

## ПОРІВНЯННЯ РЕФОРМ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД КРАЇН З ПЕРЕХІДНОЮ ЕКОНОМІКОЮ

В наступній Таблиці представлені різні компоненти системи охорони здоров'я (а саме первинна медична допомога, вторинна та третинна допомога, лікарські засоби, джерела фінансування) в різних країнах, а також уроки, яким можна навчитися, з різного досвіду реформування. Для проведення такого порівняння були використані звіти ВОЗ, такі як «10 запитань про здоров'я до 10» та «Системи охорони здоров'я в перехідному періоді».

	<b>Чеська республіка</b>	<b>Угорщина</b>	<b>Польща</b>	<b>Словенія</b>	<b>Україна</b>
<b>Первинна допомога</b>	<p>Первинну допомогу організовано на регіональному рівні, вона надається у закладах, що перебувають у власності громад. Самі ж надавачі первинної допомоги переважно є приватними (98%). Громадяни вільні обирати лікарів первинної ланки. Це лікарі загальної практики (ЗП) для дорослих, лікарі ЗП для літей та підлітків, гінекологи та стоматологи. Більшість з них мають приватну практику, та отримують подушну оплату, частково поєднану зі сплатою за послугу. Первинна допомога найчастіше надається в медичних центрах, що перебувають у власності муніципальних влад, та винаймаються в оренду приватними лікарям ЗП та фахівцям з надання амбулаторної допомоги.</p>	<p>Муніципалітети відповідальні за організацію первинної медичної допомоги. Лікарі загальної практики зазвичай працюють в один з двох способів. Більшість (близько 80%) має приватну практику та працюють за контрактом з місцевими урядами. Вони отримують подушову оплату з Національного Фонду Страхування Здоров'я згідно реєстру пацієнтів. Місцеві уряди працевлаштовують решту 21% лікарів ЗП на основі фіксованих ставок заробітної плати. Три відсотки лікарів ЗП обирають третій спосіб роботи у сфері первинної допомоги, а саме ведуть власну приватну практику без укладання контрактів з муніципалітетами. В таких випадках вони мають право отримувати подушову оплату зі страхового фонду за умови, якщо вони мають в реєстрі обслуговування більше 200 пацієнтів.</p>	<p>Місцеві органи влади відповідальні за фінансування, планування, організацію та нагляд за закладами первинної медичної допомоги. Нова система охорони здоров'я зорієнтована на послуги первинної допомоги, а лікарі ЗП виконують роль воротарів. Амбулаторні послуги в спеціалізованих медичних центрах та лікарнях доступні лише після направлення від лікаря ЗП. Однак для деяких спеціалістів, включаючи гінекологів, психіатрів та офтальмологів, направлення не є обов'язковими.</p>	<p>В громадському секторі первинна допомога, як з профілактики, так і з лікування, надається в закладах охорони здоров'я. Більшість спеціалістів первинної допомоги працюють незалежно, та їх функція, як воротарів чимдалі посилюється. обилися спроби передати відповідальність щодо планування первинної допомоги місцевим урядам, і на сьогодні муніципалітети управляють більшістю центрів, які досі перебувають у державній власності. Також існують диспансери для різних видів допомоги для дітей, молоді, пацієнтів хворих на туберкульоз та з венеричними захворюваннями. Сімейна медицина/загальна практика викладається як післядипломна спеціалізація, однак не є достатньо популярною серед лікарів. Працівники первинної ланки в громадському секторі отримують оплату або на основі ставки, або подушно; фінансові стимули для них ще в стані розробки. Приватні надавачі послуг отримують право на концесію первинної допомоги згідно регулювань МОЗу.</p>	<p>Надання первинної допомоги засновано на територіально-дільничному принципі, за яким територія обслуговування певним закладом первинної допомоги розділяється на зони обслуговування (дільниці) з певною кількістю населення. За кожною із зон обслуговування закріплено терапевта первинної ланки. Українцям з 1989 року надано право вільного вибору терапевта первинної ланки. Однак, якщо теоретично пацієнт має право обирати надавача послуг первинної допомоги, цьому зазвичай перешкоджає дільничний лікар, оскільки таке спричиняє зміни в територіальних межах зони обслуговування та ускладнює відвідування пацієнтів на дому. В Україні чіткої різниці між первинною та вторинною допомогою не існує. Пацієнти можуть звертатися по допомогу до спеціалістів без формального направлення від свого дільничного лікаря, і часто такою можливістю користуються. Така практика повсюду підтримується і терапевтами, оскільки їх послуги сплачуються за фіксованими ставками, незалежно від навантаження та продуктивності праці, що не сприяє конкурентній боротьбі за пацієнтів.</p>

	<b>Чеська республіка</b>	<b>Угорщина</b>	<b>Польща</b>	<b>Словенія</b>	<b>Україна</b>
<b>Вторинна та третинна допомога</b>	<p>Спеціалісти з амбулаторної допомоги зазвичай працюють на приватних засадах. Більшість лікарень перебувають у комунальній власності регіону, району чи муніципалітету. Держава управляє університетськими лікарнями та спеціалізованими закладами. Також існують приватні лікарні, як комерційні, так і некомерційні, хоча лише 9% ліжок є приватними. Страхові фонди компенсують витрати лікарням, що перебувають у державній власності та університетським лікарням, як районного, так і муніципального підпорядкування, лише операційні витрати. Капітальне інвестування забезпечуються державою або регіональними органами. Всі лікарні, незалежно від форми власності, укладають контракти з фондами страхування здоров'я. На додачу до 216 лікарень, в країні діють 218 центрів для допомоги пацієнтам зі спеціальними потребами.</p>	<p>Районні лікарні надають вторинну допомогу населенню незалежно від місця проживання. Муніципалітети також є надавачами частини вторинної та спеціалізованої допомоги, хоча і через поліклініки, диспансери та невеликі лікарні. Третинна допомога надається в диспансерах та хоспісах, а також в університетських лікарнях. Лікарні для надання невідкладної допомоги, хронічної допомоги, а також реабілітаційні центри перебувають у власності національного уряду. Різноманітні національні клініки та інституції, призначені для лікування певних хвороб – рак, алкоголізм, психічні розлади, хвороби, що передаються статевим шляхом тощо. Щорічний рівень госпіталізації в Угорщині є достатньо високим, 22% (серед перших 15 країн ЄС в середньому 15%). Майже 30% всіх пацієнтів лікарень направляються на лікування більше за соціальними, ніж за медичними показниками. Із загальної кількості ліжок Угорщини місцевим урядам належить 77%, університетським лікарням 9.5%, закладам національного значення 7%, різноманітним міністерствам близько 4% та церквам 2%.</p>	<p>Лікарні належать до державної власності, однак є адміністративними одиницями, що діють на засадах самоуправління та самофінансування. Багато з них знаходяться на межі колапсу, оскільки вони досі надають послуги понад того обсягу, що погоджується до компенсації з системою страхування здоров'я. Основною проблемою для вирішення в лікарняній системі є неадекватний розподіл ліжок, брак чіткого механізму фінансування в розрізі певних груп населення, довгі листи очікування, неофіційні платежі та корупційні стосунки між лікарнями, лікарями та фармацевтичними компаніями. Політичні програми для вирішення цих проблем в процесі запровадження, і вони включають в себе заходи по виведенню тривалої допомоги з лікарень, посилення амбулаторної допомоги та встановлення нової системи акредитації та реєстрації.</p>	<p>Лікарні надають близько 75% вторинної допомоги в Словенії. Громадська мережа включає в себе 26 загальних та 12 спеціалізованих лікарень. Лікарняна система зазнала фундаментальних змін в результаті реформ з децентралізації. Було запропоновано концепцію стаціонарів денного перебування, а значну частину ресурсів було перерозподілено зі стаціонарної до амбулаторної допомоги, що привело до зменшення кількості ліжок для лікування гострих випадків. Існуючі державні лікарні отримали більшу автономію в управлінні в останні роки, однак вони досі потребують достатнього забезпечення ресурсами та надійних ресурсів для забезпечення якості послуг. Багато лікарень мають заборгованості, період очікування на послугу дуже тривалий.</p>	<p>Стаціонарна допомога організована на трьох рівнях: (1) лікарні, що обслуговують сільське населення, оснащені лише базовим обладнанням (3.5% всіх ліжок); (2) муніципальні та центральні районні лікарні, яким належить 70% всіх стаціонарних ліжок, потужністю в середньому 200 ліжок та певною спеціалізацією. На додачу, міські диспансери надають стаціонарну допомогу з лікування певних хвороб, таких як туберкульоз та хвороби, що передаються статевим шляхом (ХПСШ); (3) обласні та міжобласні спеціалізовані клінічні та діагностичні центри національних дослідницьких інститутів (25% всіх стаціонарних ліжок). Спочатку засновані для надання високоспеціалізованої медичної допомоги, з часом межі між вторинною та третинної допомогою стають дедалі більш розмитими. Амбулаторна акушерська та гінекологічна допомога надається в жіночих консультаціях, що є частиною пологових будинків чи поліклінік. В жіночих консультаціях надається антенатальна та акушерська допомога, а також щорічний скринінг на виявлення злоякісних новоутворень. Вторинна амбулаторна допомога надається також приватними клініками, однак інформація щодо переліку послуг, які ними надаються досить обмежена.</p>

	<b>Чеська республіка</b>	<b>Угорщина</b>	<b>Польща</b>	<b>Словенія</b>	<b>Україна</b>
<b>Лікарські засоби</b>	Існує три категорії медикаментів: генерики, вартість яких покриваються соціальною страховкою; не-генерики, витрати на які компенсуються страховою компанією за медичними показаннями; не-генерики, за які пацієнти сплачують самостійно. Більшість аптек є приватними. Фармацевтичне виробництво також майже повністю приватизовано. Доля фармацевтичної продукції, що імпортується, швидко зростає, при цьому вітчизняні лікарські засоби все ще мають суттєве значення для системи охорони здоров'я.	Гуртова торгівля лікарськими засобами в більшості випадків (90%) відбувається в приватному порядку. Роздрібну торгівлю також приватизовано. Об'єм фармацевтичного ринку різко зріс в останнє десятиріччя, і не лише в асортименті товарів, але і у показниках витрат на ліки – середньостатистична родина сьогодні витрачає в 10 разів більше на ліки, ніж на початку 90-х. Діяльність фармацевтичного сектору всебічно регулюється.	Фармацевтична галузь, що має вагомий роль та швидко розвивається, підтримується пільгами в оподаткуванні та забезпечує вітчизняне виробництво ліків. Майже 6000 фармацевтів із загальної кількості в 20 000 працюють в приватному секторі. Відшкодування витрат залежить від типу ліків: існує основний перелік ліків, доступних за фіксованою ціною, що розраховується як відсоток від мінімальної заробітної платні, та додатковий перелік ліків, за які пацієнти сплачують від 30% до 50% їх вартості. Витрати пацієнтам з хронічними захворюваннями чи ветеранам війни повністю відшкодовуються.	Нове законодавство було запроваджено для приведення фармацевтичного пакування, маркування, рекламування, контролю та дозволу у відповідність із збірником законів ЄС. Словенська фармацевтична галузь відшукує можливості виживання в умовах конкуренції з імпортною продукцією. Було розроблено систему для покращення економічної ефективності та контролю якості як для існуючих, так і для нових виробів. Встановлена законом страховка покриває 75% вартості будь-яких ліків з «позитивного» переліку; залишок в 25% сплачується з фондів добровільного страхування або безпосередньо пацієнтом.	90% вітчизняних виробників є приватними, а частка ліків вітчизняного виробництва сягає 50%. Більшість аптек приватизовані. Ціни суттєво зросли, що призвело до недоступності високоякісних, безпечних ліків та медичних приладів. З 2000 року в державних установах охорони здоров'я обов'язковою є закупівля ліків за тендерними процедурами. Також мають місце централізовані закупки, за якими МОЗ закуповує ліки в основному для пацієнтів з особливими потребами. Національний перелік основних лікарських засобів та виробів медичного призначень був затверджений в 2001 році, що визначає основу для мінімального пакету основних найменувань.

	Чеська республіка	Угорщина	Польща	Словенія	Україна
Хто за що сплачує?	<p>Фінансування системи охорони здоров'я в Чеській республіці засноване на принципі солідарності та справедливості, основними джерелами фінансування є державні кошти.</p> <p>Фінансування первинної ланки відбувається з обов'язкового страхування здоров'я, яким покривається майже 80% загальних витрат сектору, в той час як загальні податки покривають лише 11%.</p> <p>Приватне добровільне страхування здоров'я (ДСЗ) та готівкові розрахунки складають лише 7%. Обов'язкове страхування здоров'я фінансується за рахунок внесків працівників (4.5%) та роботодавців (9%). Самозайняті особи сплачують приблизно ту саму частину – 13.5% – однак не більше 35% їх задекларованого прибутку.</p> <p>Існує 9 фондів страхування здоров'я. Вони конкурують один з одним, обговорюючи контрактні умови безпосередньо з приватними постачальниками амбулаторних послуг та лікарнями. Відшкодування витрат базується на принципі оплати за послугу. Загальний Фонд Страхування Здоров'я є найбільшим, та його платоспроможність гарантується державою.</p>	<p>Національний Фонд Страхування Здоров'я є первинним засобом покриття витрат на охорону здоров'я в Угорщині. Він формується з трьох основних джерел: безпосередні відрахування із фонду заробітної платні (11% від роботодавців та від 3% до 4% від працівників), загального оподаткування (для забезпечення послугами осіб, яким гарантовано надання полуг, але які не можуть робити внески до Фонду), та капіталів, які забезпечуються урядом централізовано. Бюджети місцевих урядів також покривають деякі витрати на охорону здоров'я.</p> <p>Відшкодування витрат на послуги в охороні здоров'я відбувається в два способи. Лікарі загальної практики отримують подушову оплату, послуги спеціалістів амбулаторій оплачуються ретроспективно, згідно з переліком процедур, виконаних ними за схемою оплати за послугу та клінічно споріднених випадків для невідкладної допомоги.</p> <p>Практикуються методики обмеження/контролю витрат.</p>	<p>У відповідності до закону про Національний Страховий Фонд 2003 року Польща впровадила обов'язкове страхування здоров'я. Існує один центральний фонд страхування здоров'я, один Національний Фонд Здоров'я з 16 регіональними відділеннями. Починаючи з 2002 року, громадяни, які не застраховані власними роботодавцями або які працюють на умовах самозайнятості, можуть придбати поліс добровільного страхування здоров'я (ДСЗ). ДСЗ також можна отримати через Національний Фонд Здоров'я. На додаток, поляки можуть купувати «пакети здоров'я», що пропонуються деякими приватними клініками та страховими компаніями для покращання їх гарантованого покриття. Компанії часто пропонують такі пакети послуг власним працівникам. Міністерство Фінансів лише розподіляє фінанси з центрального бюджету на покриття частини високовартісних послуг, таких як пересадка органів та онкологічні операції. В інших випадках основним платником є Національний Фонд Здоров'я, фінанси якого не проходять через Міністерство фінансів. З фонду оплачується первинна допомога, з ним укладають контракти лікарі загальної практики, де вказуються розмір подушної оплати для них та інших надавачів послуг первинної допомоги. Обов'язкові внески становлять 8% доходу (7.75% налог на загальний дохід та 0.25% безпосередньо з особистих доходів); заплановано підвищення ставок оподаткування до 9% до 2007 року.</p> <p>Польща має значну тіньову економіку, неофіційний сектор, в якому доходи не реєструються державними службами, а тому з них не проводяться внески до соціального страхування здоров'я.</p>	<p>Всі громадяни Словенії мають право на обов'язкове страхове відшкодування, деякі з них на умовах співплати. Внески працівників пропорційні їх доходам та поділені між працівниками та роботодавцями. Інші особи, такі як пенсіонери та деякі особливі групи начелення, сплачують фіксовану суму. Національний Інститут Зайнятості робить внески за безробітних, а муніципалітети сплачують за найбільш уразливе та соціально незщищене населення. В 2002 році 84% витрат населення на охорону здоров'я були проведені через систему обов'язкових платежів та покриваються з фонду страхування здоров'я.</p> <p>Добровільні додаткові програми страхування запроваджені з 1993 року і з тих пір майже всі словенці (98%) користуються ними. Національний Інститут Страхування Здоров'я має контрактні стосунки з майже усіма приватними надавачами послуг. Люди все більше сплачують напругу, готівкою, коли вони звертаються по консультацію до приватних терапевтів, послуги яких не покриваються обов'язковим страхуванням.</p>	<p>Урядові бюджетні кошти залишаються основним офіційним джерелом фінансування охорони здоров'я, з якого майже 80% покривається з місцевих бюджетів, а залишок в 20% з національного бюджету, під відповідним контролем місцевих органів влади та Міністерства Охорони Здоров'я, та збираються з загального оподаткування та місцевих податків. За Бюджетним Кодексом 2001 року, система міжбюджетних трансфертів була запроваджена для балансування диспропорцій між областями та для запровадження субсидій для програм соціального захисту населення.</p> <p>Через брак бюджетного фінансування, збільшується надія на фінансування з приватних джерел. Беручи до уваги неофіційні платежі, загальна частка прямих витрат населення сягає 50% загальних витрат на охорону здоров'я.</p> <p>Добровільне страхування здоров'я (ДСЗ) було легалізовано в 1996 році, воно складає лише 1% загальних витрат на охорону здоров'я. Мережа неурядових організацій, таких як кредитні спілки, фонди по втраті працездатності були створені як альтернатива для мобілізації ресурсів у системі охорони здоров'я. Однак, фонди втрати працездатності покривають лише незначну частину населення, тому їх вплив на рівень витрат на охорону здоров'я обмежений. Україна отримує фінансування на охорону здоров'я із різноманітних зовнішніх джерел, включаючи допомогу від міжнародних організацій та окремих країн. Однак, в цілому діяльність донорських структур незначна і не має значного впливу на загальний обсяг фінансування сектору охорони здоров'я</p>

	Чеська республіка	Угорщина	Польща	Словенія	Україна
Вивчені уроки	<p>Два чеські міністерства – охорони здоров'я та праці – спільно працюють над двома проектами, поликаними на запровадження стандартів ЄС для регулювання соціального захисту. Перший проект було здійснено у співпраці з партнерами з Великобританії, а другий при партнерстві з експертами з Фінляндії. До 2002 року багато чого було досягнуто в межах першого проекту, що мав за мету посилення спроможності державного адміністрування для приведення системи відшкодувань у відповідність з правилами ЄС. З кінця 2002 року другий проект проводив випробування чеської системи щодо здатності запровадити модель ЄС з соціального захисту. Проект також направлений на систему розрахунків за послуги охорони здоров'я між країнами, взаємне визнання ліцензування медичних спеціалістів, прав пацієнтів та стандартів надання медичних і соціальних послуг.</p>	<p>Угорщина має тривалу незмінну традицію формулювання бачення завдань для системи охорони здоров'я. З початку 90-х, країна розробила п'ять послідовних документів з охорони здоров'я національного масштабу. Кожен з них стосується стратегічного питання в межах всієї країни, наприклад пропаганди здорового способу життя, викликів системи охорони здоров'я, політики інвестування, напрямів довготривалих перетворень тощо. Останній з цих стратегічних документів був розроблений урядом та погоджений парламентом в 2002 році: Національна Програма Johan Vela на Десятиріччя Здоров'я. Вона має інноваційний підхід. В той час, як всі попередні національні програми базуються на високоризикованому підході, програма Десятиріччя Здоров'я спрямована на зміну загального співвідношення захворюваності-смертності в довготривалому періоді. Одне із завдань програми – забезпечити трикратне зростання тривалості життя як для жінок, так і для чоловіків до кінця десятиріччя. Сталість розвитку відзначається як ключовий фактор для успіху програми, таким чином позитивний вплив реформ очікується отримати і після закінчення врядування теперішньої адміністрації. Іншим іноваційним аспектом програми є чітке визначення різних ролей, що мають суспільство та уряд в прийнятті рішень з охорони здоров'я.</p>	<p>В 1999 році Польща створила децентралізовану систему з 16 регіональними фондами страхування здоров'я. Однією з основних ідей, на яких ґрунтувалася ця система, було звільнення витрат на систему охорони здоров'я від політичних домовленостей та особистих преференцій. Цю мету не було досягнуто, та на додачу, ситуація щодаля погіршувалася. Швидко стало зрозумілим, що система зустріла ряд серйозних перешкод – брак регуляторного законодавчого підґрунтя, брак ресурсів, необхідних для функціонування системи тощо. Тому в квітні 2003 року, були прийняті закони для утворення Національного Фонду Здоров'я, підпорядкованого Міністерству охорони здоров'я, а отже відновлювали міністерську наглядову та управлінську роль в розподілі фінансів.</p> <p>Згідно нового законодавства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реформи сектору охорони здоров'я Польщі потребували постійного супроводу з метою попередження їх нетривалої дії.</li> <li>• Значного прогресу було досягнуто в розбудові партнерства між державним сектором охорони здоров'я та іншими секторами.</li> <li>• Створено різноманітні регулювання сектору охорони здоров'я, а тому одним з основних завдань реформи є їх гармонізація.</li> </ul>	<p>Словенія змінила підхід до посилення та оновлення первинної допомоги. Реформи останньої декади включали в себе впровадження концепції сімейної медицини, концепції ,яка була спочатку опробована, а після цього модифікована для відповідності ряду характеристик Словенської системи охорони здоров'я. Такий процес призвів до кращого розуміння ролі та завдань професіоналів системи охорони здоров'я, а також до пошуку заохочень для підвищення привабливості спеціальності лікаря загальної практики. Одним з ключових завдань, які необхідно вирішувати, це спосіб розробки ефективного зв'язку між первинною та вторинною/третинною медичною допомогою. За сучасних планів зменшення рівня госпіталізації, надія залишається на те, що частина ресурсів вивільниться та буде розміщена для фінансування первинної допомоги, і що міжтериторіальні диспропорції можна буде врегулювати. Інноваційним кроком Міністерства охорони здоров'я стала спроба з'єднати виплати лікарям первинної ланки разом із скороченням листів очікування, підвищення ефективності системи направлень та впровадження профілактичних програм. Існування приватної первинної допомоги встановлює нові виклики – в основному щодо того, як скористатися перевагами конкуренції і як найкраще використовувати громадські державні заклади шляхом переведення їх у приватну власність.</p>	<p>З моменту набуття незалежності Україна для досягнення встановлених цілей послідовно створювала законодавчу базу, яка характеризується фрагментарністю та складністю з дублюваннями та нечітко визначеними лініями підзвітності, що поєднується з недостатньою забезпеченістю ресурсами. Незважаючи на наявність багатьох проблем, поступове реформування є можливим. Однак, перетворення, що мали місце, не є сталими, оскільки не призводять до структурних претворень та не сприяють значному покращенню діючої системи. Також стає зрозумілим, що гострі проблеми в системі охорони здоров'я виникли через неефективність фінансування системи, її планування та регулювання.</p>