

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Юридичний факультет

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

В.о. завідувача кафедри публічного
управління та адміністрування,

д. держ. упр., професор

_____ Володимир ЄМЕЛЬЯНОВ

«_____» _____ 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В ФІНЛЯНДІЇ: МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УКРАЇНИ**

Керівник:

д. держ. упр., професор

_____ Андріяш Вікторія Іванівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

ст. викладач

_____ Верба Світлана Миколаївна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав:

студент VI курсу групи 639МЗ

_____ Мудрий Ярослав Миколайович

(П.І.Б.)

Спеціальності:

281 «Публічне управління та
адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Публічне управління закладами
охорони здоров'я»

Миколаїв – 2025 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Теоретичні основи державного регулювання системи охорони здоров'я.....	8
1.2. Сучасний стан систем охорони здоров'я.....	18
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	27
2.1. Особливості становлення та розвитку системи охорони здоров'я Фінляндії.....	27
2.2. Особливості реформування системи охорони здоров'я у Фінляндії.....	38
РОЗДІЛ 3. АКТУАЛЬНІ ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ФІНЛЯНДІЇ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ.....	48
3.1. Рівень здоров'я населення як показник функціонування сфери охорони здоров'я.....	48
3.2. Основні проблеми та шляхи їх подолання в розвитку сфери охорони здоров'я.....	59
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	81

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

AFLRA – Асоціація місцевих та регіональних органів самоврядування Фінляндії

СКС – Стандарт купівельної спроможності

DALY – «Disability – adjusted life year»

YLD – years lost due to disability

YLL – years life lost

ВВП – Валовий внутрішній продукт

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄП – Європейський економічний простір

ЄЗВТ – Європейська зона вільної торгівлі

ЗУ – Закон України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВСТУП

Актуальність дослідження. Однією з головних цілей функціонування сучасної країни є створення умов для якісного та сприятливого життя громадян. Стійкий соціальний та економічний розвиток країн неможливо уявити без ефективного державного регулювання, яке торкається всіх рівнів розвитку суспільства та держави. Державне регулювання є комплексом найважливіших заходів, які здійснюються державою для підтримки та покращення життя населення. Важливою сферою державного регулювання є покращення здоров'я населення та зменшення рівня смертності. Рівень здоров'я населення протягом усієї історії людства залишається актуальною проблемою.

Здоров'я громадян є найважливішим ресурсом для держави, оскільки цей ресурс дозволяє реалізувати трудовий потенціал населення, необхідний для виробництва матеріальних благ. Діяльність держави має бути сфокусована на вдосконаленні державної політики у галузі охорони здоров'я. Охорона здоров'я – це та державна галузь, яка організує та забезпечує охорону здоров'я населення. Функціонування системи охорони здоров'я залежить від багатьох факторів, наприклад, від ступеня участі держави у її фінансуванні. Рівень охорони здоров'я є одним з найважливіших факторів, які визначають соціальний та політичний стан держави. Важко переоцінити важливість державної політики та механізмів державного регулювання в галузі охорони здоров'я.

Ефективна державна політика сприяє природному приросту населення, високому рівню життя, рівним можливостям для задоволення медичних та соціальних потреб всіх верств населення. У довгостроковій перспективі ефективна система охорони здоров'я створює таку систему взаємовідносин між пацієнтом та працівниками охорони здоров'я, яка формує почуття впевненості громадян країни у захищеності їхнього статусу. Для медичних

працівників ефективна державна політика в галузі охорони здоров'я створить такі умови, які спонукатимуть належним чином виконувати свої обов'язки.

Зважаючи на вказане доречним є звернення особливої уваги на особливості державного регулювання сфери охорони здоров'я Фінляндії. Вибір цієї країни обумовлений, перш за все, історичною складовою, що сходиться до перебування Фінляндії у складі російської імперії, тісними сучасними взаємозв'язками у торгівлі та туризмі, досвідом подолання криз в економіці та медичній сфері. З початком війни в Україні Фінляндія стала країною, яка також надає активну допомогу як біженцям, що приїхали на її територію, так й нашій країні у боротьбі з ворогом. Зважаючи на складну ситуацію системи охорони здоров'я Фінляндії в даний час також проходить перевірку «на міцність». Вітчизняна сфера охорони здоров'я піддається критиці за те, що безкоштовна медицина стає все менш ефективною, ціни на ліки завищені, імпорتنі кошти найчастіше неможливо дістати, а приватна медицина стала корумпованою. Фінляндія є однією з країн лідерів за доступністю та якістю медичного обслуговування. Фінська політика в галузі охорони здоров'я завжди наголошувала на необхідності забезпечення права кожної людини на соціальне та медичне обслуговування. Доступність і якість послуг, що надаються, розвивалися в Фінляндії протягом останніх десятиліть. Однак питання щодо реформи сфери охорони здоров'я гостро постає у фінському суспільстві саме останніми роками. Особливо це чітко видно у зв'язку з відставкою фінського уряду у березні 2019 року через провал реформи в галузі охорони здоров'я.

Теоретичну базу дослідження склали роботи вітчизняних та закордонних вчених, присвячені проблемам систем охорони здоров'я та державної політики у сфері охорони здоров'я. Вітчизняні дослідження державної політики та системи охорони здоров'я представлені роботами В. Москаленко, О. Гульчій, Т. Грузева, О. Конотопцев, І. Сенюта та ін. Питанням дослідження державної політики Фінляндії в сфері охорони здоров'я стали роботи В. Пашков, Ю. Ридзель, Д. Рябець, Т. Семигіна та ін.

Особливу увагу порівняльному аналізу державного регулювання сфери охорони здоров'я Фінляндії та України приділено в роботах І. Кринична, В. Лехан, Л. Крячкова, В. Волчек, О. Солдатенко, В. Шевчук та ін.

Нормативна база дослідження представлена нормами Конституції й законів України, міжнародно-правовими нормативно-правовими актами, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України та відомчими нормативними актами, що регламентують питання державного регулювання системи охорони здоров'я.

Емпіричну базу дослідження становлять статистичні й аналітичні матеріали регламентації процесів державного регулювання медичної галузі, котрі мають позитивний досвід.

Об'єктом дослідження – є сфера охорони здоров'я Фінляндії.

Предметом дослідження – є державне регулювання сферою охорони здоров'я у Фінляндії.

Мета дослідження – проаналізувати особливості державного регулювання галузі охорони здоров'я в Фінляндії; дослідити проблеми та шляхи вдосконалення державного регулювання в галузі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання**:

- охарактеризувати системи охорони здоров'я сучасних країн;
- проаналізувати процес реформування системи охорони здоров'я;
- охарактеризувати особливості державного регулювання сферою охороною здоров'я;
- оцінити рівень здоров'я населення у досліджуваних країнах;
- проаналізувати можливості застосування досвіду Фінляндії для вітчизняних реалій.

Методи дослідження. Під час написання роботи використовувалася ціла низка загальнотеоретичних та спеціально-наукових методів, а саме: метод теоретичного аналізу спеціальної літератури, аналітичний метод, аналіз статистичних показників та даних, а також науковий метод. Теоретичні аспекти дослідження здійснювалися за допомогою діалектичного

методу. Системний аналіз використовувався для аналізу основних характеристик систем охорони здоров'я сучасних країн. Також було використано порівняльний аналіз, аналіз та узагальнення наукової літератури та науково-правових документів, порівняльно-історичний метод, що дозволяє виявити зміни, що відбулися в політиці двох аналізованих країн.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що державне регулювання в галузі охорони здоров'я Фінляндії більше спрямовано на профілактику захворювань серед населення, ніж відповідні заходи у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Первинна ланка охорони здоров'я в Україні, що відповідає за профілактику хвороб серед населення, потребує суттєвого реформування.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості використати результати проведеного аналізу у розвитку різноманітних програм, спрямованих на профілактику хвороб населення, розвитку вітчизняної державної політики у галузі охорони здоров'я.

Результати дослідження можуть бути використані у навчальному процесі при підготовці курсів та спецкурсів з проблем місцевого самоврядування та публічного управління в Україні, зокрема, при підготовці курсів «Публічна політика в сфері охорони здоров'я», «Публічне управління», «Менеджмент охорони здоров'я» тощо.

Структура дослідження. Специфіка теми, сформульовані мета і завдання визначили послідовність викладення матеріалу і структуру роботи. Робота загальним обсягом 86 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні основи державного регулювання системи охорони здоров'я

З розвитком ринкових взаємовідносин змінюється система державного регулювання охорони здоров'я як найважливішого виду економічної діяльності. Відмінною рисою ринкової системи господарювання є механізм саморегулювання, заснований на співвідношенні попиту та пропозиції. Однак саме у сфері охорони здоров'я існують певні вади ринку, що порушують дію вказаних законів. Необхідність визначення оптимального співвідношення планових та ринкових регуляторів, актуальна як для бюджетних, так і для страхових систем охорони здоров'я, яку диктують реформи охорони здоров'я, що проводяться в останні роки [5, с. 237]. Про неможливість розвитку ринкових регуляторів у сфері медичних послуг через недостатність державних регуляторів говорить більшість сучасних дослідників [37]. Трансформація охорони здоров'я відбувається на всіх рівнях: державному, регіональному, муніципальному. Розглядаючи регулювання охорони здоров'я на державному та муніципальному рівні, слід враховувати принцип децентралізації, відповідно до якого на муніципальні органи влади покладено функції нагляду за вирішенням проблем галузі, у тому числі фінансових питань. Варто погодитися з думкою Є. Кульгінського, що «одним із головних аспектів управлінського застосування поняття «регулювання» повинно бути визначення ступеня централізації системи. З одного боку, центральний уряд може бути зацікавленим у збереженні повного контролю над системою, вимагаючи, аби всі рішення, що

приймаються в межах системи, санкціонувалися центральною владою. З іншого боку, уряд може вдаватися до децентралізації, вдаючись до делегування прийняття рішень більш низьким рівням системи» [53, с. 170]. На думку З.Гладун, «в сфері охорони здоров'я населення державне регулювання передбачає встановлення загальноприйнятих правил та порядку здійснення медичної діяльності, зокрема надання необхідної медичної допомоги, несення відповідальності за дотримання встановлених правил, включаючи здійснення впливу держави та її органів на діяльність органів та закладів охорони здоров'я. Державне регулювання повинно ґрунтуватися на легітимно визначеній стратегії суспільного розвитку, державних медичних програм, медичних стандартах й механізмах обов'язкового їхнього виконання, державному контролю й адміністративно-правовому примусі» [53, с. 170]. Незважаючи на різноманітні підходи, можемо вказати, що державне регулювання охорони здоров'я – є низкою заходів спрямованих на створення сприятливих організаційних, господарських, фінансових умов, із врахуванням ринкових механізмів господарювання (рис. 1.1).

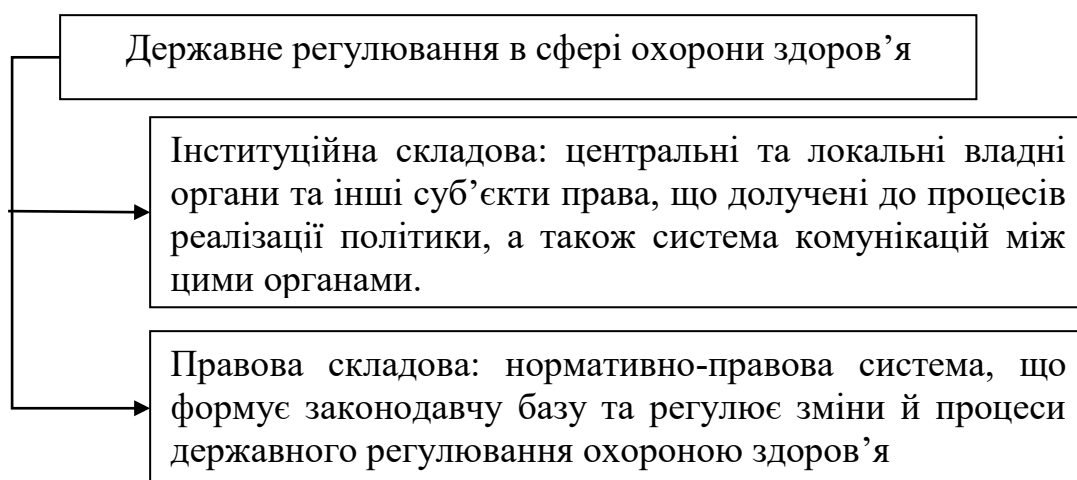


Рис. 1.1. Державне регулювання в сфері охорони здоров'я

Основною метою державного регулювання сфери охорони здоров'я – є зміцнення й збереження здоров'я населення, забезпечення

висококваліфікованими працівниками та медичною допомогою, поліпшення якості життя й збереження генофонду нації. Для ефективної реалізації вказаної мети доречним є окреслення основних завдань державного регулювання сфери охорони здоров'я:

- 1) створити сприятливі організаційно-фінансові умов діяльності та розвитку медичних закладів всіх форм власності [24];
- 2) здійснення контролю якості медичних послуг та медичної допомоги;
- 3) формування відповідної нормативно-правової бази, що забезпечуватиме рівні умови для всіх постачальників медичних послуг;
- 4) ефективна реалізація соціально-демографічної політики, що спрямована на підвищення рівня народжуваності й зниження рівня смертності;
- 5) сформувати передумови встановлення та дотримання вільного доступу до медичної допомоги для всіх без виключення верств населення;
- 6) забезпечити належний рівень санітарно-епідеміологічного добробуту населення [15];
- 7) забезпечити ефективну багатоканальну фінансову систему за рахунок подальшого збільшення обсягів державної фінансової підтримки в сфері охорони здоров'я та пошук альтернативних джерел фінансування [32];
- 8) заохочення та популяризувати серед населення здорового способу життя [33];
- 9) активізувати розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, включаючи виробництво медичних виробів і виробів медичного призначення, виробництво фармацевтичних препаратів тощо;
- 10) активізувати науково-дослідну діяльність та ринок новацій у сфері охорони здоров'я;
- 11) створити сприятливі умови для професійного розвитку персоналу в сфері охорони здоров'я: сприяти процесам неперервної медичної освіти, управлінської освіти в сфері охорони здоров'я тощо [7, с. 58].

Варто також погодитися з думкою інших дослідників [4, с. 87], які наголошують на доречності визначити такі функції та задачі державного регулювання розвитку у сфері охорони здоров'я, представлених:

1) інформаційною функцією: виявленням та управлінням факторами, що здійснюють вплив на появу різноманітних кризових явищ у системі охорони здоров'я; забезпеченням використання необхідних інформаційних технологій; інформаційною взаємодією між основними суб'єктами;

2) ресурсною: забезпеченням кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я, бюджетно-фінансовою й грошово-кредитною політикою держави, а також управлінням державними витратами, закупівлями й позиками;

3) інноваційною: забезпеченням необхідних інституційних перетворень зовнішнього середовища, сприятливих для розвитку інновацій; формуванням пріоритетних напрямів розвитку; стимулюванням інноваційної діяльності та розвитку трансферу медичних технологій;

4) контрольною: організацією постійного моніторингу за станом сфери; аналізом потенціальних наслідків розвитку галузі; оцінкою ефективності необхідних заходів [51, с. 129].

Зважаючи на вказане можемо стверджувати, що принциповою особливістю сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я, на думку деяких дослідників, є те, що «вона реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами» [64, с. 129]. У цьому є актуальним дослідження досвіду розвинених країн у сфері регулювання охорони здоров'я з метою визначення ступеня неринкового втручання у сферу охорони здоров'я, і навіть методів, які дозволяють оптимізувати регулювання сфери охорони здоров'я на національному, регіональному та муніципальному рівнях. Варто вказати, що характерною рисою системи охорони здоров'я в скандинавських країнах є координація, що реалізується на різних рівнях та в багатьох формах прояву. В деяких аспектах побудови системи охорони здоров'я вказаних країн використовується здебільшого аналогічний підхід,

однак існує й ціла низка відмінностей, зокрема щодо рівня загальнодержавної координації в Фінляндії та Швеції є значно нижчим ніж в інших країнах регіону. Крім того, систему охорони здоров'я Швеції вважають однією з кращих через її високу ефективність при помірних витратах. Охорона здоров'я Швеції є державною на 92%, характеризується високим ступенем децентралізації з поділом відповідальності за охорону здоров'я між державою, ландстингами (політичними органами) та муніципалітетами. Головним регулюючим органом виступає держава, яка регулює роботу місцевих органів влади, формування політики, стратегій та принципів у сфері охорони здоров'я, прийняття законів [33]. Зокрема, Закон про охорону здоров'я та медичну допомоги визначає обов'язки ландстингів і муніципалітетів та надає самостійність місцевим органам управління. Усі медичні працівники перебувають під наглядом Державної ради з охорони здоров'я та соціального забезпечення. До органів управління також входять:

- управління з лікарських засобів – контролює якість та ефективність використання лікарських засобів;
- державний інститут громадського здоров'я – здійснює контроль за профілактикою;
- державна фармацевтична корпорація, яка контролює діяльність аптек, забезпечує лікарськими засобами;
- державна рада із соціального страхування – виплачує страхову допомогу та компенсації;
- асоціація муніципалітетів та ландстингів, яка представляє інтереси регіонів на центральному рівні [1, с. 217].

У Швеції також паралельно відразу функціонує декілька систем надання медичних послуг, характерними рисами яких є різниця залежно від регіону дислокації пацієнта й відповідного медичного закладу. Для прикладу, в регіоні Сконе (Skene), як і в деяких інших регіонах, діє базовий набір послуг, що охоплює забезпечення відповідними медикаментами, відвідування центрів надання первинної медичної допомоги й проведення

діагностики (вказане передбачається контрактом обов'язкового медичного страхування). Внаслідок обмеження фінансового забезпечення вказаних програм (базовий набір послуг) додаткове відвідування вузькопрофільних спеціалістів здійснюється виключно за рахунок додаткових коштів певного пацієнта. Крім того, системи страхування всіх регіонів Швеції передбачають можливість виплати штрафів або значного підвищення вартості послуг вторинної ланки медичного забезпечення в результаті здійснення самовільного, без відповідного направлення, звернення до такого спеціалістів. На противагу цьому існують відповідні додаткові матеріальні стимули для пацієнтів, котрі регулярно намагаються відвідувати лікарів первинної консультаційної ланки, здійснювати відповідні валеологічні заходи й попереджати виникнення серйозних проблем з власним здоров'ям й необхідність звертатися до спеціалістів у складних випадках.

Незважаючи на те, що державне регулювання є найбільш ефективним способом регулювання, відсутність конкуренції призводить до високих витрат грошових коштів і, отже, низької ефективності. Ефективність узагальненої системи, за М. Фрідманом, приблизно вдвічі нижча за систему, засновану на приватному підприємстві, коли одні й ті ж кошти в умовах ринку дозволяють підвищувати рівень медичного обслуговування удвічі проти систем, існуючим за умов монополії або прямого бюджетного фінансування [6, с. 15]. Разом з тим, реформи внутрішнього ринку медичних послуг Швеції, спрямовані на скорочення витрат, запровадили нові схеми фінансування та організації медичного обслуговування. Розвиток приватної медицини та можливість вибору медичної організації призвели до посилення конкуренції на ринку медичних послуг. Проте результатом таких ринкових взаємовідносин стало зниження витрат, й загроза принципу соціальної рівності. Наслідком цього стала переорієнтація політики в галузі охорони здоров'я з конкуренцією на співпрацю між медичними організаціями та покупцями медичних послуг [69, с. 230]. З досвіду Швеції випливає, що ринкові механізми не завжди призводять до зниження витрат, загрожують

принципу рівності та потребує грамотної політики щодо галузі конкретної країни.

Система охорони здоров'я Швейцарії має найбільш ринково орієнтований характер і ґрунтується на принципі «керованої конкуренції», у межах якої надання медичних послуг та медичне страхування віддається у приватні руки, тоді як галузь діє в рамках регульованого «штучного» ринку. Єдиного державного бюджету на потреби охорони здоров'я немає, що дозволяє знизити до мінімуму черги на медичну допомогу, на противагу систем охорони здоров'я інших країн. Недоліки сфери пов'язані з розширенням сфери обов'язкового страхування та державним регулюванням. Споживачі впливають на ціну, відмовляючись купувати дуже дорогий товар. Обов'язковість медичного страхування позбавляє їх цього важеля впливу, оскільки споживачі зобов'язані купувати цей «товар», навіть якщо вважають його ціну завищеною. Слід зазначити, що у Швейцарії діє одна з найжорсткіших у Європі систем регулювання діяльності представників нелікарських медичних професій [75, р. 369].

У Великій Британії існує жорстко централізована національна (державна) система охорони здоров'я (НСЗ), яка регулюється державою. Важелі управління належать Уряду, який встановлює правила поведінки для органів управління сферою охорони здоров'я та постачальників медичних послуг. Департамент охорони здоров'я Уряду – є центральним органом управління – здійснюючи законотворчу функцію, формулює та контролює впровадження законів та нормативних актів, що регулюють діяльність медичної галузі. Місцеві підрозділи НСЗ приймають рішення щодо їх впровадження у практику на локальному рівні. Урядом також формується механізм договірних взаємовідносин, встановлюється правило обов'язковості конкурсного розміщення замовлень. Вимоги до ціноутворення виключають перекладення на покупців послуг витрат за змістом невикористаних потужностей. Існує процедура перевірки обґрунтованості цін [50].

Регулювання системи охорони здоров'я Франції здійснює держава в особі парламенту, Уряду та Управління з питань охорони здоров'я та соціального розвитку, система ЗМС та спільноти регіонального рівня. На регіональному рівні для підвищення керованості було створено регіональне агентство з охорони здоров'я, відповідальні за забезпечення відповідності наданої медичної допомоги потребам населення шляхом покращення взаємодії між амбулаторною та стаціонарною ланкою. Регулювання системи охорони здоров'я здійснюється у процесі взаємодії постачальників послуг (лікарні та медичні працівники), держави в особі Міністерства охорони здоров'я та системи ЗМС. Парламентом приймаються адміністративні постанови та закони. Зростання витрат на охорону здоров'я та збільшення дефіциту ЗМС посилили роль держави у регулюванні охорони здоров'я. Державні тарифи на медичні послуги затверджуються Міністерством охорони здоров'я. Якість медичної допомоги регулюється на національному рівні [65]. Ринок приватного медичного страхування, що заповнює прогалини пропозиції, схильний до меншого регулюванню у порівнянні зі США. Суми, які нараховують лікарі за послуги, не регулюються. Також система дозволяє постачальникам послуг пред'являти рахунки, що перевищують базові тарифи, майже у 30% лікарів. Водночас конкуренція, що існує серед лікарів, не дозволяє надмірно завищувати ціну на ті або інші медичні послуги [24]. Держава обмежує вільне отримання медикаментів за рецептами. Незважаючи на наявність певних проблем, таких як зростання витрат, французька модель має переваги щодо більшості державних систем охорони здоров'я. Країні вдається уникнути нормування медичних послуг, проте зростання витрат, що продовжується, може сприяти введенню державою нормування у сфері охорони здоров'я. Ефективність французької системи частково пов'язана з тим, що для Франції характерно достатньо висока пайова участь пацієнтів у оплаті медичної допомоги, що дозволяє уникнути надмірного і не завжди необхідного використання медичних послуг [63].

У Німеччині існують дві системи медичного страхування – соціальна, яка є обов'язковою для всіх працюючих та їх утриманців, і приватна. Асоціації страхових фондів та медичні асоціації здійснюють регулювання системи медичного страхування, найбільш значущим з яких є Федеральний об'єднаний комітет медичне страхування. Держава від імені Уряду регулює розмір внесків у систему приватного медичного страхування з метою недопущення їх зростання у міру збільшення віку. Для Німеччини не характерне пряме регулювання цін виробника, акредитовані медичні препарати підлягають швидкій компенсації. Існує непряме регулювання лікарських засобів, які мають препарати заміни, що полягає у наявності довідкової ціни, за якою страховиками проводиться визначення величини компенсації. Досвід Німеччини свідчить про те, що охорона здоров'я розвинених країн також є предметом конфлікту ринкової конкуренції та державного регулювання [51, с. 39]. Регулювання системи охорони здоров'я здійснюється центральним урядом та регіональними органами. Цінові обмеження та фіксовані ставки гонорарів призводять до того, що лікарі, вимушені працювати в умовах жорстких тарифів, і через відсутність фінансових стимулів не прагнуть надавати допомога пацієнтам понад необхідний мінімум. У цьому виникають питання якості послуг [51, с. 41].

Система медичного страхування Японії будується на національному та професійному страхуванні та відрізняється від європейської системи:

по-перше, тому, що поєднує в собі приватну охорону здоров'я та елементи жорсткого державного регулювання тарифів на медичні послуги;

по-друге, страхування більшої частини населення державними та муніципальними органами [75, р. 368].

У сфері охорони здоров'я Японії було запроваджено обмеження, що встановлюють стелю кількості процедур, дозволених до виконання лікарнею протягом місяця. Також, як і для інших країн для Японії характерна проблема зростання витрат, впоратися з якою вдається частково завдяки здоровому

способу життя японців, низьким рівнем аварій, злочинності, наркоманії [75, р. 367].

Таким чином, пошук оптимального співвідношення ринкових та неринкових регуляторів на державному та муніципальному рівнях у сфері охорони здоров'я набуває першорядного значення. За підсумками аналізу існуючих регуляторів та стану сфери охорони здоров'я в країнах з високим рівнем розвитку охорони здоров'я можна виділити такі, властиві більшості країн проблеми державного та муніципального рівня:

- наявність черг на отримання медичної допомоги;
- недоукомплектованість лікарями у периферійних віддалених муніципальних утвореннях;
- обмеження доступності до спеціалізованої медичної допомоги на території віддалених периферійних муніципальних утворень;
- зростання витрат на надання медичної послуги;
- обмеженість фінансових ресурсів медичних організацій;
- збільшення потреб населення у медичних послугах.

Основними методами регулювання охорони здоров'я на державному і муніципальному рівнях є адміністративні та економічні методи. Адміністративні включають законодавчу базу та контроль за виконанням законів, заходи заборони та обмеження. Економічні методи будуються на специфіці оподаткування медичних організацій, фінансуванні державного та муніципального завдання. Таким чином, в умовах стабільного зростання ринку платних медичних послуг (як наслідок скорочення доступності медичної допомоги, що оплачується за рахунок бюджетних коштів) та зниження рівня реальних доходів населення, особливо локальних периферійних муніципальних утворень, введення пайової участі пацієнтів в оплаті медичної допомоги дозволить уникнути:

- по-перше, надмірного і не завжди необхідного використання медичних послуг;
- по-друге, знизить витрати громадян на оплату вартості всієї послуги.

Керуватися при цьому варто досвідом організації системи регулювання охорони здоров'я на державному та муніципальному рівнях сучасних високорозвинених держав, де максимальна річна сума з платежів громадян обмежена публічно-правовим утворенням відповідного рівня з кожного виду медичної допомоги та лікарського засобу забезпечення.

1.2. Сучасний стан систем охорони здоров'я

На сьогодні питання «здоров'я» набуває нового політичного та управлінського значення [56, с. 640]. Уряди, державні або приватні організації, за допомогою відповідних заходів регулювання всіляко намагаються знайти ефективні важелі впливу на рівень індивідуального та суспільного здоров'я з метою покращення його стану. Подальша активізація участі урядів та зацікавлених осіб та груп в процесах вироблення політичних рішень щодо системи охорони здоров'я сприяє подальшому посиленню наукових досліджень в різних сферах щодо медичних питань [55]. Крім того питання охорони здоров'я, вартості та доступності лікування, належних умов життя стосуються інтересів широких груп населення, формують електоральні настрої, стають предметом активних дискусій та обговорень. Відтак, можемо говорити, що медичні працівники поступово втрачають монополію на регулювання системи охорони здоров'я, а державне регулювання вказаної сфери стає предметом окремих ґрунтовних теоретичних та практичних досліджень. Найбільш актуальними у науковому дискурсі є питання щодо:

- основних цілей та напрямів охорони здоров'я;
- фінансування вказаної сфери й розподіл коштів;
- вплив на основні чинники здоров'я (стан навколишнього середовища, умови проживання та роботи, особливості системи медичного обслуговування та страхування тощо);

- забезпечення та дотримання прав громадян на безкоштовну медичну допомогу;
- реформування охорони здоров'я тощо [12, с. 54].

На ряду з невирішеними проблемами, системи охорони здоров'я багатьох країн стикаються з новими, такими що раніше не виникали труднощами та перешкодами (рис. 1.2). Навіть у економічно благополучних країнах, у міру зростання вимог населення щодо якості обслуговування та збільшення можливості вибору, уряди змушені долати проблему підвищення видатків.

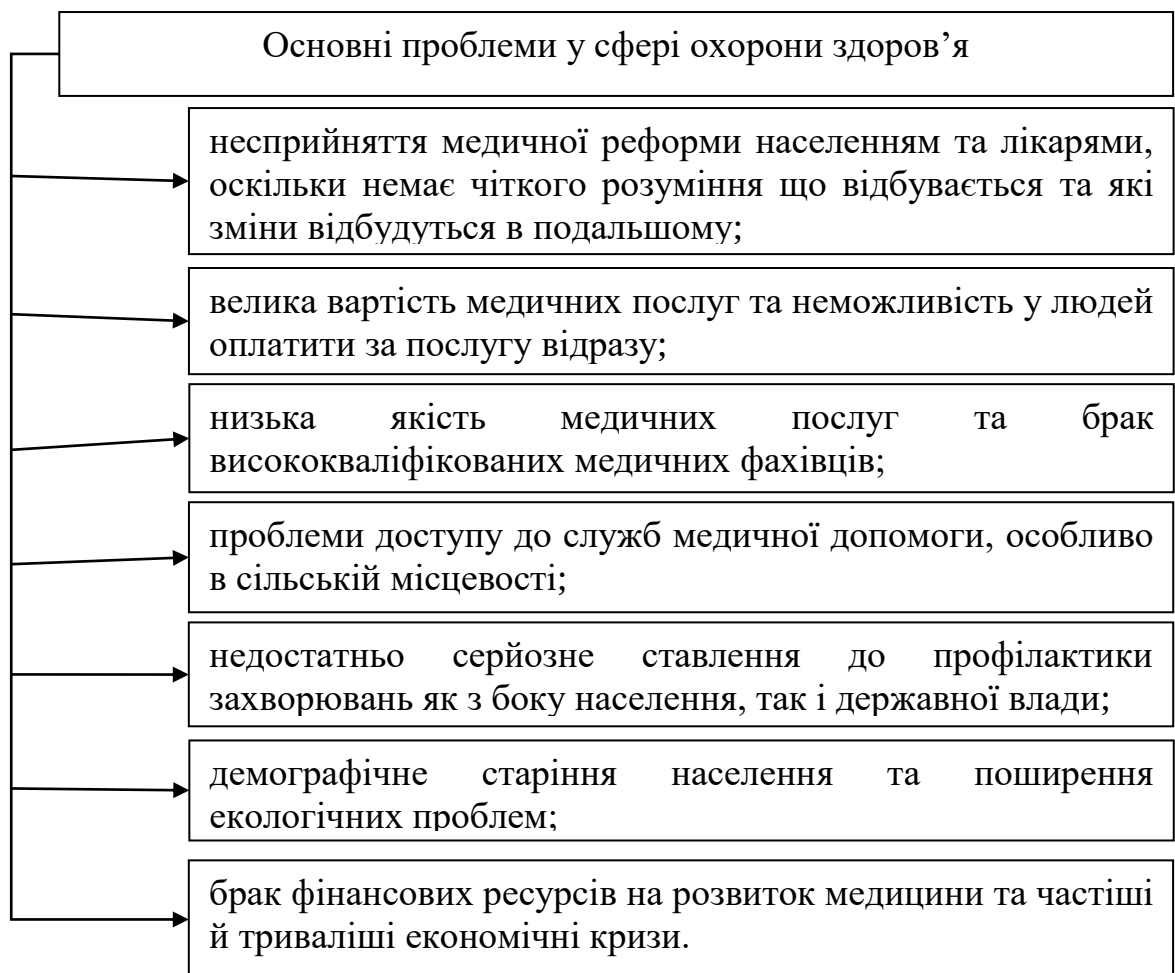


Рис. 1.2. Основні сучасні проблеми у сфері охорони здоров'я

В інших країнах економічні кризи, що почалися відразу за корінними політичними перетвореннями кінця 1980-х і початку 1990-х років, призвели до спустошення бюджетів та загального занепаду. Саме тому сучасний стан

систем охорони здоров'я у більшості зарубіжних країн (в першу чергу європейських) викликає багато запитань та потребує суттєвих шляхів покращення функціонування вказаної системи. Реформи, розпочаті в 1990-х роках, виявилось дуже нелегко провести у життя.

Ця нестабільна ситуація ще більше ускладнилася за рахунок наступних факторів:

- наростання процесу глобалізації, що веде до посилення трудової міграції у більш багаті країни, що ускладнює завдання збереження кваліфікованих кадрів у системі охорони здоров'я;

- державні реформи, такі як децентралізація та приватизація, які часом спричиняють ненавмисні негативні наслідки для діяльності систем охорони здоров'я;

- розмивання кордонів між державним та приватним секторами, наприклад, неофіційні виплати працівникам державних медичних установ, проникнення лікарських засобів препаратів із державних джерел постачання на приватні ринки тощо [57, с. 69].

На довершення всього, у більшості країн системи охорони здоров'я зіткнулися з проблемою зростаючої частоти випадків ВІЛ/СНІДу та пов'язаних з ним інфекційних захворювань, включаючи гепатит та туберкульоз, а також із явищами стрімкого поширення неінфекційних захворювань. Кінцевим результатом стало зниження очікуваної тривалості життя населення східної частини європейського регіону.

Незважаючи ні на що, завдяки зусиллям організаторів охорони здоров'я, урядових органів та неурядових організацій, спрямованих на надання питанням охорони здоров'я пріоритетнішого значення на місцевому та регіональному рівнях, якість життя для багатьох людей покращала. Розвиток економіки та технологічні досягнення також надали значного сприятливого впливу на стан здоров'я населення та тривалість життя. Подальші підстави для оптимізму дає той факт, що багато держав-члени ЄС збільшили асигнування у сектор охорони здоров'я. Це важливий крок у

правильному напрямку. Однак основну увагу при цьому приділено не зміцненню власне систем охорони здоров'я, а здійсненню програм, присвяченим окремим проблемам, таких як ВІЛ/СНІД, безпека пацієнтів, боротьба з тютюном та алкоголем, ожиріння, лікарські засоби, оздоровлення довкілля [49].

У ряді інших країн застосовано більше широкий та комплексний підхід до потреб систем охорони здоров'я, що сприяє всебічнішим позитивним зрушенням та розвитку інтеграції. Іноді такі ініціативи виходять до рівня регіонів. Так наприклад, у рамках Пакту про стабільність для країн Південно-Східної Європи дев'ять країн реформують свої служби психічного здоров'я з орієнтацією на місцеві спільноти.

Проте у багатьох випадках здійснення реформ гальмується внаслідок недостатньої політичної підтримки, поганої координації, зміни урядів чи дефіциту ресурсів. Все більш комплексний, глобальний характер проблем охорони здоров'я є причиною того, що їх не завжди можна вирішити силами окремих країн. З огляду на це, а також з метою інтенсифікації діяльності ВООЗ у країнах та глобального зміцнення систем охорони здоров'я на 55-ій Асамблеї охорони здоров'я було проголошено «Ініціатива, орієнтована на країни». Як реакція міжнародного співтовариства з'явилися такі проекти, як створення Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів, Комісії із соціальних детермінантів здоров'я, Комісії з макроекономіки та здоров'я, а також Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Але незважаючи на всі ці корисні ініціативи на глобальному рівні й значні інвестиції, люди, що найбільше потребують допомоги, часто не можуть її отримати. Для них не вистачає ні грошей, ні інформації, ні лікарських засобів, ні медичних працівників. Системи охорони здоров'я, особливо у менш забезпечених країнах, зазнають значних труднощів, а деякі країни ЄС перебувають у несприятливій ситуації у плані досягнення встановлених цілей в області розвитку, поставлених у Декларації тисячоліття. Очевидно, що багато країн ЄС не можуть повністю реалізувати власний потенціал

незважаючи на наявність ефективних та економних програм. Їхній успішній реалізації заважає слабкість систем охорони здоров'я. Ця проблема найбільш гостро стоїть у недостатньо стабільних державах, у тому числі тих, що пережили конфліктні ситуації. Різні збої, що знижують результативність роботи в сфері охорони здоров'я, викликані не дефіцитом знань, а недостатнім застосуванням вже відомих принципів. Іншими словами, вони носять не технічний, а скоріше системний характер [23].

Сучасна система охорони здоров'я представляє собою складний динамічний комплекс взаємозалежних організацій, структур та ресурсів. Згідно офіційного визначення ВООЗ, система охорони здоров'я – це «сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я» [34]. Сюди входять зусилля, що впливають на детермінанти здоров'я та більш безпосередню оздоровчу діяльність представлені основними моделями систем охорони здоров'я:

- модель Беверідж;
- модель Бісмарка;
- модель Національного медичного страхування;
- модель «з власної кишені» [17, с. 28].

Варто наголосити, що вказані моделі здебільшого вже є суто теоретичними, оскільки більшість сучасних країн сформувала або формує систему охорони здоров'я, яка є єдиною для більшості громадян та поєднує тією або іншою мірою характеристики різних моделей.

Отже, система охорони здоров'я – це набагато більше, ніж просто ефективна або ні піраміда закладів громадської власності. Вона ще включає всі міжгалузеві дії медичного персоналу для покращення здоров'я населення. Сучасна система не зводиться лише до сукупності лікарень та інших медичних служб, і вона не обмежена рамками державного сектора. Крім того вона включає розгалужену мережу установ та інших структур як для надання індивідуальної медичної допомоги, так й для проведення заходів на рівні

населення, наприклад кампаній проти куріння, з раціонального харчування або використання автомобільних ременів безпеки.

Системи охорони здоров'я є також відображенням суспільства. Зокрема в суспільстві формуються відповідні економічні моделі сфери охорони здоров'я:

- платної медицини, сформованої на основі ринкових принципів з використанням приватного медичного страхування;
- державної медицини, що фінансується з державного бюджету;
- системи охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [20, с. 30].

Їх розвиток має не тільки орієнтуватися на цільові показники здоров'я, але також враховувати загальні цінності. При цьому універсальними принципами є покращення здоров'я, справедливість та чуйність. Загальновідомо, що системи охорони здоров'я дуже різні в плані ефективності своєї роботи, у зв'язку з чим країни з однаковими рівнями доходу, освіти та витрат на охорону здоров'я різняться за своїми можливостям вирішувати найважливіші завдання охорони здоров'я.

Незважаючи на значну варіабельність структури, змісту та характеру управління різних систем охорони здоров'я, їх загальні цілі носять універсальний характер. Шляхом перетворення цих загальних цілей у кількісні завдання, конкретні для кожної країни, та співвідношення їх із змінами в системі охорони здоров'я можна оцінити як ефективність роботи системи, так і ключові фактори, що впливають на неї. Через таку призму ВООЗ розглядає системи охорони здоров'я. З часом виходу у світ Доповіді про стан охорони здоров'я у світі, 2000 р. та відповідно до роз'яснень, викладених в Каїрській доповіді 2004 р. ВООЗ приділяє особливу увагу питанням підвищення ефективності роботи систем охорони здоров'я всіх країн з використанням структурної схеми функціональної оцінки. Шляхом співвідношення конкретних завдань із внесеними реформами у діяльність

своїх систем охорони здоров'я держави можуть адаптувати цю схему та використовувати її для оцінки ефективності системи, аналізу основних факторів, що впливають на неї й в кінцевому рахунку для більш повноцінного задоволення потреб обслуговуваного населення. Діючи відповідно до такої схеми, ВООЗ може надавати допомогу керівникам усіх рівнів в аналізі коливань ефективності роботи системи охорони здоров'я, виявлення факторів, що впливають, а також в формулюванні політики, спрямованої для досягнення вищих показників [24].

Наступний крок після адаптації структурної схеми до встановлених пріоритетів у низці загальних цілей системи охорони здоров'я країни – розробити набір проміжних кількісних цільових показників (завдань), які мають достовірний зв'язок з кінцевою метою. Ці показники та особливо їх плановані рівні визначаються індивідуально для кожної країни, проте найчастіше країни використовують такі проміжні завдання, як поліпшення фізичної та фінансової доступності послуг охорони здоров'я, підвищення якості та ефективності обслуговування тощо. Прогрес у досягненні таких цілей безпосередньо залежить від того, наскільки ефективно система охорони здоров'я виконує чотири ключові функції:

- спрямовуюче керівництво (контроль та управління);
 - фінансування (включаючи збір коштів, їх групування та розподіл, а також здійснення закупівель та виплат);
 - надання послуг охорони здоров'я (індивідуальних та суспільних);
 - формування ресурсів (підготовка кадрів, удосконалення технології)
- [26].

Вивчаючи ці чотири функції та їх взаємодію, можна отримати уявлення про складові ефективності роботи системи охорони здоров'я. Це, в свою чергу, забезпечує міцний фундамент для розробки основних напрямів політики. Структурно схема ВООЗ для зміцнення систем охорони здоров'я виглядає так: від загальних цілей до приватних завдань. Для адаптації структурної схеми ВООЗ до умов конкретних країн, необхідно пов'язати

загальні цілі з ключовими функціями за допомогою проміжних завдань та конкретних реформ системи охорони здоров'я. В більшості випадків загальною метою є покращення стану здоров'я населення.

Оскільки «поліпшення стану здоров'я населення» має безліч різних аспектів, таку загальну ціль недостатньо зручно використовувати як оперативний орієнтир для дій. Для цього необхідно сформулювати більш приватні завдання, що стосуються охорони здоров'я. Наприклад, це можуть бути два національні завдання певної країни, пов'язані з покращенням здоров'я: зниження коефіцієнтів смертності немовлят і материнської смертності та зниження захворюваності й смертності внаслідок артеріальної гіпертензії. Вказані національні завдання також досить широкі, тому необхідно сформулювати ще більш спеціальні проміжні завдання. Останні дають напрям для потенційної програми реформування.

Аналіз функцій дозволяє прив'язати необхідні реформи до кожної з них та – що можливо ще важливіше – намітити комбінації реформ із залученням кількох функцій, що зазвичай потрібно для розв'язання поставлених завдань. Зв'язуючи функції із загальними цілями, структурна схема дає можливість керівникам охорони здоров'я повніше уявити, що виправдані лише ті реформи, які мають достовірний зв'язок із рішенням проміжних завдань. Таким чином структурна схема ВООЗ сприяє тому, щоб заплановані реформи були орієнтовані на досягнення загальних цілей [34].

Наголосимо, що наша країна зараз перебуває на шляху трансформації системи охорони здоров'я, де функцію страховика виконує Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Саме після підписання договору з НСЗУ вітчизняні медичні заклади отримують необхідні кошти відповідно до нової моделі фінансування. Наша країна має пройти такий шлях, який передбачає великі зміни «гібридної» системи, яку вона має на сьогодні й яку роками намагається реформувати відповідно до встановлених європейських стандартів. Варто усвідомити, що запропонована страхова модель охорони здоров'я передбачає здійснення додаткового навантаження на медичну

галузь та медичні заклади, тому її впровадження у кризовий період є недоцільним та малоефективним. Врахування особливості різних моделей має важливе значення для ефективного впровадження системи охорони здоров'я для нашої країни, яка буде справедливою й доступною для всіх без виключення її громадян й враховуватиме потреби й умови праці медичних працівників на різних етапах та рівнях організації медичної галузі, оскільки на даний момент зміни було запроваджено лише на рівні первинної ланки.

Таким чином, вказані проблеми функціонування сучасних систем охорони здоров'я, нажаль, не є вичерпними. Нині здійснюються лише певні кроки щодо їхнього вирішення, але остаточно вони можуть бути подоланими лише за умови нового розуміння основоположних понять сутності здоров'я, громадського здоров'я та кардинальної, але контрольованої зміни існуючої системи.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Особливості становлення та розвитку системи охорони здоров'я Фінляндії

Інтерес до питань реформування систем охорони здоров'я помітно зростає у всьому світі протягом останніх років і особливо після початку нового тисячоліття, чому частково сприяв Саміт тисячоліття ООН 2000 р. Результатом саміту стала Декларація тисячоліття, що містить конкретні зобов'язання та принципи діяльності за ключовими напрямками, в тому числі в галузі миру та безпеки, прав людини, навколишнього середовища та раціонального управління. Всі цілі в галузі розвитку, сформульовані у Декларації тисячоліття мають відношення до здоров'я. Вісім з 18 завдань та 18 із 48 показників безпосередньо стосуються питань охорони здоров'я. В даний час країни, що знаходяться на різних стадіях соціального та економічного розвитку, не шкодують сил у пошуку шляхів покращення організації та фінансування охорони здоров'я з метою сприяння зміцненню здоров'я, дотримання соціальної справедливості та підвищення чуйності до потреб людей. Більшість країн вважають необхідним виділяти зростаючу частку своїх обмежених ресурсів на вирішення цього завдання. Не є винятком й Фінляндія.

Шлях Фінляндії, як і України, до держави загального добробуту був довгим та складним. Роком виникнення сучасної медицини у Фінляндії вважають 1640 рік, коли був заснований перший університет Фінляндії [77]. Університет був заснований в місті Турку. Основною метою Академії Турку було навчання священників та чиновників. Варто вказати, що минуло більше 100 років, перш ніж перший студент отримав медичну професію, а сам

професійний статус лікарів упродовж багатьох років був досить низьким. Наприкінці XVIII століття фінський лікар та професор академії Турку Джозеф Піппінгскелд заявив, що «дуже важко знайти іншу цивілізовану країну, в якій було б так само мало лікарів, як у Фінляндії» [70]. Щороку в Фінляндії лише 5-10 студентів отримували спеціальність лікаря.

XIX століття характеризувалося тим, що в університетах домінуюче становище починають займати гуманітарні науки. Ситуація почала змінюватися коли кількість медиків починає неухильно зростати. До початку XIX століття вже не було такої нестачі лікарів у столиці та інших великих містах, як і раніше. Однак молоді спеціалісти не хотіли переїжджати до малонаселених районів. Атмосфера великих міст більше приваблювала лікарів. Інші країни Північної Європи також зіткнулися з такою проблемою. Влада намагалася спонукати місцевих священиків отримати медичний ступінь. Ситуація стала значно покращуватись, коли жінки отримали право вивчати медицину (повний доступ до освіти жінки отримали 1902 року).

До XIX століття медична освіта поєднувала в собі клінічну та теоретичну освіту. Фінська підготовка лікарів була схожа на німецької моделі. Відмінності полягали в тому, що, наприклад, освіта хірурга у Фінляндії вимагала більш поглибленого знання теорії, оскільки фінські хірурги не могли легко звернутися за порадою до досвідченіших колег, як це було у Німеччині. Вказана ситуація пояснювалася великими відстанями. Варто вказати, що фармацевтична освіта почала розвиватися швидше у Фінляндії, ніж у Німеччині. Лікарня в Турку, заснована ще у 1759 року, давала можливість випускникам практикувати свої навички. Але скромні умови цієї лікарні не давали повністю розкриватися молодим фахівцям. Після пожежі у Турку, коли університет було перенесено до Гельсінкі, ситуація змінилася. В університеті була створена клініка, яка надавала достатньо можливостей для практичних занять. Варто зауважити, що у XIX столітті фінська медична наука характеризувалася впливом запозичення із таких країн як Німеччина, Швеція та Росія.

Наприкінці XIX – на початку XX століття ситуація дещо покращилася, зокрема кількість лікарень збільшилася. До 1920 року в Фінляндії було створено 236 лікарень, їх 142 були муніципальними, 60 – приватними. У 1929 році уряд створив комітет, завданням якого була організація лікарняної системи на майбутнє. Комітет розпочав порівняння системи лікарень інших скандинавських країнах. Він дійшов висновку, що фінська система вкрай незбалансована. Наприклад, у сільських районах практично були відсутні послуги, особливо у порівнянні з містами. Крім того, значна різниця була в кількості лікарів: якщо в Швеції був один лікар на 356 жителів, а в Норвегії один лікар на 260 жителів, то у Фінляндії один лікар припадав на 838 жителів.

Однією із пропозицій комітетів стала пропозиція про об'єднання зусиль муніципалітетів для спільного фінансування лікарень у своїх районах. Комітет також запропонував 30-60% майбутніх витрат на будівництво та утримання лікарень фінансувати за рахунок державної допомоги та поділу країни на медичні округи. Передбачалося, що реформи буде здійснено протягом 15 років. Робота Комітету отримала широку підтримку серед населення. Проти пропозицій комітету виступила лише Асоціація державних лікарів, оскільки вони боялися, що їхня зарплата зменшиться у зв'язку зі збільшенням лікарень. Тим не менш, початок реформування лікарняної системи було закладено [70].

У 1933 році було створено ще один комітет. Він займався дослідженням того, як лікарні та медичні факультети функціонують в інших країнах, а також як влаштовано управління лікарнями з боку держави та муніципалітетів. Влада також збиралася розширити державні лікарні та перекваліфікувати їх до центральних лікарень для спеціалізованої медичної допомоги. 1933 рік справді став переломним для фінської системи лікарень. Насамперед, підкреслювалася і зростала роль муніципалітетів, які виникли на початку XX століття. На початку XX століття також були побудовані лікарні для хворих на туберкульоз та психічні захворювання. Муніципалітети у

Турку взяли на себе фінансову відповідальність за ремонт і технічне обслуговування провінційної лікарні Турку, оскільки держава відмовилася це робити. Цей приклад можна розглядати як імпульс створення муніципальних лікарень. Очікувалося, що у 1930-ті роки окружні лікарні перекваліфікуються на центральні лікарні для надання спеціалізованої допомоги. Однак Друга світова війна загальмувала плани. З іншого боку, як стверджують фінські історики А. Каарнінену та К. Кіюасмаа, «війна допомогла створити мережу центральних лікарень» [73]. Це пояснюється тим, що під час війни зросла потреба в спеціалізованій допомозі внаслідок зростання кількості військових травм. У 1941 році Національна рада з медицини внесла пропозицію щодо створення центральних лікарень. Закон був прийнятий парламентом у 1943 році. Цей закон вимагав, щоб муніципалітети взяли на себе оплату 50 % вартості центральних лікарень.

Фінляндія була поділена на 20 лікарняних округів, центром яких була центральна лікарня. Цей поділ продовжує ефективно діяти до сих пір. У 1957 році всю мережу центральних лікарень було передано муніципальній адміністрації, 1965 року останні державні лікарні стали муніципальними. До 50-х років XX століття тільки в Гельсінкі та Турку були університетські лікарні. У наступні десятиліття університети та коледжі були створені в Оулу, Тампере, Куопіо, Йоенсуу та Лаппеенранте тощо. Причиною створення нових університетів та коледжів стала нестача лікарів у країні.

У 60-х роках комітет з медицини підрахував, що до 1990 року країні знадобиться 000 лікарів. У результаті, до 1990 року у Фінляндії налічувалося 14325 лікарів. Проте медична асоціація виступала проти збільшення кількості лікарів. Але мережа центральних лікарень, що збільшувалася, навпаки потребувала лікарів. Наразі медичну освіту можна здобути в університетах Гельсінкі, Турку, Оулу, Тампере та Куопіо.

Хоча проблема нестачі лікарів завжди була присутня в системі охорони здоров'я, зараз лікарів у Фінляндії більше, ніж будь-коли. Основу фінської системи охорони здоров'я складає муніципальна охорона здоров'я. З

державного бюджету виділяються кошти на медичні послуги та спеціалізовану медичну допомогу. Основні елементи системи охорони здоров'я існували вже у 70-ті роки. У 90-ті роки було прийнято «Закон про лікарні», згідно якого всі муніципальні лікарні перебувають під контролем лікарняних округів. Муніципалітети наділялися частковим правом самостійно вирішувати, як організувати охорону здоров'я. Одна з найважливіших реформ пов'язана з державними субсидіями: раніше муніципалітети отримували фінансування пропорційно понесеним витратам, після реформи субсидії стали ґрунтуватися на розрахункових потребах.

Найбільш важливі реформи в охороні здоров'я з середини ХХ століття можна резюмувати таким чином:

- у 1940-ті роки основними напрямками в охороні здоров'я були лікування туберкульозу та відтворення сім'ї;
- з 1950-х років розпочинається будівництво мережі лікарень;
- у 60-х роках ХХ століття запроваджено медичне страхування;
- у 1970-х число лікарів збільшується за рахунок збільшення числа навчальних місць. Також приймається «Закон про громадську охорону здоров'я», створюються центи здоров'я;
- у 1980-х медичні та соціальні служби об'єднуються в національну систему планування та фінансування. Була розроблена система самообслуговування та розпочато кампанію з покращення громадського здоров'я. Централізовану систему охорони здоров'я починають «демонтувати»;
- у 1990-х роках децентралізація продовжується, муніципалітети набувають більше свободи. З настанням 2000-го року автономія муніципалітетів починає обмежуватися [72].

Охорона здоров'я у Фінляндії регулюється численними законами та нормативними актами. Згідно з Конституцією Фінляндії, органи публічної влада зобов'язані гарантувати кожному громадянину соціальне та медичне забезпечення, і навіть сприяти зміцненню здоров'я населення. Медичні

послуги закріплено у Законі про охорону здоров'я 1326/2010. У Законі також приділено особливу увагу співробітництву в галузі охорони здоров'я. Наприклад, на базовому медичному рівні охорони здоров'я муніципалітети повинні сприяти наданню соціальної допомоги. Починаючи з 1960-х років у Фінляндії запроваджується поняття прав пацієнта. Це означає, що лікар не має право приховувати діагноз пацієнта. Приховування діагнозу можуть трактувати як злочин. Пацієнт має право не знати свій діагноз, але в такому разі він заздалегідь повинен повідомити про це свого лікаря.

Система охорони здоров'я у Фінляндії розвивалася в тому ж темпі, що й сучасної медицини. Протягом усієї історії свого розвитку фінська система намагалася знизити рівень смертності у країні, зокрема, дитячої. Ситуацію з дитячою смертністю було виправлено тоді, коли лікарів зобов'язали офіційно зареєструватись у медичній колегії. Ця міра стала першим рішучим кроком на шляху розвитку фінської охорони здоров'я. У 1938 році фінський уряд починає випуск коробки для немовлят. У коробці зібрані найважливіші речі для малюків перші місяці життя. Експерти зазначають, що виробництво коробки стало однією з причин зниження дитячої смертності у Фінляндії. У XIX столітті збільшилася кількість лікарень. Особливістю фінської системи охорони здоров'я є те, що державні лікарні належать муніципалітетам. Муніципалітети завжди відігравали активну роль у розвитку системи охорони здоров'я [72].

На сьогодні населення Фінляндії налічує близько 5,5 млн. людей. На національному рівні Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я відповідає за розробку та здійснення реформ та соціальної політики в галузі охорони здоров'я. У своїй діяльності міністерство спирається на мережу експертних та консультативних органів. Охорона здоров'я в першу чергу забезпечується на муніципальному рівні: у Фінляндії всі жителі, включаючи мігрантів та туристів, мають право на одержання первинної медичної допомоги. Крім того муніципалітети забезпечують надання базової медичної допомоги, а також на муніципалітетах лежить велика відповідальність за

надання медичного обслуговування громадянам. На сьогодні в країні понад 300 муніципалітетів. Крім того муніципалітети мають право продавати певні медичні послуги іншим муніципалітетам та приватним лікарям. В країні створені центри, які є головними підрозділами системи охорони здоров'я. Відповідальність за діяльність таких центрів здоров'я лежить знову ж таки на муніципалітетах, але якщо муніципалітет не справляється з таким завданням, то відповідальність перекладається на об'єднання муніципалітетів. Також центри здоров'я пропонують досить широкий спектр медичних послуг. крім того обов'язки щодо координації механізмів підтримки хронічних хворих покладено саме на місцеві лікарні й муніципалітети, а основними постачальниками такого виду медичних послуг є санітарні центри та відділення професійної допомоги. Уряд здійснює моніторинг та контроль за реалізацією цих процесів, основні вимоги до яких затверджено в 2013 році [70]. Однією з головних проблем Фінляндії у сфері охорона здоров'я – є тривалий час очікування прийому лікаря. Коли пацієнт потрапляє до лікарні, його спочатку оглядає медсестра. Якщо медсестра вважатиме за необхідне, то пацієнт отримає напрямок до терапевта. В багатьох випадках саме медсестра сама надає допомогу пацієнтові. Щодо центрів здоров'я то зазвичай при них будуються лікарні для госпіталізації. Також у центрах є стоматологія, стійка реєстрації для екстрених пацієнтів, лабораторія, станція швидкої допомоги.

У кожного громадянина Фінляндії є відповідний медичний страховий поліс, що означає або безкоштовне обслуговування в центрах здоров'я, або плату за медичні послуги. KEELA – це фінська державна установа, яка відповідає за виплату соціальної допомоги. У 80-90-ті роки ХХ ст. діяльність KEELA було розширено. Бюджет держави, муніципалітетів, відрахування роботодавців та платників податків йде у рахунок оплати хвороби з медичного полісу. Медичний поліс також може покрити частину лікування у приватному медичному центрі та купівлю ліків. KEELA також забезпечує виплати у разі відпустки за материнством чи батьківством. Медичне

страхування охоплює постійних жителів країни. Муніципальні медичні послуги доступні для мешканців відповідних муніципалітетів. Такі групи населення, як нелегальні мігранти, туристи, люди з країн, які не входять до ЄС, мають право на одержання невідкладної медичної допомоги.

У Фінляндії поширена система «сімейних лікарів». Вона заснована на тривалих та довірчих взаємовідносинах між лікарем та пацієнтом. У середньому кожен лікар забезпечує медичну допомогу на територіальній ділянці з населенням 2000 осіб [76].

Щодо роботодавців, то саме вони несуть відповідальність за здоров'я своїх підлеглих. Роботодавці мають організовувати належне медичне обслуговування для власних працівників або в певних муніципальних поліклініках, або в приватних медичних центрах. Також варто зазначити, що вся територія країни поділена на 20 лікарняних округів. Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу забезпечують відповідні лікарні: університетські, центральні та регіональні. У всіх лікарнях присутні лікарі всіх основних спеціальностей. Якщо округ невеликий, він матиме лише одну центральну лікарню. У Фінляндії існує п'ять університетських лікарень: у Гельсінкі, Тампере, Куопіо, Турку, Оулу. Діяльність університетських лікарень заснована здебільшого на науково-дослідній роботі. У лікарнях також проводиться практика та навчання для майбутніх лікарів; в них також можуть одержати спеціалізовану медичну допомогу у разі рідкісних чи складних захворювань. Крім того у Фінляндії відповідальність за онкологічних хворих покладено на муніципалітети, що пояснює існування значних регіональних відмінностей щодо реалізації лікарняних процедур в окремих округах. На національному рівні здійснюється видача рекомендацій з регламентації діяльності секторів первинної та спеціалізованої допомоги, однак єдиного регулюючого органу не має, а весь спектр послуг покладено на осередки регіональної влади [76].

Щодо вартості спеціалізованого медичного обслуговування Фінляндія то вона є високою, навіть за наявності відповідного медичного поліса.

Фінський уряд протягом всієї історії розвитку державної політики в галузі охорони здоров'я намагається забезпечити можливості рівного доступу до медичного обслуговування для всіх без винятку громадян. Завдяки тому, що частина медичної допомоги та ліків покривається за рахунок держави, медичне обслуговування справді є доступним для більшості громадян країни. Крім того система національного медичного страхування відшкодовує частину послуг, що надаються у приватному секторі, головним чином амбулаторну допомогу.

Варто вказати, що така система охорони здоров'я була визнана унікальною, оскільки вона може адаптуватися до потреб населення, але з іншого боку, вона також піддалася критиці за те, що вона певним чином сприяє нерівності та неефективності. Фінляндія витрачає щонайменше 8% річного валового продукту на систему охорони здоров'я, при цьому 75% надходить із державних джерел. Порівняно з іншими країнами цей показник є досить низьким. За підсумкам реформи охорони здоров'я у 2019 році передбачалося, що зростання державних видатків знизиться, проте реформа не була здійснена.

Як уже згадувалося раніше, у Фінляндії відповідальність за надання медичних послуг лежить на муніципалітетах, а перелік послуг у різних муніципалітетах може суттєво відрізнятися. З допомогою лікарень та центрів здоров'я відбувається функціонування служб охорони здоров'я. Якщо муніципалітет не справляється із забезпеченням медичних послуг, то він може об'єднатися з іншим муніципалітетом для здійснення ефективної медичної діяльності. За забезпечення первинної медичної допомоги людей головним чином відповідає роботодавець. Також варто зазначити, що у Фінляндії добре розвинена та організована приватна медична служба, яка надає первинну та спеціалізовану допомогу [73].

Приватна медична допомога частково фінансується інститутом соціального страхування. Приватне медичне обслуговування доповнює базове та спеціалізоване обслуговування. Подібна практика є й у Фінляндії,

де направлення до спеціаліста, дозвіл перебування на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні може надаватися як лікарем первинної допомоги, так і центрами здоров'я (як державними, так і приватними), а також приватними практикуючими терапевтами. У Фінляндії приватний сектор медичних послуг також надає вузькоспеціалізовану допомогу, що дає певний маневр пацієнтам у виборі постачальника цього виду соціальних послуг та полегшує процедуру доступу до них за умови підвищення їхньої вартості. Також у Фінляндії багато приватних стоматологічних та фізіотерапевтичних клінік, оскільки потребу в них не можуть повною мірою задовольнити державні та муніципальні медичні установи. Приватна медична допомога є досить дорогою в країні. Для багатьох людей приватна допомога є малодоступною, навіть незважаючи на те, що частину витрат покриває страховка [71].

Для відстеження прогресу розвитку системи охорони здоров'я використовується діяльність різних статистичних установ. У Фінляндії за статистичні дані в галузі охорони здоров'я відповідають два установи: «Статистика Фінляндії» та центр «Stakes». Основна діяльність першої установи базується на статистиці з економічних та робочих ресурсів. Центр Stakes несе відповідальність за статистику народжуваності, щоденного догляду, кількості лікарень тощо. Статистичні установи в основному отримують інформацію від загальнодержавних реєстраторів. Центр «Stakes» це національний науково-дослідний та неполітичний інститут. Фінансування статистичних установ відбувається за рахунок Міністерства соціального забезпечення та охорони здоров'я. Основними завданнями центру є: дослідження та розвиток статистики з соціального забезпечення та охорони здоров'я. Сенс статистичних установ полягає в тому, щоб постачати інформацією органи охорони здоров'я для ухвалення подальших рішень. При наявності статистичних даних муніципалітети можуть порівнювати свою діяльність та успіхи з іншими муніципалітетами.

До виробників послуг у Фінляндії належать шпитальні райони, установи з надання первинної допомоги та приватні клініки. До служб соціального забезпечення належать служби з надання допомоги літнім людям та інвалідам, людям, які страждають від алкоголізму та наркоманії тощо. У Фінляндії базову медичну освіту можна отримати університетах Гельсінкі, Тампере, Турку, Оулу та Куопіо. У медичних Університетах існує серйозна конкуренція за місця. Кількість абітурієнтів зазвичай у п'ять разів перевищує кількість прийнятих. Фінська медична асоціація просила владу привести у відповідність кількість студентів із кількістю необхідних лікарів. На думку асоціації, адекватне постачання лікарів необхідно забезпечувати за рахунок поліпшення оплати та умов праці, а не за рахунок збільшення кількості студентів [76].

Усі медичні факультети мають дослідницькі програми для студентів, які хочуть займатися науковою роботою. Протягом клінічного періоду навчання студенти беруть участь у роботі різних відділень лікарень та центрів здоров'я. Після кожного клінічного курсу студенти мають скласти випускний іспит зі спеціальності. Медичне освіта триває близько шести років, після чого студенти здобувають ступінь магістра медицини. Кількість медичних працівників збільшилася з 2000 року, як у абсолютному вираженні, так й у розрахунку на душу населення. Відношення числа медичних сестер до чисельності населення є другим у ЄС після Данії. Співвідношення лікарів нижче за середній показник щодо ЄС. Роль медсестер розширилася завдяки новим функціям. Тепер у них обов'язки також входить ведення та консультація пацієнтів, призначення ліків [72].

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я, перш за все, спрямована на скорочення передчасної смертності населення, збільшення активного та здорового життя громадян, а також забезпечення кращої якості для всього населення. Проте останнім часом фінська система охорони здоров'я переживає кризу. Причинами такої кризи є як економічні проблеми фінансування громадського сектору (муніципалітети більше не справляються

з фінансуванням охорони здоров'я), так і з тим, що така структура охорони здоров'я слабо прив'язана до реальних потреб населення.

2.2. Особливості реформування системи охорони здоров'я у Фінляндії

Фінська система охорони здоров'я відрізняється децентралізацією та автономністю у прийнятті рішень. Центральний уряд має слабкі механізми керування такою системою. Забезпечення послуг охорони здоров'я у Фінляндії носить фрагментований характер. До процесу фрагментарності призвів вплив приватних медичних служб, особливо щодо амбулаторної спеціалізованої допомоги.

Система охорони здоров'я перестала задовольняти потреби населення. В результаті виникли проблеми доступності та справедливості в наданні послуг. Також в останні десятиліття більшість витрат виділялася на вторинну медичну допомогу, що призвело до дисбалансу в розвитку первинної та спеціалізованої допомоги. В області первинної медико-санітарної допомоги це позначилося на доступності надання послуг для тих людей, які не можуть звернутись до приватних медичних закладів. На стійкість фінської системи охорони здоров'я впливають два важливих фактори:

- 1) низька здатність сільських муніципалітетів задовольнити послугами населення;
- 2) у зв'язку зі старінням населення та збільшенням захворюваності виріс попит на медичну та соціальну допомогу [74].

Реформа охорони здоров'я (SOTE-реформа) мала стати головною метою уряду Ю. Сіпіля. Фінська система охорони здоров'я вважається однією з найефективніших у Європі. З мешканців Фінляндії стягується невелика плата за перебування в лікарні, ліки та відвідування муніципальної лікарні.

Перед Фінляндією, як і перед багатьма європейськими країнами, гостро стоїть демографічне питання. Населення Фінляндії старіє, а молоді люди не дуже активно народжують, що означає зменшення кількості платників податків. Більшість витрат на охорону здоров'я відводиться саме на вікове населення. Ще однією проблемою Фінляндії є низька густота населення. Відповідно до конституції країни, кожна людина має право на медичне обслуговування [77], однак підтримувати це право людей у невеликому селищі стає занадто дорого. Державні витрати на охорону здоров'я зростають на 2.6% на рік, що складає 8-9% від ВВП на охорону здоров'я.

Уряд на чолі з Ю. Сипіль був сформований 28 травня 2015 року. Це був коаліційний уряд, який складався з трьох партій: Фінляндський центр, Справжні фіни, Національна коаліція. Розробкою реформи охорони здоров'я займалися Фінляндський центр та Національна коаліція. Реформа включала наступні пункти:

1. Формування областей як самостійних адміністративних одиниць країни: у Фінляндії існує центральний і муніципальний рівень влади. Регіони країни існують, але в них немає відповідних установ та власного бюджету, й вони не є адміністративними одиницями;
2. Формування областей передбачало проведення податкової реформи: із муніципальної частки ПДФО необхідно було виділити обласну частку;
3. Відповідальність за охорону здоров'я та соціальні послуги передається на обласний рівень, для полегшення тягаря муніципалітетів;
4. Області отримують право закуповувати послуги охорони здоров'я та соціальні послуги у бюджетних та приватних компаній;
5. Мешканці Фінляндії отримали можливість вільно обирати медичні установи серед доступних бюджетних та приватних [76].

Партія Фінляндський центр спочатку виступала за створення областей, які б дозволили розширити можливості самоврядування громадян. Юха Сипіль неодноразово заявляв, що якщо реформа не пройде, то він піде в відставку. Конституційний комітет Парламенту заявив, що реформа охорони

здоров'я залишається неконституційною, навіть після всіх доопрацювань. Вона як і раніше не може гарантувати доступність послуг охорони здоров'я для всіх. 8 березня 2019 року уряд Фінляндії на чолі з Юхою Сипіля подав у відставку. Основна ідея реформи охорони здоров'я полягала у підвищенні ефективності за рахунок приватизації та укрупнення [76]. Чому ж тоді ця реформа не змогла реалізуватись?

1. Одна з головних причин провалу реформи полягає у фінансах. Не до кінця зрозуміло, яка економія передбачалася у зв'язку з цією реформою. За надання медичних та соціальних послуг сплачує бюджет, запровадження додаткового рівня влади також вимагає серйозних коштів. За задумом реформа мала знизити зростання державних видатків з 2.6% до 0.9% на рік, що дозволило б заощадити 3 мільярди євро на рік. Але за багатьма оцінками реформа навпаки призвела б до збільшення видатків;

2. У січні у Фінляндії був гучний скандал з обслуговування в діяльності компаній з догляду за людьми похилого віку. Деякі з таких компаній наглядові органи закрили. Скандал дуже сильно вплинув на ставлення фінів до приватних компаній;

3. Оскільки розробкою реформи займалася дві партії, між ними виникали постійні протиріччя. Коаліційна партія наполягала на свободі вибору послуг, а Фінляндський центр на обласній реформі;

4. Як уже зазначалося, реформа також стикалася з конституційними проблемами. Конституція гарантує громадянами рівні права на надання послуг, незалежно від місця їхнього проживання. Проте надання послуг у сільських районах Фінляндії, як і раніше, було б ускладнено;

5. Партії не замислювалися спочатку про те, як провести цю реформу. Спочатку вони представили, як все має бути, а потім уже вирішували, як це продати. Фінська система охорони здоров'я формувалася протягом тривалого часу, і оновити її за один раз просто було неможливо. Реформа також не знайшла підтримки серед населення Фінляндія. У більшості випадків фіни не

цікавляться спеціально політикою, тому вони не мають чіткого уявлення, що саме мали змінити [76].

На парламентських виборах 2019 року перемогла Соціал-демократична партія. 6 червня 2019 року Антті Рінне було обрано на посаду прем'єр-міністра Фінляндія. Цього ж дня президент Фінляндії затвердив новий склад уряду. Антті Рінне зазначав, що проведення реформи охорони здоров'я, як і раніше, залишається ключовим завданням вже для нового уряду. Проте 3 грудня 2019 року Антті Рінне подає у відставку. Причиною такого рішення стала ситуація довкола страйку працівників пошти. Працівники пошти розпочали страйк після того, як роботодавець оголосив про рішення переведення 700 працівників на інший колективний договір, більш вигідний для роботодавця. Це означало, що працівникам можуть скоротити зарплату на 30-50%. 11 листопада у Фінляндії почався страйк. До працівників пошти пізніше через почуття солідарності приєдналися працівники авіаційної, морської, транспортної, електричної галузі. Така ситуація призвела до тимчасового колапсу авіарейсів та судноплавства. Опозиція вимагала від прем'єр-міністра пояснити, як могла статися така ситуація. Соціал-демократична партія заявляла, що міністр у справах місцевого самоврядування та управління власністю Фінляндії Сірпа Паатеро дізналася про дії роботодавця постфактум. Однак правління Posti Оу заявило, що Сірпа Паатеро заздалегідь була поставлена до відома про підготовку дій роботодавців і дала згоду на переведення працівників на новий трудовий договір. 29 листопада Сира Паатеро подала у відставку. 27 листопада страйк працівників припинився. Працівники були переведені під дію трудового договору профспілки працівників логістичної галузі РАУ. Зарплатня працівників не зменшиться. Опозиція вимагала пояснень від прем'єр-міністра. Партія «Фінляндський центр» висловила вотум недовіри прем'єр-міністру, і 3 грудня Антті Рінне подав у відставку [74].

10 грудня 2019 року пост прем'єр-міністра зайняла Санна Марін, перший віце-президент Соціал-демократичної партії. Реформа охорони

здоров'я є частиною програми кабінету Санни Марін. На сайті уряду Фінляндії представлені заходи щодо вдосконалення системи охорони здоров'я та соціального забезпечення. Метою програми розвитку охорони здоров'я є підвищення рівня довіри населення до державних служб охорони здоров'я та соціального забезпечення [74]. Очікується проведення реструктуризації медико-соціального обслуговування та скорочення часу очікування для отримання доступу до первинної медико-санітарної допомоги. Скорочення часу очікування планується скоротити за рахунок удосконалення системи за допомогою різних широкомасштабних заходів, наприклад, створення багатoproфільних центрів, які використовують цифровізацію та модернізацію. Очікується зміщення акценту з спеціалізованої охорони здоров'я на первинну охорону здоров'я. Всім нелегальним мігрантам буде забезпечено весь необхідний догляд та лікування.

Особливу увагу буде приділено розробці законодавчих положень, спрямованих на забезпечення догляду наприкінці життя та паліативну допомогу. Також буде розглянута можливість регулювання альтернативної та комплементарної медицини. Уряд посилюватиме тимчасові обмеження на юридичні операції муніципалітетів щодо інвестицій та зовнішнього підяду, що покликані забезпечити рівний доступ до послуг до проведення реформи системи охорони здоров'я та соціальних послуг.

В рамках проектів «Стратегія зростання сектору охорони здоров'я в області науково-дослідної» та «Інноваційної діяльності та інформаційної стратегії підтримки добробуту та оновлення послуг: електронна охорона здоров'я та соціальна стратегія» парламент Фінляндії схвалив закон про вторинне використання медичних та соціальних даних [71]. Закон відкриває доступ не тільки до національних соціальних та медичних реєстрів, а й до даних оперативних клієнтських та пацієнтських систем у сфері первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої охорони здоров'я та соціальних послуг.

У Фінляндії розвивається також проект з посилення інтеграції первинної медичної та соціальної допомоги. Дані проекти добре демонструють напрямок, у якому розвивається фінська охорона здоров'я. В рамках такої програми був створений центр з багатoproфільного догляду дітей та молоді – EKSOTE. Центр є основою округу щодо соціального та медичного обслуговування Південної Карелії та надає послуги для 130 тисяч мешканців у дев'яти муніципалітетах. EKSOTE надає допомогу при різноманітних соматичних та психіатричних захворюваннях. Оскільки муніципалітети поодиночі часто не можуть організувати послуги охорони здоров'я та соціального забезпечення, вони створюють об'єднані органи. Такі органи фінансують та організують практично всю сферу медичної та соціальної допомоги в регіоні та надають більшість медичних послуг [71].

Усі послуги, що надаються таким органом, знаходяться під контролем одного керівництва, тому вони можуть бути організовані по-новому з плином часу. Відмінною особливістю цього центру є те, що, незважаючи на те, що всі фахівці працюють в окремих підрозділах, всередині центру вони діють як єдина багатoproфільна група. Для того, щоб потрапити в центр, направлення від фахівця не потрібне. Центр працює за принципом «вільного відвідування». Склад спеціалістів, які працюватимуть з клієнтом, залежить від його потреб. Центр будує свою діяльність за принципом своєчасної допомоги. Керівник у центрі виконує функцію створення робочої моделі надання допомоги, яка заснована на планомірних процесах обслуговування. Кількість днів, проведених молодими людьми в психіатричних лікарнях, що охоплюється регіоні Eksote, вдвічі менше, ніж у середньому у Фінляндії.

Іншим прикладом інтеграції первинної медичної та соціальної допомоги є регіональний об'єднаний орган Siunsote, який складається із 14 муніципалітетів. Siunsote несе відповідальність за надання послуг 169 тисяч жителів Північної Карелії у східній частині Фінляндії. В адміністративному відношенні Siunsote аналогічний Eksote. Siunsote створювався для вирішення такої проблеми як дезінтеграція центрів охорони здоров'я. Siunsote створив

інтегровані центри охорони здоров'я та соціального забезпечення У цих центрах медичні працівники працюють разом із спеціалістами служби охорони психічного здоров'я та наркології та соціальними працівниками [72].

Медичні фахівці, як і раніше, мають своїх власних керівників, проте працюючи в одному центрі, вони розширюють сферу первинної медичної допомоги для задоволення комплексних потреб пацієнтів. Контроль над повсякденною роботою та процесом надання допомоги виконує загальний керівник. Безперечною перевагою роботи в одному центрі медичних фахівців, які мають освіту в різних областях медицини, є скорочення часу очікування для пацієнтів. Оскільки фахівці можуть направляти пацієнтів до необхідного фахівця без направлення. Також наявність соціальних працівників у таких центрах дозволяє отримати своєчасний доступ до соціальної допомоги.

Найбільш цікавим проектом інтеграції первинної медичної та соціальної допомоги є Центр здоров'я та благополуччя у Тесомі, районі Тампере. Населення Тесоми становить приблизно 20 тисяч жителів. Характерною рисою центру Тесомі – є партнерство між суб'єктами громадського, приватного та некомерційного секторів. Центр надає та інтегрує медичні та соціальні послуги в рамках своєї установи. Центр було створено у рамках процесу державних закупівель у 2015-2017 роках [72]. У ході процесу суб'єкти, які брали участь у закупівлях, на добровільній основі самі встановили бажаний результат: концепція центру розробляли приватні та некомерційні організації, мешканці району, працівники охорони здоров'я та соціального забезпечення Тампере у межах колективного процесу. Альянс між громадськими, приватними та некомерційними суб'єктами має спільний бюджет, контракт та цілі. Учасники альянсу спільно несуть ризики та збитки. Основою діяльності центру є особистісно-орієнтоване обслуговування та ефективні результати. Послуги, що надаються в центрі, вважаються державними, які надаються містом Тампере. Однак на альянсі лежить відповідальність за інтеграцію служб первинної медико-санітарної допомоги

та соціального забезпечення. Крім надання медичних та соціальних послуг, центр надає послуги зі зміцнення місцевої спільноти та взаємодії між його мешканцями. Тампере відповідає за надання послуг у центрі для сімей та молоді, консультуванню та соціальному супроводу, працевлаштування.

Приватний постачальник відповідає за надання первинної медичної допомоги, первинний прийом пацієнтів, стоматологічну допомогу. Також він відповідає за забезпечення підтримуваного способу життя для людей похилого віку та інвалідів.

Місцева неурядова організація несе відповідальність за некомерційні заходи та за громадську кав'ярню. Кав'ярня є як готелем для центру, так і місцем зустрічі мешканців Тесоми.

Центр планує досягти економічно ефективного надання послуг, постійного та відкритого розвитку обслуговування, а також високого рівня задоволеності пацієнтів послугами центру.

Фінська система охорони здоров'я знаходиться на високому рівні, порівняно з іншими європейськими країнами та загалом вона показує гарні результати. Однак як і в будь-якій системі в неї є певні проблеми:

- проблема фрагментованості системи охорони здоров'я негативно позначається на деяких регіонах країни, перш за все, торкаючись якості первинної медичної допомоги;

- несприятлива ситуація із демографією та посилення процесів сільсько-міської міграції чинить сильний тиск на муніципалітети, яким в останні роки все важче надавати медичні та соціальні послуги поодиноці [76].

В країні підтримується необхідність реформування системи охорони здоров'я та соціального забезпечення. Очікуваним результатом реформи має стати створення більш великих органів для організації надання послуг у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення. Комплексне надання допомоги розглядається як ймовірний спосіб задовольнити зростаючі потреби населення. Якщо реформи таки буде доведено до кінця, то в країні повинні з'явитися 18 нових округів, які відповідатимуть за організацію

соціальної та медичної допомоги. варто вказати, що централізоване урядове регулювання окремих аспектів здійснюватиметься профільним міністерством на загальнодержавному рівні, під управлінням якого знаходяться п'ять державних загальнопрофільних лікарень та ціла низка закладів вузької спеціалізації. Крім того, Міністерство визначатиме стандарти якості надання медичних послуг та встановлюватиме низку норм для функціонування профільних установ (наприклад, встановлення мінімальної кількості пологів (1000 за рік в одній лікарні), що дає можливість і в подальшому надавати вказаний вид медичних послуг.

Варто також вказати, що у Фінляндії послуги довгострокової допомоги надаватимуться приватними структурами, медичними сестринськими будинками (будинками довгострокової допомоги), центрами первинної медичної допомоги, стаціонарними відділеннями медичних центрів тощо. Діяльність всіх контрагентів регулюватиметься муніципалітетами, в той час як надання гострої медичної допомоги забезпечуватиметься районними лікарнями. Органи місцевого самоврядування встановлюватимуть норми відповідних процедур на регіональному рівні, тому є безліч відмінностей щодо практичної реалізації цих процесів у межах країни. Зокрема, муніципалітети великих районів (Kainuu, Eksote) перебиратимуть на себе повну відповідальність за надання всіх медичних та соціальних послуг у межах регіону, тоді як невеликі, негусто заселені регіони передали цю сферу підприємствам приватного сектору. Загальнонаціональних принципів координації немає, хоча в межах окремих регіонів розроблені чіткі вимоги, норми, принципи реалізації відповідних процедур [72].

Таким чином, можемо відзначити, що система охорона здоров'я Фінляндії дійсно є однією з найкращих у Європі. У Фінляндії існує цілісна система спеціалізованої та первинної медичної допомоги, яка охоплює населення країни. Основна відповідальність щодо організації систем охорони здоров'я лежить на муніципалітетах. Незважаючи на те, що така система добре служить країні, муніципалітети все частіше стали відчувати труднощі

фінансування охорони здоров'я. В останні роки вона також є схильною до різних криз. Насамперед, причина цієї кризи полягає у проблемі фінансування та фрагментації системи охорони здоров'я, для подолання чого є необхідним зміцнення життєздатності та економічної стабільності муніципалітетів, які надають послуги у галузі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

АКТУАЛЬНІ ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ФІНЛЯНДІЇ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

3.1. Рівень здоров'я населення як показник функціонування сфери охорони здоров'я

Рівень здоров'я населення є складним комплексним показником, що залежить від багатьох факторів (рис. 3.1). Для об'єктивної оцінки стану та функціонування систем охорони здоров'я необхідно використовувати такі методи, які дозволять зіставити тимчасові та кількісні показники.

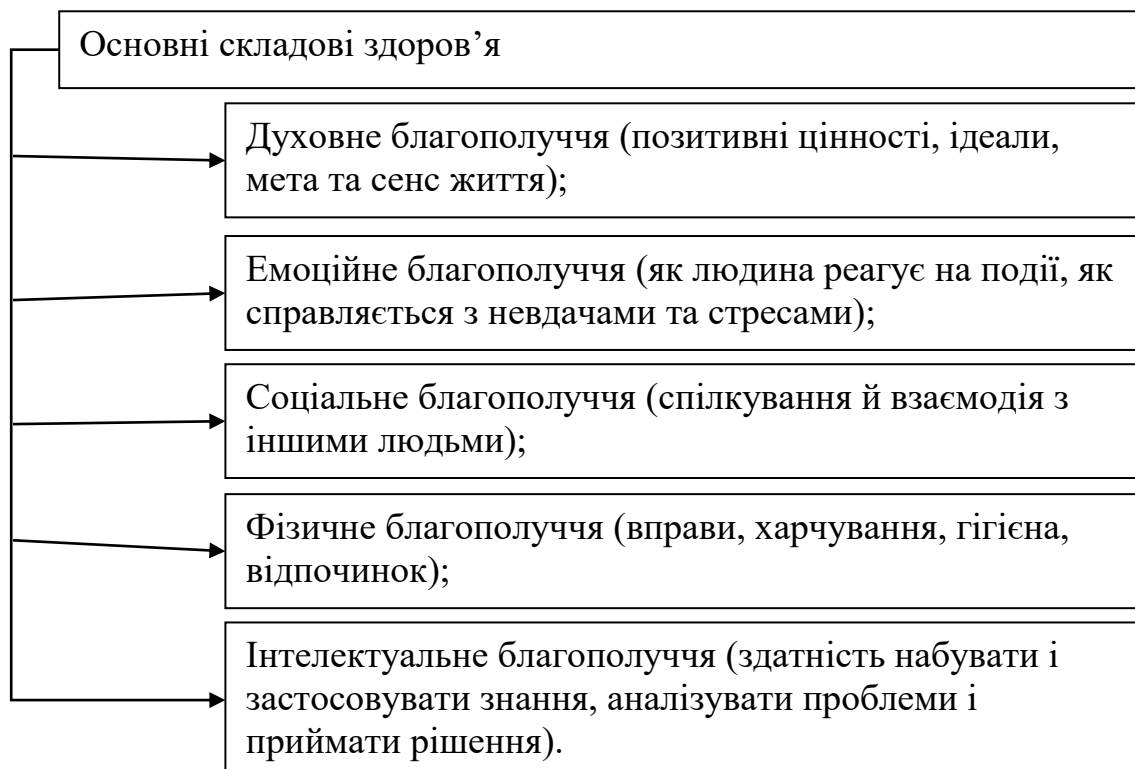


Рис. 3.1. Основні складові (фактори впливу) здоров'я

Методи дозволяють отримати аналіз розвитку системи охорони здоров'я на тривалий час. Також використання методів дозволить налагодити управлінську сферу, оскільки на основі отримуваних даних можна спрогнозувати наслідки прийнятих рішень. Всесвітня організація охорони здоров'я так характеризує систему охорони здоров'я – це «сукупність всіх організацій, інститутів та ресурсів» [10].

Найважливішою метою системи охорони здоров'я є покращення та розвиток здоров'я населення (рис. 3.2). Крім цього, система охорони здоров'я покликана вирішити такі завдання, як гідне та справедливе фінансування охорони здоров'я, а також забезпечення гарантованих послуг населенню [13]. Справедливість у фінансуванні охорони здоров'я означає, що кожен учасник системи фінансування системи охорони здоров'я несе відповідальність за фінансові ризики, які можуть виникнути при забезпеченні та наданні медичної допомоги.

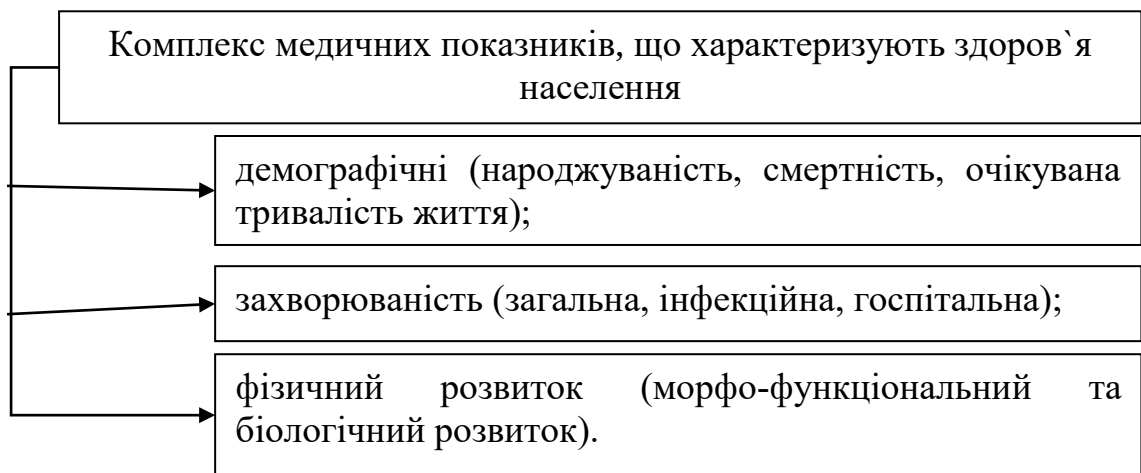


Рис. 3.2. Комплекс медичних показників, що характеризують здоров'я населення

Поняття чуйності характеризує немедичні сторони функціонування системи охорони здоров'я. Саме тому не менш важливим поняттям при аналізі системи охорони здоров'я є параметр чуйності системи. Чуйність системи охорони здоров'я характеризується дотриманням та повагою прав пацієнта, якістю, що надається медичної допомоги, широким вибором

постачальників медичних послуг. Отже, це те, як система охорони здоров'я ставиться до пацієнта.

Для оцінки загального стану здоров'я населення найчастіше застосовується показник DALY (скор. від «Disability – adjusted life year»). Даний показник показує сумарний тягар хвороб. Він був розроблений представниками Гарвардського університету для Світового Банку. Останнім часом цей показник найчастіше використовується дослідниками ВООЗ. Показник представляє собою лінійну суму потенційних років життя, втрачених через настання передчасної смерті та непрацездатності. До речі, згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я – це «стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад» [19].

2021 рік	2023 рік
COVID-19*	Ішемічна хвороба серця
Ішемічна хвороба серця	Інсульт
Інсульт	ХОХЛ
ХОХЛ	Інфекції нижніх дих. шляхів
Інфекції нижніх дих. шляхів	Хвороби новонароджених
Хвороби новонароджених	Хвороба Альцгеймера
Хвороба Альцгеймера	Рак легенів
Цукровий діабет	Цукровий діабет
Рак легенів	Хронічна хвороба почек
Хронічна хвороба почек	Гіпертензивна хвороба серця

Рис. 3.2. Основні причини смерті в світі

* COVID-19 опустився з 1 місця в 2021 на 20-те місце в світовому рейтингу

Перший компонент показника це – YLL (years life lost) – роки втраченого життя. Він означає втрати по причині передчасної смертності. Другий компонент – YLD (years lost due to disability), визначає роки життя, втрачені через порушення здоров'я (за винятком смертельних наслідків).

Дослідники, які використовують показник DALY, говорять про те, що найбільш ефективний варіант оцінки здоров'я населення та рівнів хвороб – це використання у своїх дослідженнях тимчасових показників. Компонент, що показує роки втраченого життя, характеризує залежність рівня смерті та часу. Тобто, використовуючи показник DALY, дослідники можуть відстежити причини смерті у конкретну одиницю часу. При цьому, використовуючи даний показник, для зручності кінцевих даних виробляється категоризація з причин, гендеру, віку тощо. Подальше погіршення демографічної ситуації в світі становить загрозу для економічної та політичної сфери більшості сучасних країн. Наслідки демографічної ситуації також зачіпатимуть медико-демографічні тенденції.

До найпоширеніших причин смертності відносяться: серцево-судинні захворювання; хвороби кровообігу; онкологічні захворювання; інфекційні хвороби; хвороби органів дихання та травлення [26] (рис. 3.3).

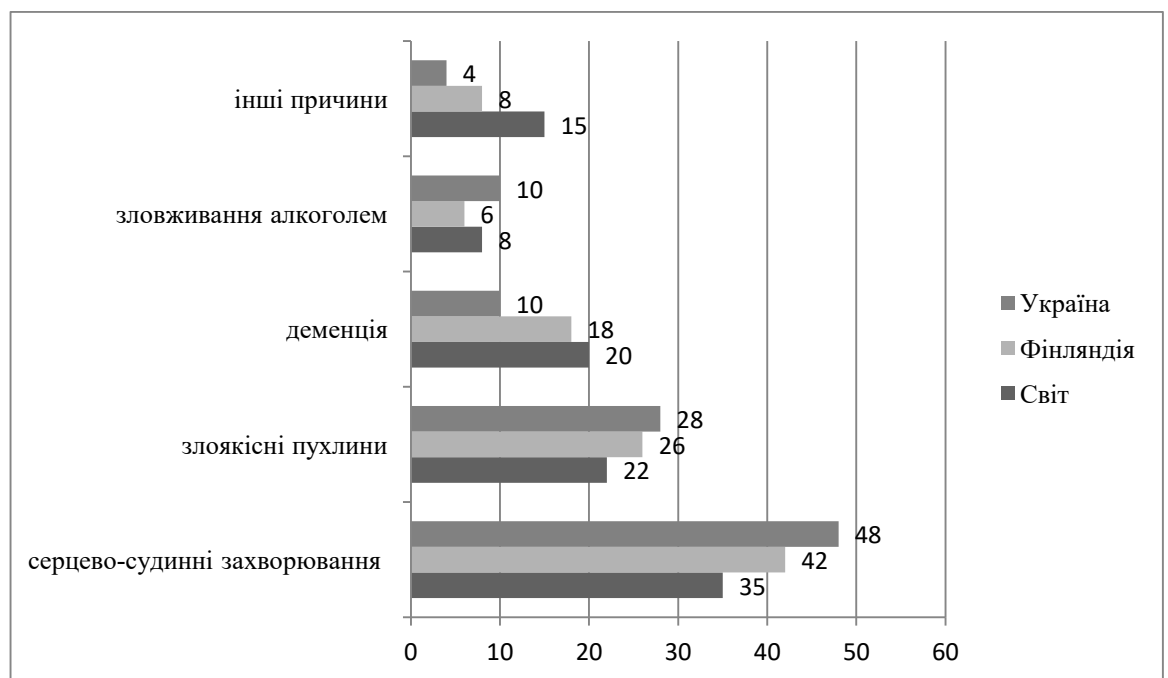


Рис. 3.3. Поширені причини смертності

Також високий рівень смертності через самогубство. Фінляндія кілька десятиліть тому мала один із найвищих рівнів самогубств у світі: у 1990-му зафіксували 1512 смертей через самогубство на населення трохи менше п'яти мільйонів людей. Але за останні тридцять років країна вдвічі скоротила кількість самогубств завдяки національним ініціативам. У 2022-му у Фінляндії з населенням 5,6 млн людей зареєстрували 740 самогубств – це трошки вище середнього показника в ЄС [34].

Щороку ООН оприлюднює звіт про розвиток людства. Індекс людського розвитку – індекс, який дає інтегральну оцінку розвитку людини. Поеднує три показники: валовий внутрішній продукт (ВВП) на душу населення, рівень грамотності й тривалість життя. Використовується як статистичний інструмент для порівняння розвитку соціальної сфери різних країн. Зміст показника полягає в такому: чим ближче ІЛР до одиниці, тим вищі можливості для реалізації людського потенціалу завдяки поліпшенню рівня освіти, доходу і тривалості життя [21].

Ранжування країн ґрунтується на індексі людського розвитку. Останній звіт був опублікований 2022 року. До списку включено 191 країна. Індекс людського розвитку відбиває очікувану тривалість життя, рівень грамотності та освіти, а також рівень життя. Індекс виявляє відмінності між розвиненими, що розвиваються та недостатньо розвиненими країнами. Індекс людського розвитку поділяє країни на чотири великі категорії: дуже високий, високий, середній та низький рівень людського розвитку. Звіт, опублікований 2022 року, оцінював показники 2021 року. Фінляндія займає 11 місце (0,94) в індексі людського розвитку [21]. Порівняно з підсумками попереднього звіту Фінляндія покращила свої показники на 3 пункти. Україна посідає 77 місце (0,773) [21]. Місце України в рейтингу залишилося практично незмінним у порівнянні з попередніми роками.

Також важливо звертати на такий показник, як очікувана тривалість життя. Очікувана тривалість життя показує рівень смертності в країні. Останнє дослідження показника очікуваної тривалості життя було проведено

у 2019 році. Згідно Дослідженню очікувана тривалість життя у Фінляндії становить 81,7 року, в Україні – 72,2 [68]. Після аналізу результатів Фінляндії стає зрозуміло, що досвід Фінляндії у розвитку добробуту та рівня життя в країні, може стати нагоді у вітчизняній практиці.

Однак тепер варто визначити, які соціально-економічні заходи були проведені в країні для досягнення такого результату. Для цього буде доцільно використовувати показники Глобального тягаря хвороб (це глобальна програма, що оцінює втрату працездатності та смертність від основних захворювань, травм та факторів ризику. Вона охоплює 286 причин смерті, 369 захворювань та травм, 87 факторів ризику у 204 країнах та територіях) [11]. Показники можуть виступати одним із інструментів порівняльного аналізу, а порівняльний аналіз дає можливість порівняння рівня здоров'я різних територій. На основі порівняльного аналізу можна запропонувати програму покращення соціальної політики. Насамперед, цікавий досвід Фінляндії у боротьбі з серцево-судинними захворюваннями, основною причиною смертності. У цьому світлі цікаво простежити розвиток програми «Північна Карелія». Після Другої світової війни у Фінляндії було встановлено, що рівень смертності від серцево-судинних захворювань та онкології достатньо високий. Таку ситуацію оголосили національною катастрофою у країні.

У 70-ті рр. стали розвивати програму «Північна Карелія». Цей регіон був обраний тому, що він був найбільш проблемним регіоном у Фінляндії – займав перше місце за кількістю смертей від серцево-судинних захворювань. Люди, які мешкали у Північній Карелії, не вживали в їжу рослинну їжу – у раціоні переважали жирне м'ясо, вершкове масло, здобні вироби. Надлишок холестерину, відсутність вітамінів, жирна їжа, дефіцит клітковини позначалися на здоров'ї населення. Уряд вирішив змінити раціон фінів. Однак змінити раціон, що складався століттями, складно. Проте лікарі та вчені пропагували зміну раціону через соціальну рекламу. Насамперед, стали зменшувати споживання солі, зменшення рівня куріння та вживання жирної

їжі. Роз'яснювальна робота допомогла збільшити вживання серед населення рослинної їжі та зменшити споживання тваринних жирів. Споживання солі на добу зменшилося з 15 г до 9 г (ВООЗ рекомендує вживати 5 г на добу). Звичайну сіль замінили на сіль, збагачену калієм. За підсумками програми смертність у регіоні від серцево-судинних захворювань знизилася у 7 разів, а тривалість життя збільшилася на 13 років. Після вдалого запуску цієї програми, вона почала діяти на території всієї країни. Даний досвід демонструє, що не можна підтримувати таку ситуацію, коли людина має сама відповідати за своє здоров'я. Не варто забувати, що завжди існує відповідальність суспільства, яке має допомогти людині зробити правильніший і корисніший вибір [72].

В Україні також діяли програми з профілактики серцево-судинних захворювань. Однак вони мали більше локальний характер і не були спрямовані на все суспільство. В даний час за профілактику серцево-судинних захворювань відповідають центри медичної профілактики. Вони працюють у більшості регіонів країни. Також профілактику здійснюють центри здоров'я, що були створені у 2009 році. Здебільшого центри здоров'я відповідають за профілактику неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя. Починаючи з 2013 року, у поліклініках та лікарських амбулаторіях створюються кабінети медичної профілактики. Очікується, що до 2025 року диспансеризацію та профілактику в таких кабінетах пройде понад 10 млн. осіб.

Відмінності за загальним рівнем здоров'я України та Фінляндії можна простежити за змінами індексу DALY (інтегральний показник втрат здоров'я, що оцінює збиток, що наноситься суспільству хворобами, травмами і пов'язаними з ними інвалідизацією і смертністю). Останні 25 років значення індексу нашої країни збільшилося більш ніж на 4000 одиниць, а Фінляндії індекс знизився більш ніж на 5000 одиниць. Що стосується гендерного компонента, індекс DALY погіршується як у чоловіків, так і у жінок. У чоловіків навіть простежується більш виражене погіршення здоров'я [77].

У Фінляндії, навпаки, індекс скорочується, але також спостерігається незначна диспропорція. І в Україні, й у Фінляндії однакові причини «втрачених років здорового життя»: серцево-судинні захворювання, онкологія, зовнішні причини. Але важливим є той факт, що у Фінляндії рівень втрат від цих захворювання набагато нижчий, ніж в Україні. Також проблема самогубства актуальна і важлива як в Україні, так й у Фінляндія.

Фінляндії, займаючи останні роки перше місце у списку самих щасливих країн також займає лідируючі позиції і за кількістю вчинених суїцидів у світі. Проблема смертності від самогубств також актуальна й у нашій країні. Проблема самогубств надзвичайна, важлива в сучасному світі, але в той же час вона дуже складна. Виявити причини самогубства неймовірно складно в окремій країні. Кількість самогубців залежить від багатьох факторів, які характерні саме для цієї країни. Серед причин самогубств у Фінляндії називалися зміна сезонів, зловживання алкоголем, несприятлива економічна ситуація в країні, тип особистості фінів тощо.

Робота з боротьби із суїцидом у Фінляндії була розпочата в 1986 році, з розроблення та прийняття Національного плану із профілактики самогубств серед громадян. Насамперед, необхідно було з'ясувати причини, які спонукають чинити самогубство. Для цього були проаналізовані випадки суїциду, скоєних у 1987 році. Головним методом щодо випадків суїциду була психологічна автотопія. Дослідники дійшли висновку, що 93% самогубців мали виявлені проблеми із психікою. Здебільшого це було депресивний розлад особистості. На основі отриманих результатів уряд розробив освітні програми. Мета цих програм полягала в перепідготовці лікарів, для того, щоб виявляти випадки депресії на ранній стадії. До 2005 року у країні кількість смертей від суїциду знизилася на 40%. Варто вказати, що серед країн Північної Європи Фінляндія все ще лідирує за кількістю самогубств [71].

У 2016 році комісія з питань психічного здоров'я виступила з пропозицією про розвиток програми щодо запобігання суїцидів. Програму було впроваджено, але через брак фінансування темпи програми було

знижено на відміну від того, як це передбачалося. Тим не менш, у Фінляндії лікарі та медичний персонал обов'язково проходять додаткове навчання для розпізнавання ознак суїцидальної поведінки.

У березні 2018 року у Гельсінкі та Куопіо були відкриті центри із запобігання самогубствам. У центрах надається медична та психологічна підтримка людям, схильним до суїциду, а також тим родичам, у яких хтось із близьких намагався вчинити або вчинив самогубство. Крім того Фінляндія бере участь у Всесвітньому дні профілактики самогубств. Цього дня проводяться дискусії та конференції з профілактики суїциду, семінари для людей із суїцидальною поведінкою. Суть таких профілактичних заходів полягає в тому, щоб дати зрозуміти людям, що вони мають право на допомогу і що вони не самотні [73].

В нашій країні діяв комплекс заходів щодо вдосконалення системи профілактики суїциду серед неповнолітніх. Комплекс заходів включає проведення в освітніх організаціях заходів для батьків «з формування культури профілактики суїцидальної поведінки неповнолітніх», а також розробку методичних рекомендацій щодо профілактики суїцидальної поведінки, виявлення ранніх суїцидальних ознак у неповнолітніх». Передбачається також, що для неповнолітніх будуть проводитися заходи щодо розвитку «позитивного мислення» та тренінги з «профілактики суїцидальних настроїв та формування позитивного світогляду» [72].

Профілактика різних захворювань є важливим інструментом для підняття демографічної ситуації у країні. Однак в нашій країні існує чимало проблем із профілактичною ситуацією. Для реалізації профілактичних програм відсутнє фінансування, якщо програми приймають, то вони не функціонують на національному рівні, а на регіональному користуються малою популярністю серед населення.

Фінляндія здоров'я населення ставить як пріоритет своєї політики. Тому сфера охорони здоров'я отримує регулярні державні інвестиції. Дві третини фінів вважають, що їхнє здоров'я хороше чи майже хороше.

Звичайно, у Фінляндії також існують проблеми в сфері охорони здоров'я. Наприклад, вже згадували, що частка муніципальних витрат у сфері охорони здоров'я є вищою, ніж частка державних. Така диспропорція призводить до різного переліку медичних послуг у різних муніципалітетах. Найбільше страждають сільські поселення. Як уже зазначалося раніше, у Фінляндії відповідальність за організацію медичних послуг лежить на муніципалітетах. Але останнім часом муніципалітети не можуть поодиноці забезпечити населення соціальними та медичними послугами. Проблема полягає у фінансуванні системи. Муніципалітети витрачають 25% бюджету на організацію медичних послуг.

Оцінюючи показники здоров'я у Фінляндії, можна зробити висновок, що в країні найвищий загальний рівень здоров'я: рівень дитячої смертності низький, натомість очікувана тривалість життя висока.

Державна політика Фінляндії в галузі охорони здоров'я, перш за все, спрямована на профілактику та запобігання хворобам. Одним із інструментів профілактики хвороб є пропаганда здорового та активного образу життя. Експерти ВООЗ оцінюють фінську систему охорони здоров'я як приклад програми «здоров'я всім». Первинну медичну допомогу організовано центрами здоров'я – на них припадає більшість обсягу медичних послуг. При цьому центри здоров'я оснащені високотехнологічним обладнанням, що допомагає виявити хвороби на ранній стадії. Досвід Фінляндії у розвитку системи охорони здоров'я та покращення напрямів державної політики у цій сфері може бути застосований в Україні [70].

Протягом XX століття Фінляндії зуміла досягти приголомшливих результатів у розвитку своєї політики надання медичних послуг. Насамперед, об'єктом політики в галузі охорони здоров'я стало все суспільство загалом. У жодному разі не можна перекладати відповідальність за здоров'я пацієнта виключно на нього самого. Розвиток профілактичної допомоги та первинної ланки медичної допомоги дозволить налагодити демографічну ситуацію в країні.

Досвід Фінляндії у розвитку проекту Північна Карелія показує, що тільки при спільному зусиллі населення, держави, керівників харчової промисловості можна досягти таких результатів як зниження різних захворювань та збільшення очікуваної тривалості життя. Зменшити рівень розвитку неінфекційних захворювань можна лише шляхом зменшення кількості ризиків, що призводять до цих захворювань. Якщо знову торкнутися теми залежності економічного розвитку від рівня здоров'я населення, то для економіки буде набагато вигідніше вкладати гроші в розвиток профілактичних програм хвороб – здорове активне населення допоможе розвивати соціально-економічний прогрес у країні. При цьому найбільш очевидний спосіб розвитку профілактичних заходів в області охорони здоров'я в країні є пропаганда здорового та активного способу життя [76].

Таким чином, політика охорони здоров'я Фінляндії спрямована на скорочення передчасної смертності, продовження активного і здорового життя людей, забезпечення кращої якості життя для всіх і усунення відмінностей у стані здоров'я різних верств населення. На додаток до широкомасштабної профілактичної діяльності в галузі охорони здоров'я особлива увага приділяється ефективності і доступності ЛЗ та медичного обслуговування для всього населення країни. Пропаганда здорового способу життя є одним з пріоритетів системи охорони здоров'я Фінляндії. Як державні органи, так і неурядові організації активно проводять просвітницьку діяльність з охорони здоров'я, яка фінансується головним чином із коштів муніципального бюджету. Крім того, уряд щорічно виділяє асигнування на потреби пропаганди здоров'я і санітарної освіти. Система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією з найкращих у світі за своєю доступністю та якістю обслуговування. Її пріоритетами офіційно проголошено зниження рівня захворюваності, запобігання передчасній смертності серед населення, пропаганда здорового способу життя. І не лише проголошено, а й реалізовано. Система охорони здоров'я Фінляндії

вважається однією із найкращих у світі за своєю доступністю та якістю обслуговування, що підтверджується середньою тривалістю життя громадян – 76 років для чоловіків і 84 роки для жінок.

3.2. Основні проблеми та шляхи їх подолання в розвитку сфери охорони здоров'я

На сьогодні до найбільш актуальних проблемам охорони здоров'я відносять такі проблеми як:

- недостатнє фінансування охорони здоров'я;
- кадрове забезпечення;
- якість медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги;
- недостатня інформатизація;
- оснащеність медичним обладнанням знаходиться на найнижчому рівні;
- низька демографічна ситуація;
- лікарське забезпечення;
- низький рівень заробітної плати [75, р. 369].

Проблема фінансування охорони здоров'я також визначається нераціональним використанням грошей у системі охорони здоров'я. У державних програмах, націлених на розвиток та покращення системи охорони здоров'я, всі ці проблеми розглянуті. З року в рік уряд та президент нашої країни приділяють велику увагу розвитку охорони здоров'я. Спочатку наша система охорони здоров'я застосовувала багатоканальне фінансування. Однак зростання кількості фінансових потоків призводить до зниження фінансових коштів, що спрямовуються до медичних установ. Оскільки система охорони здоров'я потребує збільшення обсягу фінансування та

зменшення фінансових потоків, то в даний час в Україні рекомендують застосовувати одноканальний спосіб фінансування. Сенс одноканального фінансування полягає у злитті потоків фінансування з різних джерел.

В умовах недостатнього фінансування, медичні установи найчастіше змушені збільшувати кількість платних медичних послуг та ціни на них. Для того, щоб система охорони здоров'я характеризувалася стійким функціонуванням, включаючи раціональне використання фінансових коштів, необхідно, щоб між усіма суб'єктами системи відбувалася чітка взаємодія.

На даний момент у системі складається така ситуація, за якої в умовах обмежених ресурсів розвивається витратний тип функціонування системи, а розвиток та покращення здоров'я населення стає для медичних установ економічно не вигідним. Вирішення цієї проблеми можна знайти в диференціації тарифів при будь-якому способі оплати в залежності від ефективності роботи. Але для такого підходу потрібне внесення змін до законодавства, а також формування нової системи оцінювання якості наданої медичної допомоги на території з чітким розподілом повноважень між медичними установами, органами охорони здоров'я, різними суб'єктами соціального страхування. Наприклад, розподіл повноважень може відбуватися за таким принципом: якість матеріально-технічної бази, якість медичних технологій, результати лікування [74].

Кадрова проблема, можливо, є однією з найактуальніших у нашій системі. Кадрова політика є важливою частиною державної політики держави, а проблеми у кадровій політиці викликають зниження якості медичних послуг. Особливо це проявляється у сільській місцевості. Для вирішення кадрової проблеми доречно розробити державну програму. Головною метою програми – є забезпечення системи охорони здоров'я висококваліфікованими спеціалістами. Знижувати рівень дефіциту кадрів у медицині планувалося за рахунок зниження відтоку кадрів з державної та муніципальної систем охорони здоров'я. Також планувалося усунути дисбаланс у системі надання допомоги, поліпшення системи практичної

підготовки кадрів, підвищення кваліфікації престижу медичної професії за рахунок створення позитивного образу медичного та фармацевтичного працівника у суспільній свідомості. Незважаючи на низку заходів щодо вирішення кадрової проблеми, вона існує як й раніше (за умов війни в країні лише загострилася) [33].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я) передбачається, що кожна держава, якщо вона відносить себе до цивілізованих, повинна витрачати на менше 6 % ВВП на медичну сферу. На даний момент Україна витрачає на сферу охорони здоров'я близько 3,2% ВВП. У березні 2018 року (на початку проведення реформи Ю. Супрун) наголошувалося, що для створення системи доступної та якісної медичної допомоги знадобиться збільшити витрати на охорону здоров'я до 4-5% від ВВП [24].

Не кращими є справи у страховій системі. В нашій страховій системі потоки грошей із фонду ДМС слідує до медичного закладу за пацієнтом. Це означає, що зростання коштів у медичній установі залежить від кількості пацієнтів, які звернулися за допомогою до конкретної медичної установи. Прибуток від кількості пацієнтів за логікою міг збільшити конкуренцію між лікарнями та поліклініками. Але дана система розподілу коштів більш прийнятна для невеликих країн з компактним розподілом населення. Україна характеризується наявністю густонаселених та малонаселених територій. Відповідно така система лише призведе до недофінансування медичних установ у невеликих селах та містах.

Ще однією проблемою у сільській місцевості є процес скорочення спеціалізованих ліжок. Скорочення ліжок призводить, по-перше, до зниження рівня медичної допомоги, по-друге, на малодоступності. Варто вказати, що медична допомога в малонаселених територіях, продуктивність та життєдіяльність медичних закладів багато в чому залежить від політики держави. Наприклад, дефіцит медичних кадрів призводить до ліквідації медичних установ, а це породжує вимирання сільського населення. Для

подальшого позитивного розвитку системи охорони здоров'я в нашій країні необхідно повніше використовувати ресурси системи, налагодити взаємозв'язок та переваги державного, страхового та приватного підходів щодо забезпечення медичної допомоги населенню. При цьому необхідно враховувати як вітчизняні традиції, так і досвід передових країн [15].

Для подальшого продуктивного розвитку системи охорони здоров'я в Україні необхідно реалізувати такі пункти політики як:

- підвищити престиж медичної професії;
- провести курси підвищення кваліфікації та перенавчання медичного персоналу;
- посилити контроль з боку держави за використанням грошових коштів, що виділяються на функціонування системи охорони здоров'я;
- формування стійкої фінансової бази для реалізації населенням безоплатної медичної допомоги у рамках ДМС;
- розвиток первинної медико-санітарної допомоги;
- забезпечити стабільні гарантії населенню щодо отримання безкоштовної медичної допомоги [77].

Головною метою реформи охорони здоров'я у Фінляндії є зміцнення системи, щоб ефективно справлятися з проблемами охорони здоров'я та покращити рівень благополуччя населення. Головним завданням є зміцнення життєздатності муніципалітетів, які несуть головну відповідальність за надання соціальних та медичних послуг. За підсумками реформ має відбутися оновлення структури муніципальних утворень, законодавства про муніципалітети. Так само планується ухвалити закон про організацію послуг.

Уряд Фінляндії зазначає, що муніципалітети продовжать відігравати головну роль у наданні медичних послуг, проте головним завданням, як і раніше залишається зміцнення муніципалітетів. Для забезпечення медичних послуг необхідно, щоб муніципалітети мали економічну стабільність, кваліфікований персонал, здатність фінансувати сферу охорони здоров'я. Надані послуги повинні будуть розраховані на ширші версти населення та

території. Вважається, що це єдиний гарантований спосіб отримання однакових послуг населенням. Як уже зазначалося раніше, ті муніципалітети, які не в змозі будуть забезпечити надання послуг самостійно, будуть перетворені на спільні регіони соціального та медичного обслуговування (SOTE-alue) [72]. Значну частину спеціалізованої медичної допомоги буде передано під відповідальність муніципалітетів. Також очікується покращення взаємодії між підрозділами охорони здоров'я та соціального забезпечення. Сильний муніципалітет зможе забезпечити населення локальними послугами (під локальними послугами розуміється, зокрема послуги вдома, замість наданих у стаціонарі). А більший оператор зможе забезпечити послугами і віддалені райони, з чим не може впоратися невелика громада.

Фінляндія щорічно входить до першої п'ятірки країн із запровадження інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я. Наприклад, в Фінляндії електронні медичні картки використовуються як в спеціалізованих, так і в первинних медико-санітарних установах на муніципальному та регіональному рівнях.

Державна інформаційна система охорони здоров'я Фінляндії називається KANTA. Електронні сервіси KANTA для пацієнтів, медичних працівників, органів управління охороною здоров'я та соціального забезпечення поетапно запроваджують із 2010 року [74]. Національний архів даних пацієнтів є посередником передачі даних між медичними організаціями та пацієнтами, яким була надана медична допомога. У Національному архіві зберігається інформація про надані медичні послуги, записи лікування, різні результати медичних досліджень, а також виписані рецепти. За статистикою послугами архіву користується близько 87 % населення. Медичний персонал має доступу до даних архіву за згодою пацієнта. Також пацієнт може вибірково обмежити доступ до даних. Швидка медична допомога в деяких випадках має доступ до закритих даних. Планується запуск сервісу персональної електронної медичної картки. У

такій карті пацієнт сам зможе вносити дані про своє здоров'я, наприклад, дані про артеріальний тиск, рівень цукру в крові тощо.

Крім того всі госпіталі Фінляндії забезпечені медичними інформаційними системами. Госпіталі мають право обирати постачальника системи самостійно. Вибір відбувається на конкурсних засадах. З недавніх пір у Гельсінкі з'явився офіс американської інформаційної медичної системи EPIC. Більшість госпіталів працюють з фінськими постачальниками, але хтось уже робить вибір на користь американських постачальників.

Для того, щоб користуватися Національним архівом і бути повноправним учасником в обміні даних, госпіталь та постачальник повинні пройти тестування: вони повинні показати обмін даними через сховище з іншим госпіталем. Обмін даними відбувається на базі міжнародного стандарту HL7 CDA. Використання міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я дозволяє Фінляндії налагоджувати інформаційну взаємодію з іншими країнами. Наприклад, з січня 2019 р. якщо пацієнту виписали електронний рецепт у Фінляндії, то він зможе отримати ліки в аптеках Естонії, а в майбутньому така можливість буде доступна в інших країнах Європейського Союзу [70].

Фінляндія завжди славилася країною з розвиненим рівнем застосовуваних технологій та розвиненою інфраструктурою. Не зважаючи на невелику кількість медичних установ у країні, уряд Фінляндії не поспішає обмежувати вибір медичних інформаційних систем для своїх установ. Вони розуміють цінність можливості вибору, стійкість децентралізованого підходу та ефективність конкурентного ринку.

В 2019 році в Гельсінкі було проведено конференцію European Health tech Investment Forum 2019. Метою конференції була зустріч провідних інвесторів та стартапів у галузі технологій для охорони здоров'я. Цифрова охорона здоров'я, медична техніка та діагностика, а також персоналізована медицина були одними з найактуальніших тем. Фінляндія є центром тяжіння для інвесторів в області охорони здоров'я. І для цього є вагомі причини [73].

По-перше, при тісній взаємодії досліджень та практики народжується прогрес. Зокрема Моніта Мо, генеральний директор Ascend Capital Partners, зазначає, що у Фінляндії університети та інші установи розвивають медичну практику, дослідження та розробки. Фінляндія має більшу кількість спеціалістів-практиків, ніж США. При цьому вони є і лікарями, й вченими».

По-друге, інвесторів приваблює ефективна робота інформаційних реєстрів. Наприклад, Міріам Хольштайн, генеральний директор регіону Північної Європи в Bayer Group, так доводить свою тезу про те, що Фінляндія є ідеальним місцем для проведення досліджень: «у Фінляндії функціонує п'ята за величиною служба досліджень та розробок, і ми дійсно використовуємо доступ до медичних записів. У нас є реєстр системи охорони здоров'я, починаючи з 1960-х років, у нас є біобанки, у нас все суспільство відкрите, як й уряд, – у суспільстві дуже відкрите середовище для проведення досліджень та клінічних випробувань».

По-третє, фінська індустрія технологій для охорони здоров'я дуже сильна у сфері інформаційних технологій та програмного забезпечення. Зрештою, всі називають економіку Фінляндії цифровою економікою. Крім того Фінляндія славиться безліччю стартапів, у тому числі у сфері медицини, котрі спрямовані на розробку медичних приладів.

Для просування інноваційних технологій варто все таки пройти декілька етапів:

- по-перше, необхідно знайти перевірені інноваційні технології з доведеною ефективністю;

- по-друге, технології повинні проходити клінічне тестування на застосовність та ефективність;

- по-третє, розглядаються різні шляхи просування технологій на ринок [26].

У Фінляндії також звертають увагу не лише на інноваційність товару, а й на економічну цінність. Після неймовірного успіху компанії NOKIA інвестори постійно стежать за подіями у фінській технологічній екосистемі.

Деякі з інвесторів висунули припущення, що холодний клімат Фінляндії є одним із факторів того, що тут проявляється чудова ініціативність та винахідливість.

Отже, реальні дані, глибокі знання, регулювання, керування, засноване на можливостях технологій, – визначальні характеристики фінських компаній у сфері технологій для охорони здоров'я. Зокрема, завдяки фінській системі вакцинації вдалося перемогти такі хвороби, як кір, краснуха та свинка.

Для зменшення шансу захворювань та зменшення відсотка випадків передчасної смерті у Фінляндії активно пропагується здоровий та активний спосіб життя. Закон про тютюнокуріння спрямований на те, щоб до 2040 року році ліквідувати куріння в країні взагалі. В даний час закон забороняє, зокрема, продаж та передачу тютюну особам, які не досягли 18-річного віку, пропаганду тютюну, куріння у громадських закладах та місцях. Також в Фінляндії було збільшено ціну для фірм, які продають тютюнову продукцію.

Серед мінусів системи охорони здоров'я можна відзначити черги та довге очікування під час запису до лікаря. Також у Фінляндії зростає кількість людей похилого віку, які мають значний вплив на систему охорони здоров'я, насамперед у питанні фінансових витрат. Очікується, що у Фінляндії чверть населення до 2030 року буде старше 65 років. У країнах Європи простежується тенденція старіння населення та зменшення працездатного населення. Очікується, що до 2032 року коефіцієнт демографічного навантаження зросте до 70 [34].

Фінська система охорони здоров'я також стикається з проблемою збільшення видатків. Очікується, що за найближчі десять років витрати зростуть на 2,4%. Для того щоб забезпечити стійкість державних фінансів, фінському уряду доведеться підвищити рівень зайнятості до 75%, а також створити нові робочі місця. Влада одного разу вже підвищувала рівень зайнятості до 72% шляхом, коли люди працювали більше за меншу зарплатню. Однак це спричинило зниження популярності уряду. Реформа

охорони здоров'я спочатку була спрямована на зниження витрат на кілька мільярдів євро. Однак реформа була не завершена, уряд подав у відставку [38]. Крім того фінська система охорони здоров'я, як й українська, характеризується децентралізацією. Базові медичні послуги надають муніципалітети. Згідно з дослідним центром SITRA така модель має свої переваги. Наприклад, місцева влада відповідальна за рівень медицини перед населенням. Але з іншого боку, цей рівень медицини може різнитися у різних муніципалітетах країни. Також не розвивається конкуренція та боротьба між муніципальними клініками та приватними клініками за пацієнтів. Напевно, найбільшою проблемою, з якою стикаються пацієнти, це довгі періоди очікування. Починаючи з 2000-х років, держава зобов'язувала муніципальних операторів діяти більше оперативно. Але рекомендації дотримувалися не скрізь. Доцент антропології, британець Едвард Даттон так описав ситуацію з очікуванням лікаря: «після того, як ви приїдете з дитиною о 9 ранку до лікаря, вам треба взяти талон в автоматі та чекати на чергу. Записатися на прийом до лікаря по телефону не можна. Але тепер ви чекаєте не прийом у терапевта, а прийому у медсестри, яка вирішить коли вас прийме терапевт. Ближче до полудня ви здаєтеся, берете дитину і йдете до приватного лікаря» [76]. Статтю було опубліковано 23 лютого 2016 року в британській газеті The Guardian. Після публікації цієї історії, міська рада Оулу оголосила в прес-релізі, що вона відмовляється від системи призначення.

Таким чином, якщо судити про здоров'я населення, показники у Фінляндії залишаються високими. Фінляндія входить до топ-20 країн із самою великою очікуваною тривалістю життя, рівень дитячої та материнської смертності там один із найнижчих у світі, смертність від онкологічних захворювань – одна з найнижчих у ЄС. Навіть не дивлячись на недоліки муніципальної системи охорони здоров'я, опитування показують, що багато жителів Фінляндії вважають таку систему прийнятною. Проте сектор охорони здоров'я у будь-якому випадку потребує реформування. Питання про фінансування сфери залишається відкритим досі. Варто вказати

на необхідність використати досвід у сфері охорони здоров'я Фінляндії для покращення сфери медичного забезпечення окремих категорій населення в Україні. Проведений огляд політики охорони здоров'я Фінляндії свідчить, що система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією з найкращих у світі за доступністю та якістю медичного забезпечення, а також медичної допомоги. Загальновизнано, що пріоритетами охорони здоров'я Фінляндії офіційно проголошено зниження рівня захворюваності, запобігання передчасної смертності серед населення, пропаганда здорового способу життя. Вказаний підхід доречно пропагувати та використовувати у вітчизняних умовах.

ВИСНОВКИ

Державна політика та державне регулювання у сфері охорони здоров'я становлять ключовий компонент внутрішньої політики будь-якої країни. Вони охоплюють комплекс цілеспрямованих дій, механізмів та інструментів, спрямованих на забезпечення належних умов життя, збереження здоров'я та безпеки громадян. У ширшому розумінні державне регулювання у сфері охорони здоров'я – це цілісна система взаємодії між державою, суспільством і окремими соціальними групами, що ґрунтується на принципах соціальної справедливості, доступності медичної допомоги та підвищення якості життя населення. Основною метою такого регулювання є не лише забезпечення добробуту та соціального захисту, а й формування умов для сталого розвитку населення, підвищення рівня громадського здоров'я, профілактики захворювань і зниження соціальних ризиків. Важливу роль у цьому процесі відіграє держава як головний суб'єкт регуляторної діяльності. Саме вона розробляє та впроваджує відповідні політики через систему центральних, регіональних і місцевих органів влади, координує діяльність медичних установ, формує нормативно-правову базу та забезпечує контроль за її виконанням. Отже, державне регулювання виступає фундаментом ефективного функціонування системи охорони здоров'я та важливим інструментом реалізації прав громадян на життя і здоров'я.

В ході написання вказаного дослідження нами було зроблено наступні висновки.

1. Розвиток системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою рівня й якості життя населення та виконує найважливішу роль в економічному розвитку регіонів та країни в цілому, забезпечуючи відтворення та якість трудових ресурсів, що створюють базу для соціально-економічного зростання. Поняття та структура «охорони здоров'я» означає діяльність із збереження, покращення, забезпечення та зміцнення здоров'я різних груп

населення. Основними законодавчими актами закріплено право людини на охорону та зміцнення здоров'я. Оптимізація системи охорони здоров'я є найважливішою частиною соціально-економічної політики держави. Охорона здоров'я сприймається як державна система з єдністю цілей, взаємодії та наступністю служб (лікувальних та профілактичних), загальною доступністю кваліфікованої медичної допомоги, реальною гуманістичною спрямованістю. Система охорони здоров'я – це сукупність державних і громадських заходів соціально-економічного характеру щодо організації медичної допомоги, попередження захворювань, підвищення рівня здоров'я населення.

2. Реформи у сфері охорони здоров'я займають центральне місце у Фінляндії. Провали реформи охорони здоров'я у Фінляндії призвели до відставки уряду в березні 2019 року. SOTE-реформа мала стати головною реформою уряду Ю. Сипіля. Фінляндії стає важко підтримувати конституційне право мешканців на охорону здоров'я у невеликих селищах, а державні витрати на охорону здоров'я збільшуються з кожним роком, що створює навантаження на муніципалітети, які більше не в змозі самотужки забезпечити медичними послугами населення. Уряду не вдалося знизити зростання державних доходів, задля економії коштів. Формування областей для полегшення тягаря муніципалітетів вимагало б значних вкладів, що не пов'язувалося з початковою метою реформи економії коштів. До надання послуг у приватному секторі у фінів також були питання у світлі скандалів про умови утримання людей похилого віку в приватних клініках. Міністерством соціальних справ та охорони здоров'я обговорюється з провінціями розвиток соціальної та медичної допомоги в регіонах. Зазначається, що однією з головних проблем досі залишається складна економічна та демографічна ситуація та регіональна диференціація.

3. Держава реалізує політику у сфері охорони здоров'я, здебільшого через різні соціальні та медичні державні програми. У Фінляндії було проведено дослідження для аналізу перехідного процесу у сфері охорони здоров'я та соціальних послуг та його впливу на потреби та розвиток

компетентності. За результатами дослідження міністерства заявили про необхідність створення нових форм співробітництва на рівні центральної охорони здоров'я у сфері області управління реформами охорони здоров'я. У рамках загального реформування переглядаються й нормативи перебування пацієнтів у стаціонарі, що допоможе зекономити муніципальні витрати на медичне обслуговування. Однак, основною метою реформування є не тільки і навіть не стільки економія коштів (бо ж добре відомо, що скупий платить двічі), як найповніше задоволення потреб населення країни у якісних медичних послугах і в тому, щоб медицина не лише рятувала від хвороб, а й запобігала їх розвитку.

4. Аналіз стану здоров'я населення свідчить, що в обох країнах спостерігаються майже однакові причини, які призводять до «втрачених років здорового життя». Проте принципова різниця полягає в тому, що у Фінляндії втрати від серцево-судинних захворювань значно нижчі. Це є прямим наслідком ефективно вибудованої державної системи профілактики, яка охоплює раннє виявлення ризиків, широке інформування населення та впровадження довгострокових стратегій громадського здоров'я. Такий результат підтверджує, що фінська політика у сфері охорони здоров'я має чіткий профілактичний характер. Важливу роль у цьому відіграє держава, яка не просто визначає загальні напрями розвитку, а й активно формує умови для запобігання захворюванням. Уряд Фінляндії спільно з медичною спільнотою виходить з принципу, що запобігти хворобі значно простіше, дешевше та ефективніше, ніж лікувати її наслідки. Саме тому державні програми включають систематичні профілактичні огляди, пропаганду здорових звичок та підтримку населення у веденні активного способу життя. Здоровий і фізично активний спосіб життя залишається базовим і найекономічнішим засобом профілактики. Проте успіх Фінляндії демонструє, що таких результатів можна досягти лише за умови активної участі держави, її здатності формувати середовище, у якому профілактика стає доступною, зрозумілою та соціально підтримуваною.

5. У Фінляндії система охорони здоров'я, незважаючи на існуючі проблеми залишається на високому рівні. Головною заслугою високого рівня здоров'я та тривалості життя населення є профілактична робота. Зважаючи на отримані результати в Фінляндії можемо говорити про запозичення фінського досвіду щодо державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні, зокрема:

- надання великої уваги профілактиці та громадському здоров'ю через зосередження на профілактичних заходах для зменшення рівня захворюваності й навантаження на сферу охорони здоров'я;
- встановлення й дотримання принципу децентралізації за допомогою передачі частини повноважень й відповідальності на місцевий рівень для підвищення ефективності управління на рівня територіальних громад;
- підтримка та поширення цифровізації за допомогою подальшого активного розвитку різноманітних систем (на зразок фінської «Wilma»), які будуть спрямовані на полегшення доступу до медичної інформації, запису на прийом і здійснення дистанційних консультацій;
- забезпечення необхідної доступності на основі гарантування права на медичну допомогу громадянам, незалежно від їх місця проживання;
- посилення міжнародної співпраці, що передбачає активну участь в міжнародних угодах і партнерстві для ефективного обміну досвідом, технологіями й кращими практиками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник. – Київ : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Баранник Л. Б. Фінансові аспекти медичного страхування в Україні // Вісник ДДФА. Серія : Економічні науки. – 2012. – № 1. – С. 10-14.
3. Барзилович А. Д. Державне регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2020. – № 5. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1676>
4. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання. Надання медичних послуг в Україні // Публічне управління та митне адміністрування. – № 1 (24). – 2020. – С. 86-90.
5. Бережна Ю.В. Об'єктивна необхідність державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. Соціально-економічний розвиток України та її регіонів: проблеми науки та практики: збірник матеріалів Міжнародної науково практичної конференції (м. Харків, 10-11 травня 2012 р.). – Харків, 2012. – С. 236-239.
6. Бобришева О.В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я // Вісник Дніпропетровського університету. – 2014. – Вип. 8 (2). – С. 12-18.
7. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я // Public Administration and Management: modern scientific discussions : Collective monograph. – Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2020. – 300 p.
8. Ващенко Ю. Інституційне забезпечення державного регулювання в сфері охорони здоров'я: досвід країн Європи та його важливість для України. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та

глобалізаційних процесів» 31 жовтня 2014 року, м. Київ: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Ред. Кол. Гриценко І.С., Гревцова Р.Ю., Лівак П.Є. – К. : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2014. – С. 18-21.

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. – Тернопіль: Екон. Думка, 2005. – 460 с.

10. Глазко Н.Д. Зарубіжний досвід забезпечення соціальної сфери // Ефективна економіка: наукове фахове видання:– 2014. – № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua>.

11. Глобальний тягар хвороб в Україні URL: <https://www.umj.com.ua/article/191372/globalnij-tyagar-hvorob-v-ukrayini>

12. Головінов О. Людський капітал в системі виробничих відносин: монографія. – Донецьк : Дон-ДУЕТ ім. Тугана-Барановського, 2004. – 160 с.

13. Гончаренко І.В. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України // Вісник аграрної науки Причорномор'я. – 2013. – Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vanp_2013_1_6.

14. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я // Право і суспільство. – 2019. – № 4. – С. 166-173.

15. Громадська Н., Андріяш В. Особливості формування зовнішньої політики національної держави в умовах глобалізації // Інвестиції: практика та досвід. – 2024. – № 15. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php>

16. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Грузева Т.С. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів: вид. 3. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – 560 ст.

17. Єлісєєва О.К. Сучасний стан оцінювання регулювання медичної галузі // Система державної статистики в Україні: сучасний стан, проблеми, перспективи: зб. Наук. праць XIII Міжнар. Наук.-практ. Конф. з нагоди Дня

працівників статистики (2015 р.). – Київ : ДП «Інформ.-аналіт. Агентство», 2015. – С. 26-29.

18. Загорський В., Лободіна З., Лопушняк Г. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.

19. Зеленеви́ч В.О., Кузьмин А.І. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я URL: <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhniy-dosvid>.

20. Зима І. Я. Визначення напрямів реформування управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів // Державне управління: удосконалення та розвиток. – № 1. – 2018. – С. 28-35.

21. Індекс розвитку: стало гірше та невизначеніше URL: <https://zib.com.ua/ua/152884.html>

22. Камінська Т.М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я // Економічна теорія. – 2006. – № 2. – С. 17-24.

23. Ковтонюк П. Готуватися до страхової системи вже сьогодні радять розробники Стратегії з реформування охорони здоров'я URL: <http://lada.fm/2015/01/20/gotuvatisya>

24. Козлова Л., Малікіна О., Андріяш В. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні // Публічне управління та регіональний розвиток. – 2020. – № 9. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jsp.pdf>

25. Козьменко С., Охріменко І. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування URL: <http://insurance.uabs.edu.ua/uk/biblioteka/statti/289-analiz-zakonodavchykh-initsiatyv-shchodo-obov-iazkovoho-medychnoho-strakhuvannia-v-ukraini.html>

26. Конотопцев О. Прозорість в сфері охорони здоров'я: недоліки та невдачі URL: <https://www.mediaport.ua/prozorist-v-sferi-ohoroni-zdorovya-nedoliki-ta-nevdachi-medreformi>

27. Корнілова О. Поняття та основні ознаки третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги // Право і суспільство. – 2019. – № 6. – С. 161-164.

28. Кринична І. Досвід державного управління процесами реформування системи охорони здоров'я в країнах східної Європи // Перший незалежний науковий збірник. – 2015. – № 1. – С. 97-100.

29. КСУ просять перевірити на конституційність медичну реформу URL: <http://ukrainepravo.com/news/ukr>.

30. Кулик Д. Індикатори корупціогенності медичної реформи (аналіз Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Реформування системи охорони здоров'я: корупційні ризики та способи їх усунення: матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.). – Харків : Право, 2019. – С. 62-67.

31. Лехан В.М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні): навчальний посібник. – Дніпропетровськ, 2016. – 30 с.

32. Малікіна О., Андріяш В., Полякова О. Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я // Публічне управління та регіональний розвиток. – № 5. – 2019. – С. 474-492.

33. Малікіна О., Громадська Н., Андріяш В. І. Оцінювання державно-управлінських рішень: моделі та критерії // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2021. – № 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/>

34. МОЗ України : Що було, є і буде URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf

35. Москаленко В. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.

36. Муляр Г.В. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративно-правовий аспект // Юридичний вісник. – 2020. – № 1. – С. 51-57.

37. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: дис.... д-ра наук: 25.00.02 – Механізми державного управління. – Запоріжжя, 2009. – 208 с.

38. Національна та глобальна сталість Фінляндії. Національна стратегія сталого розвитку. URL: <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=3772>

39. Осадчий О.І. Проблема та перспективи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини URL: <https://www.umj.com.ua/article/158260/problema-ta-perspektiv>.

40. Офіційний сайт Євростату URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>.

41. Охорона здоров'я у Фінляндії – індивідуальний портрет URL: <https://www.vz.kiev.ua/oxorona-zdorovya-u-finlyandiyi-individualnij-portret/>

42. Пашков В. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я // Український мед. Часопис. – 2017. – № 2. – С. 1-6.

43. Правоторова О.М. Адміністративно-правова охорона здоров'я: теоретичні аспекти // Науковий вісник публічного та приватного права. – 2019. – Випуск 3, том 1. – С. 211-217.

44. Про затвердження Положення про Державну службу з лікарських засобів України: Указ Президента України від 08 квітня 2011 року № 440/2011 // Офіційний вісник Президента України від 20.04.2011 р. – 2011. – № 11. – С. 19. – Ст. 604.

45. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Указ Президента України від 13 квітня 2011 року №467/2011 // Офіційний вісник Президента України від 21.04.2011 р. – 2011. – № 12. – С. 45. – Ст. 633.

46. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 №932. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>

47. Проект Закону України «Про внесення змін до Конституції України (щодо повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування)»

реєстраційний №4178а від 26 червня 2014 р.) URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51513.

48. Проект Коаліційної угоди URL: <http://tsn.ua/politika/blok-poroshenka-opublikuvav-proekt-koaliciynoyi-ugodi-povniy-tekst-388703.html>

49. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 URL: www.Apteka.ua/artikel/315522

50. Реформа стирає кордони: за результатами аналізу ринку приватних медичних послуг в Україні URL: <https://proconsulting.ua/ua/pressroom/reforma-stiraet-granicy-po-rezultatam-analiza-rynka-chastnyh-medicinskih-uslug-v-ukraine>

51. Ридзель Ю. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. ... канд. екон.наук. – Чернігів, 2020. – 258 с.

52. Руснак Л. Перспективи реалізації права громадян на охорону здоров'я через обов'язкове медичне страхування // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – № 6. – С. 63-66.

53. Рябець Д.М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти // Економічні горизонти. – 2018. – № 4(7). – С.164-174.

54. Савіна Т. Нормативно-правове регулювання кадрової політики системи охорони здоров'я в Україні // Державне управління: теорія та практика. – 2017. – № 1. – С. 120-128.

55. Сазонець І., Зима І. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2018. – № 12. URL:<http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1343>

56. Семигіна Т. В. Здоров'я у сучасному науковому та політичному дискурсі // Гілея. – 2011. – Вип. 46. – С. 639-645.

57. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального: монографія. – К. : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.

58. Сенюта І. Медична реформа: To be or not to be? URL: <https://uz.ligazakon.ua/ua/mag>.
59. Сидоренко Т. М. Правові засади формування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764
60. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я // Юридична Україна. – 2010. – № 4. – С. 53-58.
61. Солдатенко О. Реімбурсація як один із видів фінансування видатків на охорону здоров'я // Віче. – 2010. – № 8. – С. 18-19.
62. Сталий розвиток та глобальні питання розвитку – Постійне представництво Фінляндії в ООН: ООН і Фінляндія: Сталий розвиток і глобальні проблеми розвитку. URL: <http://www.finlandun.org/public/default.aspx?nodeid=35895&contentlan=2&culture=en-US>.
63. Устинов А.В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян // Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики : веб-сайт. – 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/1>
64. Шевчук В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України // Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]. Сер. : Державне управління. – 2014. – Т. 235. – Вип. 223. – С. 128-132.
65. Шевчук В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр.. – Миколаїв, 2017. – 219 с.
66. Шегедин Я. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства // Ефективність державного управління. – 2017. – Вип. 2. – С. 129-137.

67. Юристовська Н. Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я // Ефективність державного управління. – 2017. – Вип. 3 (52). – Ч. 1. – С. 192-199.

68. Яка середня тривалість життя в Україні. Дані Держстату URL: <https://suspilne.media/133692-aka-seredna-trivalist-zitta-v-ukraini-dani-derzstatu/>

69. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів в охороні здоров'я // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2017. – № 876. – С. 227-235.

70. Ihmisiä Iddketieteen historiassa URL: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/pipping.html>

71. Secondary use of health and social data URL: <https://stm.fi/en/secondary-use-of-health-and-social-data>

72. Siun Sote Strategia URL: <http://www.siunsote.fi/web/guest/strategia>

73. Terveystieteen 30.12.2010/1326 // Finlex Data Bank URL: <https://www.finlex.fi/fi/laki/aja>

74. The focus of the healthcare and social welfare system will be shifted towards basic-level services and prevention URL: <https://valtioneuvosto.fi/en/rinne/government-programme/restructuring-of-health-and-social-services>

75. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries // Baltic Journal of economic studies. – 2018. – Vol. 4. – № 5. – P. 364-370.

76. Why is Finland's healthcare system failing my family? // The Guardian URL: <https://www.theguardian.com/society>

77. World Heritage Encyclopedia URL: http://www.worldheritage.org/articles/Healthcare_in_Finland

ДОДАТКИ

Додаток А

Україна виявилася найнещаснішою серед країн Європи

Україна зайняла останнє місце за рівнем щастя населення серед європейських країн і виявилася серед найнещасніших країн світу.

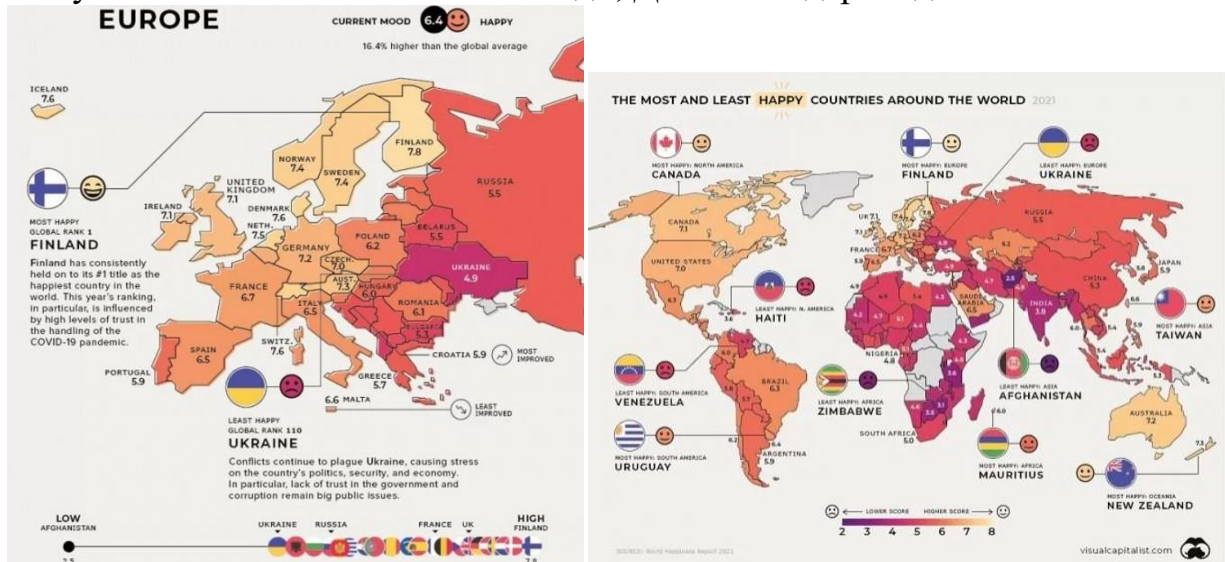
Про це свідчать дані рейтингу Global Happiness Levels in 2021 від онлайн-видання Visual Capitalist, передають [Українські новини](#).

Автори опублікували карту світу з результатами Світового звіту про щастя, дані для якого збиралися в період з 2018 по 2020 року.

У виданні відзначили, що для вимірювання рівня щастя використовувалася низка «чітких» індикаторів: рівень здоров'я, багатство. Крім того, при формуванні рейтингу до уваги бралися й інші, більш нематеріальні аспекти: соціальна підтримка, свобода вибору, щедрість, корупція в бізнесі і країні, позитивні чи негативні афекти (досвід пережитих емоцій).

В рейтингу Global Happiness Levels in 2021 Україна отримала 4,9 балів з 8 максимальних. Серед країн європейського континенту це найнижча оцінка щастя населення.

Також найнещасливішими європейцями стали жителі Албанії, Болгарії та Росії. При цьому по-справжньому щасливими і задоволеними життям можуть назвати себе жителі Фінляндії, Данії та Нідерландів.



Рейтинг щастя серед країн Європи Загальносвітовий рейтинг щастя

У загальносвітовому рейтингу найщасливіших і найнещасніших країн взяли участь 148 держав. Фінляндія посідає перше місце з найвищим рівнем щастя, а Афганістан – останню позицію рейтингу.

Охорона здоров'я у Фінляндії – індивідуальний портрет

Система соціального забезпечення та охорони здоров'я країни базується на муніципальній системі соціального захисту й охорони здоров'я, що субсидується державою.

Система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією з найкращих у світі за своєю доступністю та якістю обслуговування. Її пріоритетами офіційно проголошено зниження рівня захворюваності, запобігання передчасній смертності серед населення, пропаганда здорового способу життя. І не лише проголошено, а й реалізовано. Як наслідок – статистичні показники дитячої смертності у Фінляндії одні з найблагополучніших у світі: рівень середньої тривалості життя населення країни становить 77 років для чоловіків і 84 роки для жінок.

Чіткий розподіл функцій і відповідальності

Система соціального забезпечення та охорони здоров'я країни базується на муніципальній системі соціального захисту й охорони здоров'я, що субсидується державою. Крім громадського сектора, послуги в цій галузі надають приватні підприємства й недержавні організації. Будь-яка система успішно функціонує лише за умови чіткого розподілу функцій між її рівнями та ланками, а отже, і відповідальності за конкретний сектор роботи. Інакше – хаос, дублювання і плутанина. Щоб цього не сталося, фіни напрацювали чітку структуру управління. У цілому системою соціального забезпечення та охорони здоров'я країни керує Міністерство соціального забезпечення та охорони здоров'я Фінляндії. На його «плечах» – підготовка законодавчих актів та контроль за їх впровадженням, напрацювання стратегії розвитку галузі, визначення основних напрямків політики в цій сфері, підготовка ключових реформ і координація процесу їх втілення. Міністерство також відповідає за зв'язки з органами влади на національному рівні, які приймають політичні рішення.

У свою чергу установи та організації, підвідомчі Міністерству, відповідають за виконання завдань у галузі досліджень, розробок, моніторингу та статистики. Поміж інших до таких установ належать Державне агентство охорони здоров'я і соціального розвитку THL, Агентство з безпеки і розвитку в галузі фармацевтики Fimea, Центр ядерної та радіаційної безпеки STUK і Фінський інститут професійного здоров'я TTL.

У муніципалітетів – своя «місія». Вони відповідальні за організацію та матеріальне забезпечення охорони здоров'я і можуть забезпечувати надання медичних послуг на своєму рівні або купувати їх в інших муніципалітетів чи у приватного сектора ОЗ. У муніципальній економіці соціальні та медичні послуги становлять приблизно 53% витрат. Розмір державних дотацій на організацію муніципальної системи охорони здоров'я залежить від чисельності населення, його вікової структури, рівнів захворюваності тощо. На думку експертів, охорона здоров'я Фінляндії стала однією з найефективніших у Європі саме завдяки тому, що застосовуються лише ті методи діагностики й лікування, ефективність яких базується на наукових доказах.

Держава не втручається у схему надання медичної допомоги на місцях – усі питання вирішує місцева влада, яка співпрацює з медичними округами. Якість медичного обслуговування безпосередньо залежить від наповнення муніципального бюджету. Водночас місцеві жителі завжди можуть «запитати» у місцевої влади, чому казна порожня.

Щодо лікарняних округів – їх також створюють муніципалітети. Однак округи мають власну нішу відповідальності – за організацію спеціалізованого лікування в конкретному регіоні. Лікарняні округи планують і розвивають систему спеціалізованих медичних послуг таким чином, щоб базова охорона здоров'я та спеціалізоване лікування

утворювали єдиний функціональний комплекс. Лікарняні округи відрізняються за кількістю прикріпленого населення (від 60 тис. до 1,4 млн осіб) залежно від їх географічного розташування. Місцеві муніципальні органи зобов'язані забезпечити фінансування спеціалізованого лікування населення свого округу, у кожному з яких функціонує центральна лікарня з відділеннями основних профілів. Лікарняні округи також відповідають за надані муніципалітетами лабораторні послуги та медичну реабілітацію, координують інші спеціалізовані послуги, контролюють їхню якість, а також діяльність у галузі досліджень і впровадження розробок, дбають про підготовку кадрів, забезпечують сумісність муніципальних медичних інформаційних систем.

Шаблон – не взірець, конкуренція – не панацея

Існує кілька загальноновизнаних переваг охорони здоров'я Фінляндії. По-перше, це взаємна довіра і співпраця медичних установ і відсутність конкуренції між ними. Виявляється, що для користі загальної справи набагато продуктивнішим є синергізм високопрофесійних партнерів, ніж активне розштовхування суперників ліктями. Як приклад – діяльність університетських клінік Фінляндії, де надають високоспеціалізовану медичну допомогу (вузькопрофільна хірургія, лікування рідкісних захворювань тощо). Таких клінік у Фінляндії – 5. По суті, це медичні кластери, до складу яких входять медичні університети, дослідницькі центри і лабораторії, вузькоспеціалізовані госпіталі та лікарні, супутня інфраструктура (наприклад, готелі для пацієнтів). Відсутність конкуренції між клініками пояснюється тим, що вони не дублюють спеціалізовані види медичної допомоги. Наприклад, у Фінляндії є тільки один центр трансплантації органів, так само єдиний центр серцево-судинної хірургії немовлят, один на всю країну центр лікування опіків. Два медичні центри Фінляндії оснащені приладами позитронно-емісійної томографії (ПЕТ).

Серед інших чеснот фінської системи охорони здоров'я експерти відзначають відсутність у ній корупції, одну з найкращих у світі систем статистичних підрахунків (у цьому Фінляндія поступається лише Швеції), низькі адміністративні витрати й витрати на посередників. Ще один плюс – присвоєння кожному громадянину Фінляндії (із самого народження) особистого ідентифікаційного коду, завдяки якому можна отримати всю інформацію про стан його здоров'я.

Фінляндія не діє за шаблоном в організації системи охорони здоров'я. Наприклад, порівняно з іншими розвиненими країнами вона утримує велику кількість ліжок у лікарнях. А їх зменшення відбувається винятково за рахунок перепрофілювання, скорочення термінів післяопераційного лікування, надання переваги амбулаторному лікуванню в центрах психіатричної допомоги (останнім часом має місце різке скорочення чисельності психіатричних лікарень). 62% хірургічних втручань відбувається за схемою: удень пацієнт у лікарні – вночі вдома. У середньому хворий перебуває у стаціонарі протягом 4 діб. Навіть після складних операцій (серцево-судинна хірургія, протезування кульшового суглоба) хворого виписують на 5-ту добу. Після інвазивних операцій на серці багатьох пацієнтів уже в першу добу виписують або додому, або на кілька днів у спеціальний готель (щоб лікар був недалеко, якщо пацієнт приїжджий).

Наразі має місце й тенденція до скорочення відділень невідкладної медичної допомоги – з метою заощадження коштів і зниження навантаження на лікарів.

Центри здоров'я – не тільки просвітницькі

Профілактичні медичні послуги для населення Фінляндії є практично безкоштовними й надаються за добровільним бажанням пацієнта. Муніципалітети відповідальні за проведення скринінгових досліджень, передбачених державною програмою (виявлення раку молочної залози й раку шийки матки, загальне ультразвукове дослідження на ранній стадії вагітності, пренатальний скринінг для діагностики хромосомної патології та вроджених дефектів плода). Водночас муніципалітет може ініціювати й інші скринінгові дослідження.

Приблизно 4% фінських лікарів задіяні в медичному обслуговуванні працівників різних підприємств, здійснюючи там профілактичні заходи та надаючи первинну лікарську допомогу. Кожен роботодавець зобов'язаний організувати для своїх працівників медичне обслуговування через муніципальні центри здоров'я або приватні медичні центри.

Послуги базового медичного обслуговування надаються центрами здоров'я або поліклініками, які підпорядковуються одному муніципалітету чи групі сусідніх муніципалітетів. У центрах здоров'я пацієнти отримують консультації фахівців, послуги стоматологів. Тут працюють жіночі й дитячі консультації, здійснюються профілактичні заходи, контроль за санітарним станом навколишнього середовища, медичне обслуговування підприємств і шкіл. Центри здоров'я можуть значно відрізнятися один від одного. Найбільші серед них – це справжні комплекси, де працюють сотні лікарів і надаються високоякісні послуги за окремими профілями. Проте у віддалених районах функціонують невеликі центри, де лікарям, окрім базових медичних послуг, доводиться надавати ще й екстрену допомогу. При центрах здоров'я функціонують стаціонарні відділення для людей із хронічними хворобами, невелика лабораторія, радіологічне та фізіотерапевтичне відділення. Керівництво такими центрами здійснюють головний лікар і головна медична сестра з вищою менеджерською освітою.

Більшість фінських муніципалітетів працюють за системою «сімейних лікарів» – кожен лікар загальної практики виконує ті функції, які в Україні розпорошені між дільничним терапевтом, амбулаторним хірургом, гінекологом, педіатром, отоларингологом, невропатологом, шкірвенерологом, психіатром (ідеться про рутинні випадки).

Такий лікар («усі в одному») і дві медичні сестри надають медичну допомогу приблизно 2000 осіб. Ця система виявилася досить успішною: вона забезпечує тісний контакт між лікарем і пацієнтом, пришвидшує надання медичної допомоги, зменшує необхідність у госпіталізації хворих з метою їх обстеження, що, у свою чергу, сприяє скороченню витрат. Як приклад – у 160-ти центрах здоров'я, які існують на сьогодні у Фінляндії, виконують малі оперативні втручання загальної хірургії, урології, гінекології. Тут же організовано нагляд за хворими перед плановими (у тому числі й складними) операціями, які здійснюють в окружних лікарнях чи університетських клініках, а також за пацієнтами в післяопераційному періоді. У центрах здоров'я ведеться безкоштовне спостереження за вагітними, жінками з новонародженими, моніторинг стану здоров'я школярів. За прийом «вузького» спеціаліста в центрі здоров'я потрібно платити – зазвичай пацієнт оплачує приблизно 15% вартості послуги.

Якщо потрібне стаціонарне лікування, пацієнт може отримати відповідне направлення тільки через центр здоров'я. Проте, як свідчить статистика, таких хворих не більше 5% – решта вирішують усі свої проблеми на рівні первинної ланки.

Екстрена медична допомога у Фінляндії надається за рахунок аутсорсингу – таких пацієнтів зазвичай обслуговують приватні медичні компанії.

За нормативом, «швидка допомога» у Фінляндії повинна доїжджати до пацієнта максимум за 8 хвилин, хоча насправді досягти такого «рекорду» не завжди вдається. Із 2013 року за роботу служби «швидкої» відповідають не муніципалітети, а медичні округи.

Медичне страхування – під крилом держави

Для кожного жителя Фінляндії передбачено обов'язкове страхування на випадок хвороби, яке фінансується за рахунок держави, муніципалітетів і роботодавців, а також за рахунок податків застрахованих громадян. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено все населення країни. Його надає Управління соціального забезпечення (KELA). Державне соціальне страхове агентство компенсує пацієнту 1/3 вартості відвідування лікаря приватної клініки; вартість ліків за рецептом; витрати на проїзд до місця лікування; втрату заробітку за період непрацездатності (компенсація починає нараховуватися за 9 робочих днів із дня захворювання); кошти, витрачені на реабілітацію, якщо захворювання

або травма загрожує працездатності чи ускладнює роботу пацієнта. KELA також здійснює спеціальні виплати по догляду за хворою дитиною.

З фонду медичного страхування по догляду за хворими клієнту виплачується компенсація медичного обстеження і лікування, встановленого приватними лікарями та стоматологами, а також компенсація гонорарів і платежів за встановленими тарифами. Частку, яка перевищує встановлений тариф, клієнт доплачує сам.

З фонду страхування трудових доходів виплачується добова допомога з непрацездатності, допомога на реабілітацію, виплати на спеціалізований догляд, а також допомога по материнству й батьківству. Окрім цього, із джерел страхування трудових доходів компенсується частина витрат на охорону здоров'я працівників, яку організовують їхні роботодавці та підприємці. Послуги служби гігієни праці для фізичних осіб є безкоштовними.

У Фінляндії сформовано систему часткової компенсації вартості ліків. Існують три ставки реімбурсації: базове відшкодування (35% від рекомендованої референтної ціни); середня межа спеціального відшкодування (65%); вища межа спеціального відшкодування (100% вартості) – у разі, якщо пацієнт бажає замінити лікарський засіб на дешевший аналог, здійснюється доплата €3. Якщо хворий купує багато ліків (наприклад, у 2013 році це була сума понад €670 на рік), він може отримати додаткову компенсацію – із часу повідомлення KELA про неї і до кінця року пацієнт сплачуватиме тільки €1,50 за один лікарський засіб.

Роль приватних страхових медичних компаній у Фінляндії незначна. Лише 5% дорослих і 30% дітей мають поліси добровільного медичного страхування, яке розвинене практично тільки у великих містах. Так само приватна медицина займає незначний сектор у загальній системі охорони здоров'я Фінляндії (їй належить лише 4% ліжок-місць від загального їх обсягу). Власники більшості недержавних клінік – приватні інвестори. Утім, приватний сектор також отримує гроші по лінії медичного соціального страхування KELA. До речі, у Фінляндії заборонені приватні медичні послуги в галузі акушерства, трансплантації, дитячої онкології, хірургії головного мозку.

Принцип справедливості – домінуючий

Із пацієнта може стягуватися плата за муніципальні соціальні й медичні послуги, якщо їх безкоштовне надання не обумовлено окремо. Залежно від виду цих послуг клієнтська плата може бути або однаковою для всіх, або ж визначатися на підставі доходів і чисельності родини.

Муніципалітети на власний вибір можуть використовувати нижчі ставки або надавати відповідні послуги безкоштовно, водночас вони пильно стежать за тим, щоб із пацієнтів не стягували плату за послуги, яка перевищуватиме їхню собівартість.

Розмір клієнтської плати встановлюється законом і нормативним актом, і ця норма переглядається щодва роки. Наприклад, можуть встановлюватися незначні доплати за лікування та діагностику в державних ЛПУ, при покупці полісів добровільного страхування, при зверненні до приватних лікарів тощо. Водночас у Фінляндії існує безліч пільг щодо таких доплат. Наприклад, від них звільнені пенсіонери, особи до 18 років, хворі на онкозахворювання, вірусні гепатити та деякі інші недуги.

Утім, решта пацієнтів аж ніяк не нарікають на необхідність таких доплат. Вони добре розуміють, куди держава спрямовує ці та інші кошти. Наприклад, на оплату праці медичних працівників витрачається понад 2/3 медичного бюджету. Лікарі у Фінляндії отримують зарплату від 2,8 тис. до 10 тис. євро (при середній заробітній платі в країні, за даними 2012 року, 3206 євро – без урахування прибуткового податку, який вираховується за прогресивною шкалою і становив на цю суму 800 євро). Причому найбільшу зарплату – 10 тисяч євро – заробляють не ті, хто керує, а ті хто «мурує», тобто не очільники лікувальних закладів, а рядові лікарі, які обслуговують населення, «розкидане» по території округів іноді на сотні кілометрів. Ось такі вони, фіни, невинуваті прихильники

справедливості й порядку. Тому й надалі збираються удосконалювати свою систему охорони здоров'я.

У найближчі роки у Фінляндії відбудеться її «перезавантаження», яке включатиме, зокрема, і структурну реформу муніципального обслуговування (на підставі оновленого закону про муніципалітети). Зміниться структура надання й фінансування послуг соціального забезпечення та охорони здоров'я (планується прийняття закону про організацію таких послуг). Однак Уряд Фінляндії не переглядатиме основні позиції – муніципалітети й надалі нестимуть основну відповідальність за організацію соціальної та медичної допомоги населенню. Ті муніципалітети, які не в змозі впоратися з таким завданням самостійно, зможуть утворювати спільні регіони соціального та медичного обслуговування.

Реформа покликана зменшити бар'єр між базовою і спеціалізованою медичною допомогою, тож під відповідальність муніципалітетів буде передано й надання значної частини спеціалізованої медичної допомоги. Водночас буде поліпшено механізм взаємодії між підрозділами охорони здоров'я та соціального забезпечення. Нинішні лікарняні округи будуть об'єднані у п'ять підрозділів особливої відповідальності, завданнями яких залишиться надання спеціалізованої медичної допомоги, а також виконання певних функцій планування й управління (як органу влади). Більше уваги приділятиметься локальним медичним послугам (це послуги вдома, електронні послуги через Інтернет або ж нові види спільних послуг різних суб'єктів). Їх можна буде надавати як у стаціонарному пункті обслуговування, так і мобільно, «на колесах».

У рамках загального реформування переглядаються й нормативи перебування пацієнтів у стаціонарі, що допоможе заощадити муніципальні витрати на медичне обслуговування. Однак основною метою реформування є не тільки й навіть не стільки заощадження коштів (бо ж добре відомо, що скупий платить двічі), як найповніше задоволення потреб населення країни в якісних медичних послугах і в тому, щоб медицина не лише рятувала від хвороб, а й запобігала їх розвитку.