

ПОРІВНЯННЯ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОКРЕМИХ КРАЇН ЄВРОПИ ТА УКРАЇНИ

¹Всеукраїнський благодійний фонд «Ф'ючерс Груп Україна», м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

³Українська Асоціація Нейрохірургів, м. Київ, Україна

Мета – порівняти структурні елементи управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі доступних аналітичних матеріалів стосовно систем охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

Результати. Схематично наведено та описано системи охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України.

Висновки. Україна має усі передумови і ресурси для трансформування системи охорони здоров'я у більш ефективну модель. Українські медичні професійні асоціації та об'єднання повинні підвищити свій вплив на роботу системи охорони здоров'я, перейняти на себе більшість функцій з управління системою охорони здоров'я, підготовки та перепідготовки лікарів на місцевому рівні, взаємодії зі страховими фондами, урядом та Верховною Радою.

Ключові слова: системи охорони здоров'я, порівняльна характеристика, медичні професійні асоціації.

ВСТУП

Фахівці управління охороною здоров'я (ОЗ) виділяють такі відомі способи організації систем ОЗ: Беверіджа, Бісмарка, поєднання цих систем (для цієї статті – Австрія), яке називають «національна модель страхування здоров'я» (National Health Insurance Model), модель повністю приватного страхування та модель Семашка, яка застосовувалася в СРСР [8].

Українські та іноземні дослідники приділяють увагу дослідженню особливостей розвитку та роботи систем ОЗ різних країн світу. В Україні особливості організаційної структури та правові підстави функціонування системи ОЗ, управлінські зв'язки висвітлені в роботі Гладуна З., Жаліло Л., Радиша Я. та інших [1–3].

Мета роботи – порівняти структурні елементи управління систем ОЗ окремих країн Європи та України.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріали дослідження: доступні аналітичні матеріали щодо систем ОЗ Австрії, Німеччини, Литви, Польщі, Англії, України. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З погляду соціально-політичної структури суспільства, Field M.G. [15] умовно виділяє п'ять типів систем ОЗ: 1) класичну (неупорядковану), 2) плюралістичну, 3) страхову, 4) національну, 5) соціалістичну.

Фотакі М. [13] класифікує системи ОЗ відповідно до ступеня розвитку країни: 1) універсальна (модель Беверіджа), 2) соціального страхування (модель

Бісмарка), 3) «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія), 4) інституціональна чи соціал-демократична «скандинавська модель», 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення), 6) консервативна корпоративна (Японія), 7) латиноамериканська, 8) системи ОЗ індустріальних держав Східної Азії, 9) системи ОЗ країн із перехідною економікою.

Щепин О.П., Філатов В.Б., Погорєлов Я.Д. та ін. пропонують три основні типи систем ОЗ: а) утилітарну, б) комунітарну, в) ліберальну [14].

Модель Бісмарка відзначається фундаментальними принципами:

- забезпечення засноване виключно на праці і тому обмежене лише тими особами, які зуміли завоювати це право своєю працею;

- обов'язкове забезпечення існує лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких є нижчою за визначену мінімальну суму, тобто для тих, хто не може користуватися індивідуальним страхуванням;

- забезпечення побудоване на методології страхування, що встановлює паритетне співвідношення між внесками найманих працівників і працедавців, а також між виплатами і внесками;

- забезпеченням управляють самі працедавці та наймані працівники;

- обов'язкового характеру системи соціального страхування;

- паритетність у сплаті внесків.

Проте важко поєднати принципи актуарного аналізу страхування з бажанням ефективного і всебічного соціального захисту. Модель Бісмарка значно змінилась і тепер, незалежно від наявності роботи, всі особи застраховані чи то державою, чи то працедавцями.

Модель Беверіджа побудована на трьох принципах: універсальність, єдність та інтеграція. Принцип універсальності – це забезпечення на всі випадки

соціального ризику для всього населення. Принцип єдності полягає в адекватному характері внесків і виплат, однаковому характері організації системи, допомога має бути достатньою за обсягом і якістю. Принцип єдності означає єдиний характер організації системи, заснованої на єдиному внеску до уніфікованої системи національного страхування, за винятком соціального страхування від нещасних випадків на виробництві, а також сімейної допомоги, що фінансувалась із суспільних фондів (Державного бюджету). Державні органи управляють цією системою. Принцип інтеграції означає інтеграцію різних форм забезпечення (страхування, соціальної допомоги та ощадних кас) і передбачає координацію трьох напрямів (соціальної політики, заснованої на гарантованому доході, ОЗ й політики повної зайнятості).

Основний фокус даної статті спрямований на опис структурних елементів систем ОЗ та їхніх функцій управління деяких країн Європейського співтовариства, згрупованих за принципом Світового Банку щодо розвитку людського потенціалу (високого, середнього та низького). У таблиці наведено індекс людського розвитку та його складових у розрізі країн дослідження.

До країн із дуже високим розвитком відносяться Сполучене Королівство – Англія (14), Німеччина (6), Австрія (21) (у дужках зазначене місце в індексі людського розвитку) [6], які є членами Організації із економічної кооперації та розвитку (OECD) [11], та країни із дуже високим розвитком людського потенціалу, проте не є членами OECD – Польща (35) та Литва (35), Україна (83).

Далі наводимо характеристику систем ОЗ у розрізі країн дослідження.

Австрія

Система ОЗ вибудована часом, керується принципами солідарності, доступності та універсальності та спирається на три важливі характеристики: конституційне закріплення розділення відповідальності з ОЗ поміж федеральним і регіональним рівнем (землі); найвищий ступінь делегування відповідальності саморегульованим організаціям; змішана модель фінансування, коли держава та соціальні страхові фонди майже порівну розподіляють видатки.

Система характеризується співробітництвом великої кількості дійових осіб, відповідальність яких регулюється законами. Основною особою на федеральному рівні є Австрійський парламент, Федеральне МОЗ, Федеральне міністерство праці, соціальних справ та захисту споживачів; організації соціального захисту та групи адвокації, такі як соціальні партнери – представники працівників і роботодавців, професійні асоціації.

Стосовно виконання законодавства центральну роль відіграє Федеральний уряд, хоча чимало відповідальності делеговано на місця чи установам соціального забезпечення. Федеральний уряд відповідає за законодавство з амбулаторної допомоги (для лікарів індивідуальної практики). Усі регуляції щодо фармацевтики, аптек та медичних виробів разом із професійною діяльністю (наприклад, освіта лікарів) і структурна політика є відповідальністю Федерального уряду.

Відповідальність за структурну політику та планування госпітальної допомоги спільно несуть Федеральний уряд, земельний і, так звані, організації соціального забезпечення, проте госпітальний сектор має центральну регуляцію лише щодо основних вимог, а землі відповідальні за специфіку законодавства та виконання.

Федеральне МОЗ готує закони та відповідає за захист громадського здоров'я разом із політикою ОЗ через взаємодію із різними гравцями, прийняття рішень і контроль.

Охорона здоров'я передбачає обов'язкове солідарне страхування. Через соціальні страхові фонди та податки фінансується 75% витрат ОЗ, майже 25% надходить із приватних джерел (внески споживачів та прямих платежів, приватне страхування здоров'я, неприбуткові організації). Заклади ОЗ можуть бути державними, приватними неприбутковими або прибутковими та індивідуальними.

Федеральні установи, установи земель та інститутів соціального забезпечення передають кошти регіональним фондам ОЗ, які відповідають за втілення федеральних керівництв та за фінансування стаціонарної допомоги. Водночас, кожна земля має свою власну регіональну платформу ОЗ, яка керується регіональним фондом ОЗ, в якому земля та соціальне забезпечення представлені рівно, разом із відповідними федеральними агенціями та стейкхолдерами (муніципальними органами, палатою лікарів, компанії, що керують госпіталами).

Сектор амбулаторної допомоги та реабілітації, фармакологічного забезпечення ОЗ організований шляхом перемовин між 22 організаціями соціального страхування чи Федерацією австрійських організацій соціального забезпечення, палатою лікарів, радою фармацевтів, організацією середнього медичного персоналу та іншими професійними медичними об'єднаннями. Співробітництво здійснюється у межах визначених законом щодо безпеки допомоги та фінансування.

На рис. 1 наведено схематичну структуру системи ОЗ Австрії.

Таблиця
Індекс людського розвитку та його складові

| Рівень розвитку, місце | Країна | ВВП (2011 ЛКС \$) | | Індекс розвитку людства | | Смертність серед дорослих (на 1000) | | Стандартизована за віком смертність (на 100 тис.) | | Очікувана тривалість життя, роки (середні показники) | | Тривалість життя при народженні, роки | | Лікарі (на 10 тис.) | | Витрати на охорону здоров'я | | Якість медичної допомоги (% задоволеніх) |
|------------------------|-----------|-------------------|-------|-------------------------|------|-------------------------------------|------|---|------|--|------|---------------------------------------|------|---------------------|-----------|-----------------------------|------|--|
| | | 2013 | 2012 | 2012 | 2011 | 2011 | 2011 | 2008 | 2008 | 2010 | 2010 | 2010 | 2010 | 2013 | 2003-2012 | 2011 | 2011 | |
| 6 | Німеччина | 43,049 | 0,911 | 0,911 | 51 | 96 | 4,3 | 0,9 | 70,9 | 67,1 | 80,7 | 36,9 | 11,1 | 12,4 | 86 | | | |
| 14 | Англія | 35,002 | 0,890 | 0,890 | 57 | 91 | 1,4 | 1,8 | 70,1 | 67,1 | 80,5 | 27,7 | 9,3 | 9,2 | 86 | | | |
| 21 | Австрія | 42,930 | 0,880 | 0,880 | 49 | 94 | 3,2 | 2,6 | 71,2 | 67,0 | 81,1 | 48,6 | 10,6 | 16,3 | 93 | | | |
| 35 | Литва | 23,740 | 0,831 | 0,831 | 92 | 267 | 0,7 | 0,4 | 68,4 | 60,0 | 72,1 | 36,4 | 6,6 | 27,9 | 51 | | | |
| 35 | Польща | 21,487 | 0,833 | 0,833 | 72 | 191 | 3,7 | 0,1 | 69,3 | 62,8 | 76,4 | 20,7 | 6,7 | 22,9 | 42 | | | |
| 83 | Україна | 8,215 | 0,733 | 0,733 | 120 | 310 | 3,6 | 2,3 | 64,9 | 56,6 | 68,5 | 35,2 | 7,2 | 45,2 | 18 | | | |



Рис. 1. Схематична структура системи охорони здоров'я Австрії

Страхова частина ОЗ самоскерується та первинно фінансується через страхові внески, які покривають підрозділи ОЗ, невідкладної допомоги та

пенсійне страхування. Організація Австрійської системи соціального страхування [4] (рис. 2).

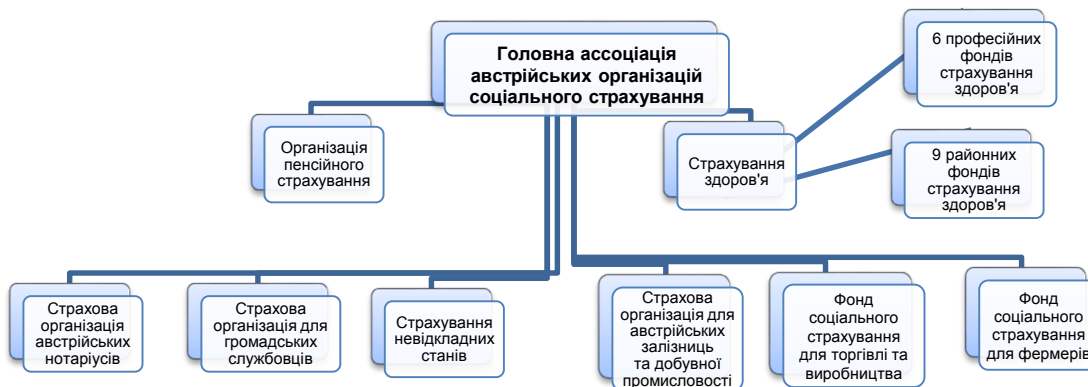


Рис. 2. Організаційна модель Австрійської системи соціального страхування

Страховання є обов'язковим і застрахована особа не має можливості обрати організацію соціального забезпечення. Конкуренції між інститутами нема для забезпечення ефективного розподілу ризиків. Страхування зазвичай пов'язане з працевлаштуванням і починається автоматично, деякі групи (самозайняті особи та добровільно застраховані люди) можуть приєднуватись до страхування. Сума страхового внеску не залежить від персонального ризику застрахованої особи.

Німеччина

Уряд Німеччини та МОЗ традиційно делегує повноваження саморегульованим організаціям платників і надавачів послуг, залучених до фінансування й надання послуг ОЗ, що покриваються схемами обов'язкового страхування, які є найбільшим фінансовим ресурсом ОЗ. Станом на 2011 р. у соціальному довготерміновому страхуванні налічується майже 70 млн осіб, у приватному – 9,5 млн осіб [7].

На національному рівні Федеральні збори, Федеральна рада (верхня палата, представляють державу) і Федеральне МОЗ і соціального забезпечення є ключовими учасниками. Далі на місцях міністерства кожної землі несуть відповідальність за розроблення та впровадження законів, контролюючи підлеглих та фінансування інвестицій у госпітальному секторі. Федеральні землі поділені на адміністративні округи та місцеві органи влади (міст, муніципалітетів, округів), які всі мають численні компетенції в системі ОЗ, з пропаганди здоров'я до планування госпітальної допомоги. Центральний уряд передав місцевому управлінню госпіталями, через регіональну госпітальну раду, послуги громадського здоров'я, а первинна медична допомога спрямовується та контролюється місцевою радою.

МОЗ встановлює загальні правила для всієї системи ОЗ та здійснює супервізію роботи. Усі лікарі обов'язково є членами регіональних лікарських асоціацій, відповідальних за поточну освіту, тренінги та

встановлення професійних, етичних і суспільних стандартів. Останнім часом посилюються вимоги щодо ролі таких асоціацій із забезпечення якості лікування.

Лікарняні каси поділяються на шість основних груп. Загальні регіональні фонди, Allgemeine Ortskrankenkassen (АОК), які діють під зонтичною організацією Федеральне об'єднання АОК. Ці кошти покривають приблизно третину населення Німеччини. Фонди, засновані компаніями, відомі як Betriebskrankenkassen (БКК). Вони покривають п'яту частину населення у 2004 р., Фонди Торгової Гільдії, Innungskrankenkassen (ВКК), Сільськогосподарські фонди, Landwirtschaftliche Krankenkassen (ЛКК), Видобувничо-Залізнично-Морський Фонд, Knappschaft-Bahn-See. Замінні фонди, відомі як Ersatzkassen. Їх попередниками були товариства взаємної допомоги і, як і АОК, Ersatzkassen покриває близько третини населення (2004).

Крім корпоративних організацій, наділених правом

приймати рішення, організації медичних сестер та парамедичних професіоналів, пацієнтів, приватні страхові фонди мають формальне право додавати до прийняття рішень консультації та пропозиції. Соціальні суди формують окремі групи учасників системи та мають справу окремо з кожним на федеральному, державному і корпоративному рівні.

Ще однією особливістю є чіткий розподіл між амбулаторним сектором, що переважно належить одноосібним лікарям, і регіональними асоціаціями лікарів як обов'язковою системою страхування, які все ще концентруються на госпітальній допомозі. Послуги, що надаються в цих секторах, не тільки відрізняються за способом надання, але й за способом оплати.

Сектор громадського здоров'я розглядається як третій основний елемент системи ОЗ.

На рис. 3 наведено схематичну структуру системи ОЗ Німеччини.

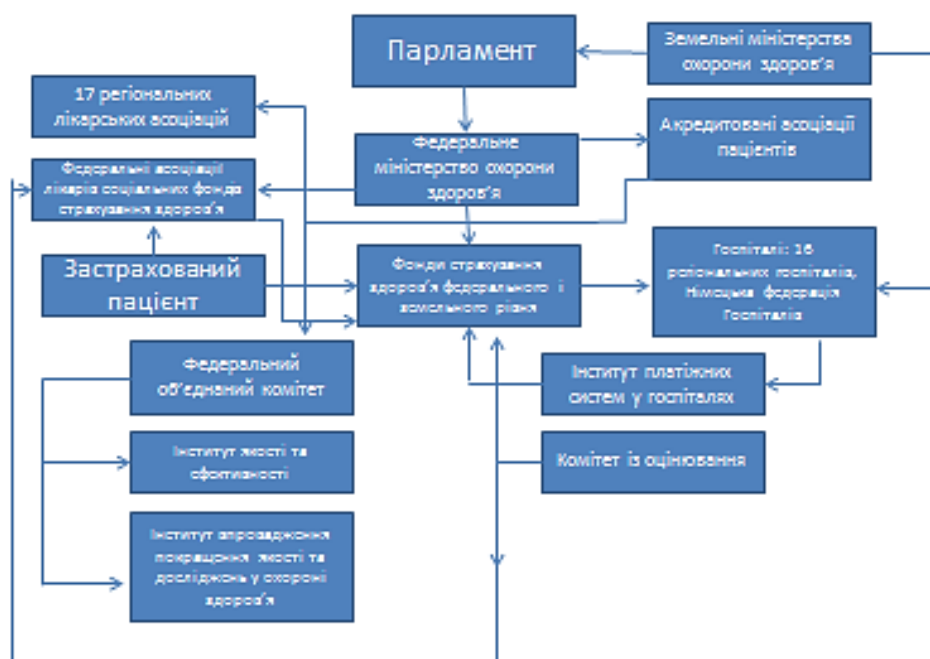


Рис. 3. Схематична структура системи охорони здоров'я Німеччини

Литва

У 1990-х роках Литва прийняла основне законодавство щодо ОЗ. Це – Закон про систему охорони здоров'я (1994) [12], Закон про організації із надання послуг охорони здоров'я (1996), уряд, міністерства, муніципалітети разом з іншими керуючими та контрольними органами, надавачі послуг. Структура складається з виконавчих органів, адміністративних органів, ресурсів та дій і набору послуг, що надаються національною системою ОЗ.

Виконавчі органи займаються ліцензуванням медичної допомоги та фармацевтичної діяльності. До них відносяться державні та муніципальні індивідуальні й громадські бюджетні та небюджетні організації медичної допомоги, державні чи муніципальні підприємства, інші підприємства, які уклали контракти із державними чи територіальними пацієнтськими фондами, чи інші

утримувачі угод із Національною системою охорони здоров'я (НСОЗ), на термін дії таких угод.

Адміністративними органами є органи державної адміністрації заходів щодо здоров'я (уряд, міністерство, урядові організації, місцеві управителі), організації координації заходів в ОЗ, спеціальні органи контролю та управління діяльністю в ОЗ, виконавчі установи муніципалітетів. Ці органи уповноважені контролювати дії інших організацій, що не входять до складу НСОЗ у сфері здоров'я.

Ресурси НСОЗ складаються з матеріальних засобів для забезпечення управління, власності виконавчих та адміністративних органів, державних і муніципальних бюджетних фондів, виділених для гарантування заходів НСОЗ, фондів обов'язкового медичного страхування, іншої власності, призначеної для роботи НСОЗ, спеціалістів та інших робітників державних і муніципальних інституцій,

підприємств, тримачів ліцензій для громадської та індивідуальної медичної допомоги чи фармацевтичної діяльності. Дії та послуги, які надаються НСОЗ, індивідуальна чи громадська медична допомога, фармацевтична діяльність, інші оплачувані види діяльності, що надаються виконавчими органами НСОЗ, які не належать до медичної допомоги або фармацевтичної діяльності, але є необхідними для забезпечення надання останніх сплачуються страховкою. Сплата за послуги може встановлюватись самими органами.

Допомога розподілена на первинну (місцева влада), вторинну (розподілено між місцевою та регіональною владою) і третинну. Міністерства оборони та внутрішніх справ мають власні медичні служби. Законом про медичні заклади (інституції) визнані лише ліцензовані заклади і встановлені такі види лікувальних закладів: державні та муніципальні заклади ОЗ (публічні інститути), бюджетні інститути, урядові та муніципальні бюджетні та публічні установи, урядові чи/та муніципальні підприємства або інші види підприємств, в яких держава/муніципалітет має 50% акцій, інші типи медичних установ, які уклали угоди із Державним фондом пацієнтів, територіальними фондами пацієнтів чи іншими споживачами послуг національної системи ОЗ. Виділяють заклади, відповідальні за приватне і громадське здоров'я та змішані; амбулаторні, стаціонарні, змішані; заклади медичної допомоги, медсестринського нагляду та підтримуючого лікування, медичної реабілітації та санаторного лікування, соціомедичного нагляду, медичної експертизи для певних цілей та змішані. Заклади, відповідальні за громадське здоров'я, поділені на нагляд за безпекою середовищ, моніторинг неконтагіозних

хвороб та змішані. Закон дуже докладно визначає рівень та умови оплати праці для кожного закладу і категорії медичних працівників, а також джерела фінансування.

Литва змінила систему фінансування з переважно центрального чи місцевого бюджету на змішану. У цій системі переважає національний фонд страхування здоров'я, який передбачає обов'язкову участь у ньому.

МОЗ визначає ціну медичних послуг лише для членів національної системи ОЗ та відіграє значну роль у встановленні стандартів медичної допомоги і вимог до неї, ліцензуванні та погодженні капітальних інвестицій. Поза МОЗ численні регулятивні агенції скасовані у 2008 та 2012 рр. у рамках урядової політики щодо зменшення бюрократії та пов'язаних витрат. Більшість адміністративних функцій передані від МОЗ до місцевих адміністрацій, а особливу відповідальність адміністрації несуть за первинну допомогу та соціальну допомогу, дії щодо підтримання громадського здоров'я на місцевому рівні.

Реформа системи ОЗ включала приватизацію переважно госпітальної допомоги. Значну роль відігравав приватний сектор у сферах стоматології, косметичної хірургії, психотерапії, деяких амбулаторних спеціальностей та первинній допомозі. Із 2008 р. національний страховий фонд значно підвищив контрахтування приватних лікарів для спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Планування діяльності ОЗ здійснюється трирічними планами та річними планами зі щорічним звітуванням про виконання. Плани обов'язково узгоджуються із забезпеченням фінансами.

На рис. 4 наведено схематичну структуру системи ОЗ Литви.

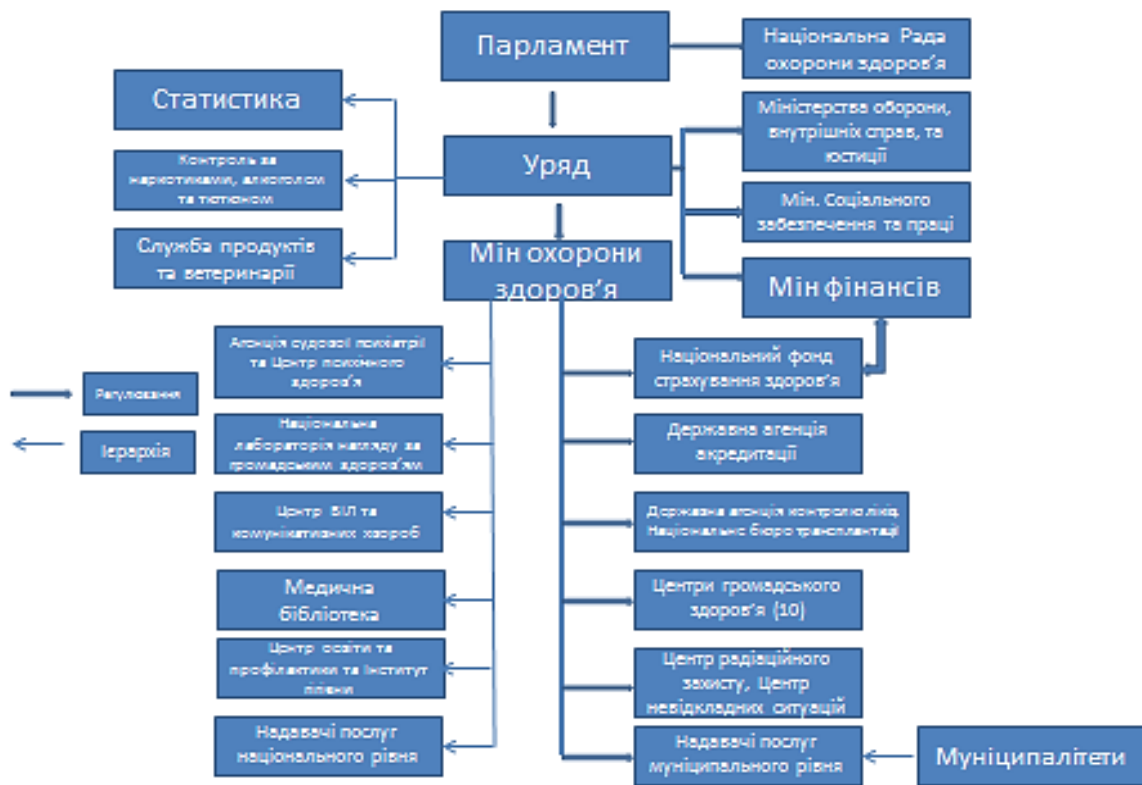


Рис. 4. Схематична структура системи охорони здоров'я Литви

Польща

МОЗ Польщі є найвищим органом у системі ОЗ країни. Міністерство, створене відповідно до положень про Кабінет Міністрів у 1999 р., скеровує політичний кабінет МОЗ, департаменти та їх підрозділи, наглядає за роботою Національного фонду здоров'я, відшкодовує витрати на ліки, медичні продукти та спеціальні види їжі, проводить нагляд та аудит надавачів послуг ОЗ, опікується якістю виконання медичних дій, розробляє та впроваджує програми ОЗ, забезпечує організацію та нагляд за Національною системою невідкладної медичної допомоги та рятування, виконує завдання щодо санаторного лікування. Докладніше структура та функції МОЗ доступні за посиланням [10].

Фінансування видатків медицині здійснюється із національного бюджету. МОЗ Польщі є відповідальним за: правила надання медичної допомоги та її організацію; нагляд за медичними товарами, устаткуванням для діагностики, вмонтованим медичним устаткуванням, засобами косметики та іншими засобами, з точки зору їх безпеки для здоров'я людини та тварин; організацію та нагляд за національною системою невідкладної медичної допомоги; медичними професіями, санітарними умовами та наглядом за безпекою продуктів, особливо під час

виробництва; видачу дозволів на продаж їжі з генетично модифікованими складовими; санаторне лікування; координацію систем соціального забезпечення з точки зору медичного компоненту.

Власне система ОЗ складається з організації ОЗ, невідкладної медичної допомоги та великої кількості професіоналів, які надають медичні сервіси: самокеровані фахівці, стоматологи, медичні сестри, фахівці лабораторій, фармакологи.

Лікувальна діяльність здійснюється цілодобовими лікарнями, хоспісними центрами та відділеннями сестринського догляду. Також допомога надається амбулаторними закладами первинної чи спеціалізованої допомоги.

Лікувальні заклади складаються з підприємств, зареєстрованих у встановленому порядку, незалежних відділень допомоги громадського здоров'я, бюджетних організацій, дослідницьких інститутів, фондів та асоціацій, чия статутна ціль полягає у наданні медичної допомоги, а також церков чи релігійних союзів. Також допомога може надаватись як індивідуальними лікарями чи медичними сестрами, так і їх об'єднаннями.

На рис. 5 наведено схематичну структуру системи ОЗ Польщі.

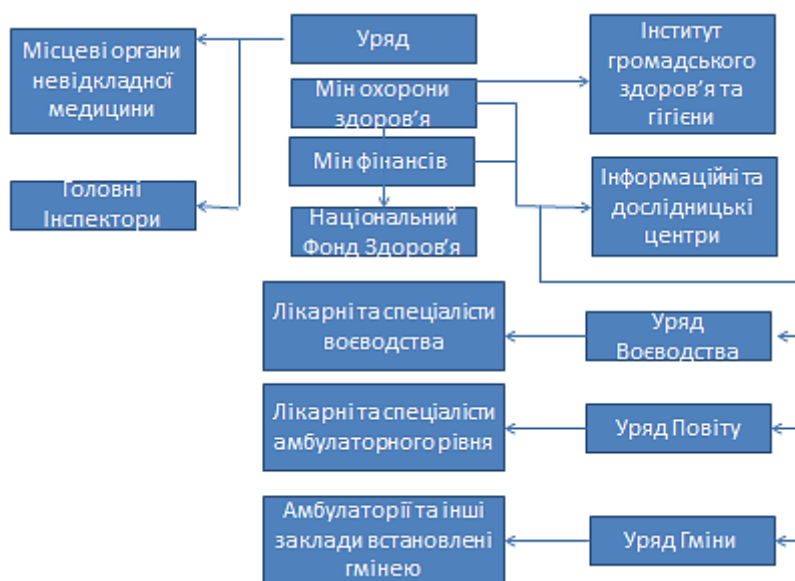


Рис. 5. Схематична структура системи охорони здоров'я Польщі

Сполучене Королівство – Англія

Відповідальність за ОЗ, що фінансується із загальних коштів бюджету несе Державний секретар з охорони здоров'я, який відповідальний перед парламентом. Постійний секретар, який відповідає перед Державним секретарем та парламентом, керує Департаментом охорони здоров'я, що є центральним урядовим органом для встановлення правил національної служби охорони здоров'я, громадського здоров'я, аудиту соціальної допомоги та в інших пов'язаних областях. Національна служба охорони здоров'я скеровується Головним керівником [9].

На національному рівні Департаменту здоров'я допомагають у встановленні та моніторингу стандартів і

регулювання системи ОЗ різні урядові та незалежні організації. Найбільш впливовими серед них є Комісія з якості допомоги, Агенція із захисту здоров'я, яка опікується громадським здоров'ям, Національний інститут здоров'я та клінічної експертизи.

На регіональному рівні Департамент працює через 10 місцевих адміністрацій з ОЗ, які, своєю чергою, співпрацюють із місцевими урядами. Місцеві адміністрації відповідають за гарантування якості та надання місцевих послуг з ОЗ на відповідних територіях.

Зобов'язання контролювати надання медичних послуг на місцевому рівні покладене на 151 організацію первинної допомоги, переважно трастові фонди первинної допомоги (їх 31), кожний з яких обслуговує

географічно визначені території із населенням у середньому 340 тис. Ці фонди куруються державними адміністраціями з охорони здоров'я (SHAs) та відповідальні перед Державним секретарем. Із 2005 р. лікарі загальної практики отримали можливість надавати послуги на базі своїх практик.

Як правило, першою точкою контакту є лікарі первинної ланки для загальномедичних питань. Ці лікарі виконують функції на підставі персонального чи із приватною практикою контракту із місцевими адміністраціями з ОЗ. Крім цього, такі лікарі можуть мати контракти на обслуговування з альтернативними організаторами надання послуг: добровільне страхування, комерційні надавачі послуг, трасові фонди національної системи ОЗ, інші організації надання первинної допомоги.

Трасти – госпіталі, що належать державі, надають

медичну допомогу вторинного рівня. Ці госпіталі фінансуються національною системою ОЗ, у них працюють спеціалісти вузького профілю, медичні сестри, психотерапевти, радіологи та інші. Невеликий приватний сектор існує поруч із національною системою ОЗ та фінансується з різних джерел – приватних, державних чи напряду пацієнтами. У такому секторі переважно надається невідкладна допомога окремих видів.

Також у системі ОЗ значну роль відіграють Медична асоціація Британії, професійні групи, як Королівський коледж, Британська асоціація дантистів, профспілки медичних працівників, об'єднані профспілки, британські об'єднані профспілки, Асоціація клінічних консультантів та фахівців, Конфедерація національної системи ОЗ.

На рис. 6 наведено схематичну структуру системи ОЗ Сполученого Королівства – Англії.

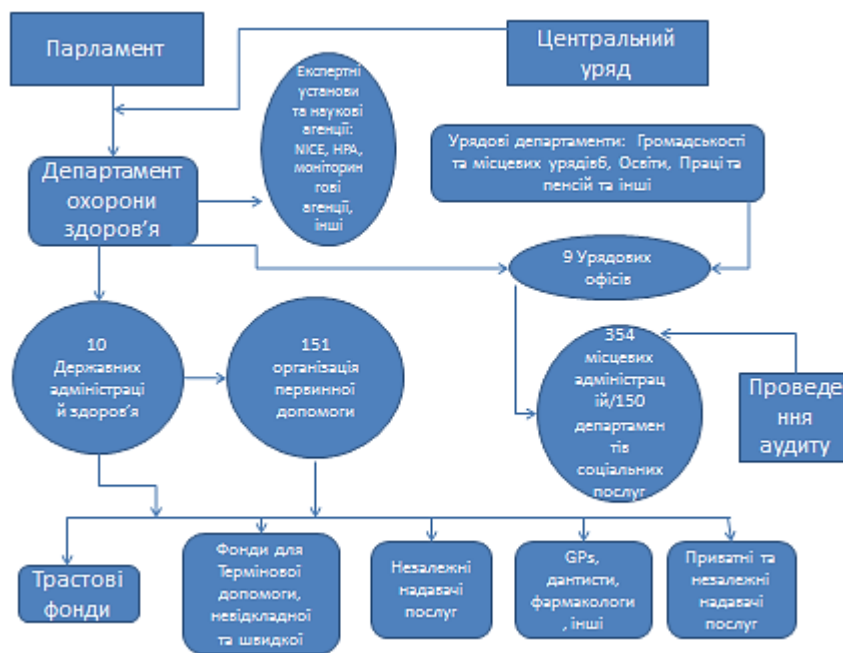


Рис. 6. Схематична структура системи охорони здоров'я Сполученого Королівства – Англії

Україна

Українська система ОЗ створена за принципом вертикального підпорядкування. Найвищий орган державної влади – Верховна Рада – приймає законодавство із питань ОЗ та фінансування, за яким функціонує система [5].

Уряд України делегував повноваження щодо стратегічного планування чи вироблення політики та поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я на чолі з Міністром, який призначається Верховною Радою за поданням Голови Уряду, відповідає перед Урядом та Верховною Радою, звільняється з посади Верховною Радою.

Медична допомога розподілена на три рівні – первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану).

На місцевому рівні існують 27 обласних департаментів організації надання медичної допомоги.

Вони здійснюють планування роботи та поточне керівництво всіма підпорядкованими, тобто державними чи муніципальними закладами ОЗ на певній території. Також на місцях функціонують приватні медичні заклади, які надають допомогу первинного та вторинного рівня.

Обласні департаменти скеровують діяльність 490 районних адміністрацій ОЗ, які відповідно здійснюють управління районними госпіталями та первинною ланкою допомоги. Безпосередньо послуги з ОЗ надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санаторно-курортними, науковими в галузі медицини та іншими закладами ОЗ.

МОЗ, обласні та районні адміністрації ОЗ проводять моніторинг діяльності підпорядкованих медичних установ і відповідають за дотримання якості допомоги. Це реалізується за допомогою протоколів лікування, ліцензування діяльності госпіталів та сертифікації лікарів, які в них працюють, акредитації лікувальних установ. При цьому слід зазначити, що вимоги однакові для приватних і

державних лікувальних установ.

У складі МОЗ діють багато консультативних і дорадчих органів, кваліфікаційних, наукових та науково-кваліфікаційних комісій. Окремо функціонують підпорядковані безпосередньо МОЗ численні наукові установи з різних питань охорони громадського здоров'я, високоспеціалізованої медичної допомоги.

Особливістю країни є наявність 12 медичних вищих навчальних закладів переддипломної підготовки та 3 медичних академій післядипломної освіти. Іще особливістю є наявність потужної «відомчої» медицини, що також фінансується фактично за кошти Державного бюджету, обслуговує дуже вузьку групу за професійною ознакою чи за ознакою приналежності до певної організації (медичне відділення Державного управління справами).

Фінансування системи здійснюється з Державного бюджету шляхом субвенцій, які перераховуються до обласних і далі до районних бюджетів. Поряд із цим існують приватні страхові фонди, які виконують функцію добровільного страхування, і частина витрат сплачується пацієнтами напряму під виглядом «добровільних» внесків до позабюджетних фондів лікарень, що є дуже

поширеною практикою.

Крім того, функціонують потужні державні організації, які за суттю є страховими та здійснюють різні види соціальних виплат: Пенсійний фонд України, Державна служба зайнятості (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття), Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб і членів їхніх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів (фінансує витрати на медичну і соціальну допомогу потерпілим на виробництві).

Фактично останні два вже виконують елементи медичного страхування та можуть бути використані для розвитку структури обов'язкового страхування.

На рис. 7 наведено схематичну структуру системи ОЗ України.

Також існують медичні профспілки та лікарські асоціації з потенційно значною роллю в управлінні чи встановленні медичних стандартів, захисті прав медичних робітників.



Рис. 7. Схематична структура системи охорони здоров'я України

ВИСНОВКИ

Таким чином, можна констатувати, що в європейських країнах, описаних у статті, діють подібні системи організації та управління ОЗ. Усі системи певною мірою наближені до моделі Беверіджа з обов'язковим страхуванням пацієнтів. Залежно від країни різняться джерела наповнення страхового/страхових фондів, ступінь самостійності місцевої влади при встановленні цін на медичні послуги і порядок взаємодії із приватними клініками чи практиками.

Схожою є роль парламенту та уряду у встановленні загальних принципів і норм роботи медичної сфери, визначенні обсягів і джерел фінансування, міри делегування права прийняття рішень місцевій владі. Відрізняються способи контролю за діяльністю госпіталів та лікарів чи суспільства над МОЗ навзаєм. У країнах, що

проходять період трансформації, дуже слабкий зв'язок між професійними асоціаціями, міністерством, страховими фондами щодо визначення правил роботи медичних закладів і спеціалістів та рівнів оплати послуг. Країни, що не є в періоді трансформації та відповідно мають більш високий рівень індексу людського розвитку, вирізняються потужними численними страховими медичними фондами центрального чи місцевого рівня та асоціаціями медичних працівників. Вони прямо впливають на роботу міністерств та уряду щодо встановлення справедливих правил і прийнятних цін на медичні послуги, визначення методів дотримання якості послуг, контролю за професійною і медичною діяльністю. Ні уряд, ні міністерство не мають монопольного права на остаточне рішення і зобов'язані враховувати та узгоджувати позиції з іншими учасниками ринку. Це наочно на прикладі Австрії та Німеччини, де професійні організації мають право ліцензування лікарської

діяльності, перевірки діяльності госпіталів, впливають на правила роботи страхових компаній.

Поряд із цим у системі ОЗ України наявні так само структурні елементи управління центрального та місцевого рівня, виконавчі органи на місцях з обмеженим набором функцій, дуже заплутаною системою бюджетування, яка, певною мірою, не враховує наявних потреб, які ніколи не оцінювались належним чином. Структура повністю відповідає централізованій структурі управлінських зв'язків, що ґрунтується не лише на встановленні принципів роботи, але і на жорсткому адміністративному контролі діяльності. До цього ж встановлені на центральному рівні показники ефективності не дають змоги адекватно оцінити потреби ОЗ, визначити фінансові потреби тощо. Водночас, країна вже має сформовану структуру медичної допомоги, яка керується принципом центрального управління, незважаючи на наміри децентралізації, має усталену систему контролю і навіть сформовані організації страхування соціальних потреб. Такі організації можна розглядати як потужний ресурс для впровадження обов'язкового страхування за рахунок використання вже існуючої матеріальної бази, персоналу, систем обліку, програмного забезпечення, територіальних відділень. Хоча для цього знадобиться внесення законодавчих змін, розробка нових правил роботи, перенавчання персоналу. Все це сприятиме наближенню фінансових запитів та ресурсів, що виділяються, встановленню чітких нормативів та правил роботи лікарів і правил оплати за

послуги. Ще однією особливістю цих фондів є те, що всі мешканці України вже обліковані в них, особливо в пенсійному фонді, і це потужне підґрунтя для введення персоналізованих медичних страхових рахунків для обов'язкового медичного страхування.

Україна як держава у цілях ОЗ зовсім не використовує потужності приватної медицини на рівні госпіталів і приватних лікарів. Таким чином, потужний резерв знань, умінь, устаткування, інших можливостей фактично виключений із загальнокорисного використання. Переважно це пояснюється відсутністю нормативної бази або практики використання бази для такого співробітництва та побоюваннями через високі ціни. З іншого боку, приватні госпіталі не охоче співпрацюють із державними інституціями через постійні проблеми з платежами й перевітками. Більшість воліють діяти самостійно та розвивати горизонтальні зв'язки з медичними закладами на певній території для пошуку пацієнтів.

Україна має усі передумови й ресурси для трансформування системи ОЗ у більш ефективну модель. Українські національні медичні професійні асоціації та об'єднання повинні підвищити вплив на роботу ОЗ, перейняти на себе більшість функцій з управління ОЗ, підготовки та перепідготовки лікарів на місцевому рівні, взаємодії зі страховими фондами, урядом та Верховною Радою.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності систем ОЗ різних країн.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні. Адміністративно правові проблеми формування і реалізації : монографія [Електронний ресурс] / З. С. Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с. – Режим доступу : http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf. – Назва з екрана.
2. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
3. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
4. Джерело Музей Австрії щодо Соціальних та Економічних справ із соціального забезпечення, 2013 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf. – Назва з екрана.
5. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України Верховної Ради України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/anot/en/2801-12>. – Назва з екрана.
6. Режим доступу : <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>. – Назва з екрана.
7. Режим доступу : http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/110923_Factsheet_Long-Term_Care_Insurance.pdf. – Назва з екрана.
8. Режим доступу : <http://www.gapmedics.com/blog/2014/02/22/health-care-systems-differences-around-the-globe>. – Назва з екрана.
9. Режим доступу : <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>. – Назва з екрана.
10. Режим доступу : <http://www.mz.gov.pl/en/ministry-of-health/office/the-offices-organisational-units>. – Назва з екрана.
11. Режим доступу : <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm>. – Назва з екрана.
12. Режим доступу : http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_e?p_id=82095. – Назва з екрана.
13. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта / М. Фотаки // Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы) : сборник. – Москва, 1999. – С. 8–11.
14. Щепин О. П. Фундаментальные основы политики здравоохранения / О. П. Щепин, В. Б. Филатова, Я. Д. Погорелова. – Москва : Изд-во НПЦ «Эскиз», 1999. – 70 с.

15. The concept of the «health system» at the macrosociological level // Soc. Sci Med. – 1973. – Oct. ; Vol. 7 (10). – P. 763–785.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.06.2016 р.

Сравнение структурных элементов управления систем здравоохранения отдельных стран Европы и Украины

С.А. Рудый¹, А.П. Гук^{2,3}

¹Всеукраинский благотворительный фонд «Фьючерс Групп Украина», г. Киев, Украина

²ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

³Украинская Ассоциация Нейрохирургов, г. Киев, Украина

Цель – сравнить структурные элементы управления систем здравоохранения отдельных стран Европы и Украины.

Материалы и методы. Исследования проведены на основании доступных аналитических материалов относительно систем здравоохранения Австрии, Германии, Литвы, Польши, Англии, Украины. Методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, системного подхода.

Результаты. Схематически представлены и описаны системы здравоохранения Австрии, Германии, Литвы, Польши, Англии, Украины.

Выводы. В Украине существуют все предпосылки и ресурсы для трансформации системы здравоохранения в более эффективную модель. Украинские медицинские профессиональные ассоциации и объединения должны повысить свое влияние на работу системы здравоохранения, взять на себе большинство функций по управлению системой здравоохранения, подготовки и переподготовки врачей на местном уровне, взаимодействия со страховыми фондами, правительством и Верховным Советом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: системы здравоохранения, сравнительная характеристика, медицинские ассоциации.

Compare of health care system management elements of certain European countries and Ukraine

S.A. Rudyi¹, A.P. Huk^{2,3}

¹All-Ukrainian Charitable Fund «Futures Group Ukraine», Kyiv, Ukraine

²SI «Institute of Neurosurgery Named after Academician A.P. Romodanov of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³Ukrainian Association of Neurosurgeons, Kyiv, Ukraine

Purpose – compare the elements of health care system management structure of certain European countries and Ukraine.

Material and methods. For this review free data regarding health care systems in Austria, Germany, Lithuania, Poland, United Kingdom, and Ukraine were used. Methods: literature review, logical and structure analysis.

Results. Austria, Germany, Lithuania, Poland, United Kingdom, and Ukraine health care systems diagrammatically described and presented.

Conclusions. In Ukraine, there are all preconditions and resources for the health system transformation into a more efficient model. Ukrainian medical professional associations and unions should increase their influence on the health care system work, to take on themselves the majority of the functions of the health system management, training and retraining of doctors at the local level, cooperation with insurance funds, the government and the Supreme Council.

KEY WORDS: health care systems, comparative description, medical associations.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рудий Сергій Анатолійович – експерт Всеукраїнського благодійного фонду «Фьючерс Груп Україна», член Ради Громадської організації «Асоціація Медиків Революції Гідності»; вул. Саксаганського, 39Б, офіс 3, м. Київ, 01033, Україна.

Гук Андрій Петрович – заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України», член Правління Українського Лікарського Товариства, відповідальний секретар Української Асоціації Нейрохірургів; вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050, Україна.