватися за умов ринкової економіки. Подолання цієї ситуації пов'язано в першу чергу з відсутністю чіткої стратегії розвитку сфери охорони здоров'я, що відповідає світовим стандартам. А це, у свою чергу, передбачає вивчення світового досвіду щодо організації стратегічного планування у сфері розвитку охорони здоров'я. Це обумовлює актуальність теми.

Проблемами, що пов'язані з різноманітними аспектами розвитку та реформування сфери охорони здоров'я, присвячені роботи багатьох науковців. Так, принципам і методам державного управління сферою охорони здоров'я присвячені роботи Я. Радиша, Д. Карамішева, Б. Волоса, А. Немченко та ін. Специфічні особливості розвитку підприємництва та впровадження у сферу охорони здоров'я ринкових відносин досліджують В. Бірюков, В. Журавель, І. Парфьонова, В. Пащенко, російські фахівці Р. Галкін, Г. Здоровцов, В. Кучеренко, зарубіжні дослідники Ф. Дуїч, Д. Хантлер, Р. Шеффлер. Проте в роботах цих науковців та багатьох інших

питання закордонного досвіду розглядаються поверхово у сфері стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я.

Це обумовлює мету дослідження – дослідити принципи та методи стратегічного планування розвитку системи охороною здоров'я в європейських країнах (на прикладі Франції та Іспанії) та запропонувати можливі шляхи їхньої адаптації до України.

Така мета визначає завдання даної статті:

- проаналізувати системи охорони здоров'я в європейських країнах (на прикладі Франції та Іспанії);
- виявити принципи стратегічного планування сферою охорони здоров'я в європейських країнах;
- визначити досвід, корисний для України, та можливі напрямки його запровадження.

Обрання Франції та Іспанії як предмету дослідження пов'язано з тим, що в цих країнах діє система охорони здоров'я, яку можна вважати взірцем європейської організації цієї сфери. Так, система охорони здоров'я Франції в її сучасному вигляді функціонувала і разом з тим продовжувала розвиватися протягом більше століття, а в 2000 р. була визнана ВОЗ “кращою системою надання медичної допомоги у світі”. Система охорони здоров'я в Іспанії також може слугувати прикладом для усього світу. Вона має свої специфічні особливості, які будуть корисні для України.

Французьке законодавство передбачає цілу низку різних прав громадян у медичній галузі. Майже 96 % отримують терапевтичні послуги абсолютно безкоштовно або ж повністю компенсуються. Французи мають право вибору між медичними закладами, незалежно від рівня прибутку і величини страхового внеску.

З 1996 р. уряд Франції щорічно видає окремий закон про фінансування соціального забезпечення. Цей документ описує бюджет охорони здоров'я на наступний рік і визначає основні показники, які часто змінюються із-за різниці в запланованій і фактичних сумах податкових зборів [3, с. 12].

Особливу роль у забезпеченні роботи системи охорони здоров'я відіграє уряд. Його основним завданням є забезпечення вільного доступу всіх громадян до медичного обслуговування незалежно від рівня прибутку. За рахунок держави медичне страхування забезпечується трьома основними групами громадян: робітники та їхні сім'ї, фермери, працівники бізнесу і мистецтва. У кожній з цих груп витрати визначаються на основі географічного принципу залежно від кількості витрат. Страхування має на передбачає оплату послуг лікарів загальної практики, спеціалістів, вартість медичних призначень, перебування в державних лікарнях, приватних лікарнях, нагляд медичних сестер на дому та санітарний транспорт.

Структура управління системою охорони здоров'я має багаторівневу організацію. Держава виконує свої функції через центральні, регіональні і відомчі служби. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я працюють дві великі організації: Служба загального менеджменту охороною здоров'я та Служба менеджменту клінік і надання медичних послуг. Ці служби здійснюють контроль за значною кількістю лікарняно-профілактичних і адміністративних організацій.

Фінансування системи охорони здоров'я складає 10,6 % від національного валового продукту. Розподіл вартості послуг здійснюється за такою схемою: державне і приватне стаціонарне лікування (44,5 %); амбулаторні послуги – лікарі, стоматологи, парамедики та лабораторний аналіз (27,1 %); фармацевтичні препарати (20,8 %); транспортування пацієнтів та інші медичні приналежності – оптика, протези, перев'язувальні матеріали (7,6 %). За витратами на лікування окремих груп захворювання першість належить кардіоваскулярній патології (12,6 %), на другому – психічні порушення (10,6 %), на третьому – патологія опорно-рухового апарату (9 %). У Структурі витрат на амбулаторне лікування домінує надання стоматологічної допомоги (28,3 %) [3, с. 13].

Функціонування системи охорони здоров'я ґрунтуються на таких принципах: солідарності, лібералізму та плюралізму.

На відміну від Голландії, Великобританії та Німеччини, у Франції відмовилися від двох ідей, що дуже популярні не тільки в Європі, а і в усьому світі, а саме: права споживача на великий вибір і цінової конкуренції між локальними фондами медичного страхування з вибіркоким укладенням угод між ними і закладами охорони здоров'я. Подібна позиція пов'язана з тим, що конкуренція неминуче призводить до приватизації, яка суперечить підходу, що передбачає взаємну допомогу між хворими та здоровими, багатими та бідними, дієздатними і особами з фізичними обмеженнями. Саме в цьому визначається принцип солідарності, який іншими словами можна сформулювати таким чином – багата, здорова молода людина має заплатити за страховку більше, аніж людина похилого віку з хронічними захворюваннями.

У той же час, як і система охорони здоров'я США, французька система надання медичної допомоги побудована на принципах лібералізму і плюралізму, тобто відповідає вимогам ринкової економіки, має відмінності між окремими локальним закладами і надає право вибору. За даними опитування серед медичних працівників, більшість лікарів, що здійснюють приватний прийом, активно підтримують сучасні підходи, які розкриваються у наступному – вибір лікаря пацієнтами, вільне рішення лікаря практикувати медицину в будь-якому закладі: приватному чи державному. Іншими важливими, з точки зору працівників системи охорони здоров'я, принципами їхньої роботи мають бути клінічна автономність, конфіденційність спілкування лікаря та пацієнта, безпосередня оплата послуг хворими, які потім отримують компенсацію затрат у вигляді страхування.

Система охорони здоров'я Іспанії представляє так звану “південну модель”. Відповідно до неї сфера охорони здоров'я фінансується за рахунок відрахувань, що пов'язані із зайнятістю населення. Протягом 1980 – 1990 рр. іспанська система охорони здоров'я суттєво змінилася. Було здійснено розширення надання медичної допомоги, розвитку нової реформованої мережі первинної медичної допомоги і раціоналізації системи фінансування та управління цією галуззю. Розширення громадських мереж і перехід від

гарантованої соціальної системи до системи фінансування з коштів, що отримані від сплати податків, надало прекрасні результати. У подальшому система суттєво децентралізувалася – відбулася передача частини повноважень округам.

Національна система медичного забезпечення, починаючи з 1997 р., охоплювала майже 99,8 % населення. У наш час відбувається поступовий перехід від податкової, тобто національної, моделі (фінансування на 96 % відбувається за рахунок коштів, що отримані від сплати податків) до моделі, яка орієнтована на соціальне страхування здоров'я, що прийнята в 1986 р. На медичне страхування зараз приходиться понад 70 % всіх витрат. З 2003 р. 18,7 % населення користується приватним страхуванням [1].

Іспанія має найнижчий рівень витрат на отримання системи охорони здоров'я в Європі: витрати на одну людину в 2002 р. склали 1646 дол. США. Загальний бюджет системи охорони здоров'я складає 7,6 % від валового національного прибутку. Фінансування системи охорони здоров'я відбувається з трьох джерел: 1) податок на додану вартість, 2) прибутковий податок, 3) регіональні податки. Регіони можуть змінювати ставку податку на своєму рівні до межі, яка встановлена національним урядом.

Система управління охороною здоров'я має три рівня організації: центральний, регіональний (окружний) та муніципальний. На центральному рівні діє Міністерство охорони здоров'я та захисту споживачів. Воно визначає мінімальні стандарти і вимоги до надання медичної допомоги, які набрали чинності закону, дозволяє налагодити інформаційну систему і гарантує взаємодію між національними медичними спеціалістами і округами. Міністерство також має повноваження для написання і оприлюднення порівняльних медичних звітів за результатами своєї внутрішньої та міжнародної діяльності, здійснення оцінних досліджень і висвітлення практичних досягнень.

Округи вирішують, як організувати та здійснювати медичне обслуговування відповідно до національного законодавства.

Міжтериторіальна рада (орган, що діє на території округів) складається з представників окружних та державних адміністрацій і наділена повноваженнями сприяти роботі системи охорони здоров'я.

Муніципальний рівень системи охорони здоров'я піклується про два важливих питання – гігієна і охорона навколишнього середовища.

Поряд з державними закладами охорони здоров'я в Іспанії діє розгалужена система приватних медичних центрів. Їхніми послугами користується приблизно 15 % населення, в основному в Мадриді та Барселоні. При цьому держава сприяє розвитку таких центрів через зниження податків для підприємців.

Специфіка організації системи охорони здоров'я полягає в застосуванні плюралістичних відносин між громадянами та лікарями в поєднанні з центральним фінансуванням та децентралізованим управлінням цією сферою. Так, кожний іспанець має право вільного вибору дільничного лікаря. Дільничний лікар виписує рецепти на придбання ліків, видає призначення на аналізи, а також направлення на прийом спеціалістів, за виключенням офтальмолога та гінеколога. Ліки, які виписані лікарем, коштують в аптеках набагато дешевше, аніж у випадках, коли вони приймаються без рецептів.

Більшість медичних працівників у теперішній час мають статус державних службовців. У 2000 р. загальна кількість лікарів досягла загальноєвропейського рівня – 3,2 спеціалістів на 1000 населення. На сьогодні нараховується приблизно 800 лікарень, 2/3 лікарняних місць знаходиться в державних клініках, де здійснюється лікування понад 80 % усіх захворювань, що потребують стаціонарних умов.

Розглянувши системи охорони здоров'я Франції та Іспанії, спробуємо виявити загальні принципи організації діяльності системи охорони здоров'я, які притаманні для проаналізованих країн і які є відмінності.

Перша суттєва риса, яка об'єднує Францію і Іспанію, є те що фінансування сфери охорони здоров'я відбувається з двох основних джерел. Перше, і основне джерело, – це державний бюджет, основу якого становлять

податки. Так, у Франції фінансування складає 10,6 % від валового внутрішнього продукту, а в Іспанії 7,6 %. Для порівняння, в Україні фінансування становить лише 3,6 % від ВВП. Друге джерело фінансування становить фонди соціального страхування, що є не основним джерелом фінансування.

Друга суттєва риса – застосування принципу солідаризму. Він передбачає можливість доступу громадян до медичних послуг незалежно від рівня прибутку. Так вважається, що людина з меншим рівнем прибутку має право доступу до медичних послуг не гірший, аніж людина з більш високими прибутками. При цьому оплата цих послуг має бути більшою для людей з більшим прибутком, аніж для людей з нижчим, а якість послуг має бути встановлена на відповідному рівні.

Третя, дуже важлива особливість – часткова відмова від конкуренції в медичній галузі і державний контроль. Часткова відмова від конкуренції не означає, що для людей встановлюються ті заклади, де вони мають право лікуватися, як то є в Україні, де пацієнт чітко прив'язаний до лікарні за місцем свого проживання. Кожна людина має право самостійно обирати лікаря, який йому подобається, та медичний заклад, де він хоче лікуватися. Саме такий підхід стає основою для запровадження принципів ринкової економіки та підвищення якості обслуговування.

Четверта, але не менш важлива особливість полягає в тому, що в управлінні системою охорони здоров'я існує чітка ієрархія і розподіл функцій між структурами державної влади. Так, на центральні органи влади, як правило, покладено функції стратегічного планування і контролю, які в реальному житті зводяться до встановлення основних принципів розвитку та функціонування системи охорони здоров'я, визначення стандартів медичних послуг і контроль за їхнім дотриманням. На територіальні органи влади (регіональні та місцеві) покладено обов'язки організації системи охорони здоров'я відповідно до встановлених на національному рівні стандартів і норм.

Досвід функціонування систем охорони здоров'я Франції та Іспанії є дуже корисним для України. Необхідними для застосування, після відповідної адаптації, мають бути два принципи. Перший – це принцип солідарності. Коли утримання сфери охорони здоров'я має бути солідарно розподілено між членами соціуму залежно від їхніх прибутків. Чим вищий прибуток людини, тим більші її зобов'язання. При цьому рівень та якість медичних послуг не мають залежати від статку людини. Другий принцип – плюралізм і лібералізм, що розкривається у праві кожної людини обирати тип послуг і медичний заклад, до якого ця людина може звертатися. Ще одним корисним досвідом для України може стати механізм стратегічного планування розвитку сфери охорони здоров'я. Саме цьому питанню буде присвячено подальші дослідження.

#### Список використаних джерел

1. *Лазаренко О.* Современный путь испанского здравоохранения // Здоров'я України. Медична газета. – 2007. – № 24 (181). – С. 16. – (грудень).
2. *Мартыненко А.В.* Отсутствие профессиональных менеджеров и инертность – причина стагнации системы практического здравоохранения Украины // Новости медицины и фармации в мире. – 2007. – № 16 (222). – С. 29. – (сентябрь).
3. *Назрбецкий А.* Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире – еще не предел. // Здоров'я України. Медична газета. – 2007. – № 15-16 (172-173). – С. 12-13. – (сепень).

#### ***Deynikhovska K.A. European principles and methods of functioning of the system of health protection (on the example of France and Spain).***

In the article the questions of organization of the system of health protection are examined in the European countries (on the example of France and Spain). Found out general principles of functioning of the system of health protection and the ways of their application are offered in Ukraine.

**Key words:** system by a health protection, strategic planning, management, public policy in the field of health protection, structure, function, a health care.

#### ***Дейниховская Е.А. Европейские принципы и методы функционирования системы охраны здоровья (на примере Франции и Испании).***

Рассмотрены вопросы организации системы здравоохранения в европейских странах (на примере Франции и Испании). Выявлены общие принципы функционирования системы здравоохранения и предлагаются пути их приложения в Украине.

**Ключевые слова:** система здравоохранением стратегическое планирование, управление охраной здоровья, государственная политика в сфере здравоохранения, структура, функция.