

Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні

Приятельчук О.А.

кандидат економічних наук,
доцент кафедри міжнародного бізнесу
Інституту міжнародних відносин

Київського національного університету імені Тараса Шевченка

У статті розглядається один із механізмів реалізації превентивної моделі загального добробуту, концепція якої поширена на території всього Європейського Союзу. Країни Скандинавського регіону надзвичайно успішно впроваджують на практиці основні принципи цієї моделі. Хоча загальне середовище та розроблення конкретних заходів відповідної соціально-економічної політики в межах цього регіону є досить специфічним. Охорона здоров'я є вагомим частком загальної системи соціального захисту регіону, успішне функціонування якої є запорукою досягнення сталого розвитку.

Ключові слова: соціальна економіка, соціальна політика, модель загального добробуту, превентивна політика, система охорони здоров'я.

Приятельчук Е.А. СИСТЕМА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ КАК МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ ОБЩЕГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ В СКАНДИНАВСКОМ РЕГИОНЕ

В статье рассматривается один из механизмов реализации превентивной модели общего благосостояния, концепция которой распространена на территории всего Европейского Союза. Страны Скандинавского региона чрезвычайно успешно внедряют на практике основные принципы этой модели. Хотя общая среда и разработка конкретных мероприятий по реализации соответствующей социально-экономической политики в рамках этого региона являются достаточно специфическими. Охрана здоровья – это существенный элемент общей системы социальной защиты в регионе, успешное функционирование которой выступает основой устойчивого развития.

Ключевые слова: социальная экономика, социальная политика, модель общего благосостояния, превентивная политика, система охраны здоровья.

Pryyatelchuk O.A. HEALTH PROTECTION SYSTEM AS A MECHANISM OF IMPLEMENTATION OF GENERAL WELFARE MODEL IN THE SCANDINAVIAN REGION

The article discusses one of the mechanisms for the implementation of the preventive general welfare model, the concept of which is widespread throughout the European Union. The countries of the Scandinavian region are extremely successfully implementing in practice the basic principles of this model. Although the general environment and the development of specific measures for the implementation of relevant socio-economic policies in this region is quite specific. Health protection is an essential element of the overall system of social protection in the region, the successful functioning of which is the basis of sustainable development.

Keywords: social economy, social policy, general welfare model, preventive policy, health care system.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Реформування системи охорони здоров'я в країнах Скандинавського регіону є черговим етапом побудови змішаної ринкової системи соціальної економіки, покликаної досягнути позитивних зрушень у напрямі сталого розвитку національних економік, Скандинавського регіону та світової спільноти загалом. Характерною для регіону рисою до недавнього часу була централізація влади та бюджетне покриття видатків на фінансування цільових проектів у цій сфері. Однак нагальною тенденцією стала децентралізація

в межах окремих країн, а визначення пріоритетних загальних сфер, фінансування розроблення та програм соціального захисту в яких здійснюється, на противагу, винятково на регіональному рівні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження в цій сфері є прерогативою науковців, що спеціалізуються на вивченні Північного регіону, а також фахівців окремих відомств Європейського Союзу, що аналізують наявну практику функціонування сфери надання соціальних послуг та оцінюють перспективи окремих напрямів їх реструктуриза-

ції. Профільним у цій сфері є *Nordic Journal of Health Economics*, який оприлюднює останні результати досліджень у сфері охорони здоров'я, зокрема таких науковців, як: Нолте (Nolte E.), МакКее (McKee M.), Іверсен (Iversen T.), Єловек (Jelovac I.) та інші.

Формулювання цілей статті. Основною метою дослідження стало вивчення особливостей сучасної трансформації системи охорони здоров'я країн Скандинавського регіону, що являють собою успішний приклад реалізації моделі соціальної економіки.

Виклад основного матеріалу. Характерною рисою системи охорони здоров'я в країнах Скандинавського регіону є координація, що реалізується на різних рівнях та в багатьох формах прояву. У деяких аспектах побудови системи охорони здоров'я країни регіону використовують аналогічний підхід, однак є низка відмінностей, зокрема рівень загальнодержавної координації в Фінляндії та Швеції є значно нижчим порівняно з іншими країнами регіону.

Наявна система охорони здоров'я стикається з багатьма аспектами координації, такими як розподіл бюджетних асигнувань та сфер діяльності всередині системи державних лікарських закладів, реалізація програм лікування людей із хронічними захворюваннями (наприклад, діабетом), координація діяльності рівнів первинної та вторинної медичної допомоги, реалізація права громадян обирати різних постачальників цього виду соціальних послуг.

Система охорони здоров'я являє собою специфічний ринок із властивими йому ієрархією, організаційною системою, правилами та мережевими ланцюгами координації та співпраці. Здебільшого координаційні механізми визначаються національним середовищем їх існування, тому й суттєво відрізняються в окремих країнах регіону. Однак пріоритетними спільними аспектами функціонування національних систем охорони здоров'я країн Скандинавського регіону залишаються: координація між лікарнями та визначення сфер їхньої діяльності; координація між службами загальної практики та спеціалізованими центрами допомоги; координація медичної допомоги для хворих з онкологічними захворюваннями; координація надання медичних послуг хворим із хронічними захворюваннями, зокрема діабетом; координація надання довгострокової медичної допомоги особам літнього віку.

Систему охорони здоров'я, властиву країнам регіону, можна описати своєрідною

системою трипаратизму: медичне забезпечення (надання соціальних медичних послуг), медичне страхування та власне пацієнт [1, с. 41–55].

У межах трикутника відносин здійснюються фінансові потоки, в усіх інших напрямках – обмін послугами. Населення попередньо оплачує медичні послуги як громадяни, а також отримує та оплачує послуги в ролі пацієнтів. Передплата здійснюється у вигляді страхових або податкових платежів. Медичні заклади надають послуги пацієнтам та отримують платежі від страховика та пацієнта. Системі державних регуляторів делеговано прийняття рішень, запровадження та реалізація контрольних обмежень, запровадження правил та механізмів функціонування системи охорони здоров'я загалом.

Загальнообов'язкове медичне страхування та система охорони здоров'я, що функціонує на основі асигнувань із державного та місцевого бюджетів, одночасно з додатковим приватним страхуванням є характерною рисою країн Скандинавського регіону. Обсяги та форми фінансових потоків від пацієнта до суб'єктів надання (постачальників) соціальних медичних послуг визначаються та корелюються державними органами на національному рівні (як у Фінляндії) або ж є децентралізованими (як у Швеції). Постачальникам медичних послуг виступають медичні установи як первинного рівня надання допомоги, так і спеціалізовані заклади. Доступ до спеціалізованих закладів медичних послуг частково обмежений. За наявності невеликих гострих проблем зі здоров'ям спочатку звертаються до багатoproфільних спеціалістів первинного рівня допомоги; у разі травм або гострих захворювань спочатку звертаються до універсальних лікарень (створених при профільних університетах та дослідницьких інститутах), потім направляються до терапевтів первинної допомоги, після чого за необхідності можуть звернутися до вузькопрофільних спеціалістів. Однак за умови наявності хронічних захворювань виникає необхідність координації великої кількості постачальників медичних послуг задля надання комплексної допомоги.

Координація комплексної допомоги за наявності хронічного захворювання називається інтегрованою медичною допомогою або управлінням хворобою. Незалежно від загальної національної концепції побудови системи охорони здоров'я, основною метою інтегрованої моделі є забезпечення високого рівня надання медичних послуг пацієнтам із

хронічними хворобами. Інтегрована модель передбачає побудову багатокомпонентних мереж на засадах співпраці, координації, інтеграції та безперервності [2]. Держава ж забезпечує впровадження координаційних механізмів та їх систематичну оцінку. Таксономія цієї інтеграційної моделі є винятковою прерогативою урядів окремих країн регіону. Прикладом такої організаційної інтеграції є вибудована контрактна система співпраці між медичними закладами, а також структурна інтеграція, що передбачає узгодження завдань та сфер діяльності організацій та окремих працівників медичної сфери.

Властивими країнам Скандинавського регіону координаційними механізмами системи охорони здоров'я є: пряме регулювання на системному рівні; співфінансування системи медичного забезпечення (державні асигнування, загальнообов'язкове страхування, приватне страхування); чітка організація та ієрархія; стійкі професійні мережі.

Система охорони здоров'я країн регіону має багатоступеневу децентралізовану структуру. Її компоненти не є ексклюзивними, тобто передбачається можливість делегування та взаємозаміщення з метою підтримки сталого функціонування системи. Наприклад, універсальні багатопрофільні медичні працівники першого рівня допомоги в одних країнах зобов'язані здійснювати постійний безперервний медичний нагляд за пацієнтами, тоді як в інших – у разі необхідності такі послуги передбачені за умови додаткового їх фінансування із загального фонду медичного страхування.

Наявні норми медичного забезпечення в тій чи іншій країні залежать від наявних професійних норм, пріоритетів надання медичних послуг, наявних фінансових ресурсів. В окремих випадках певні механізми можуть суперечити один одному. Зокрема, стандартизація робочого процесу часто суперечить вимогам щодо автономії медичних закладів та окремих працівників. Прикладом суперечливої координації окремих механізмів системи охорони здоров'я Норвегії є оплата наданих клієнту медичних послуг за місцем їх отримання зі спеціальних фондів загальнообов'язкового страхування та існування пріоритетності фінансування окремих медичних закладів за специфікою їхньої діяльності. Тому набір, методи регулювання та механізми координації окремих елементів системи охорони здоров'я в окремих країнах мають відрізнятися з урахуванням особливостей національної податкової, бюджетної, медичної системи,

а також пріоритетних напрямів надання соціальних послуг.

До найбільш розповсюджених у країнах регіону пріоритетних координаційних механізмів відносяться: координація структури медичних закладів відповідно до сфери діяльності лікарень; координація механізмів руху пацієнтів та фінансових засобів їх забезпечення між первинною та спеціалізованою ланками допомоги; координація діагностики та лікування раку; координаційні механізми підтримки хронічних хворих, зокрема на сахарний діабет; координація довгострокової допомоги особам похилого віку тощо.

Координація структури медичних закладів здійснюється з урахуванням розширення масштабів соціальних послуг, надання яких забезпечується їхньою діяльністю. Більш складні комплексні процедури (медичні послуги) надаються обмеженим колом суб'єктів медичної системи обмеженої кількості пацієнтів. У всіх країнах Скандинавського регіону є ієрархія лікарень від місцевих громадських до універсальних комплексів. Структурна координація, визначення напрямів діяльності, спектрів надання медичних послуг та методів лікування дозволяє максимізувати ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Наприклад, оптимальний персональний склад окремої лікарні забезпечує високу якість надання послуг; інфраструктура медичних закладів дозволяє надавати послуги пацієнтам навіть у найбільш віддалених районах.

У Данії практично всі лікарні перебувають у власності місцевих громад та регулюються органами місцевої влади. Однак загальнодержавним координаційним органом у цій сфері виступає Агентство з охорони здоров'я та лікарських засобів Данії (Danish Health and Medicines Agency). Агентство висуває вимоги до функціональних аспектів діяльності медичних закладів та контролює їх виконання. Діяльність лікарень здійснюється в двох напрямках: загальний та спеціалізований, який визначається величиною цільової групи споживачів (пацієнтів), складністю виконуваних завдань та вимогами до наявних ресурсів. Основний спектр послуг (близько 90%) надається всіма медичними закладами країни. Агентство ж займається координацією напрямів діяльності вузької спеціалізації. Вузько спеціалізовані послуги першого рівня надаються 1–3 лікарнями в межах окремих регіонів; другого рівня – 1–3 лікарнями країни; третій організаційний рівень знаходиться

на стадії розроблення. Четвертий додатковий рівень передбачає організацію лікування громадян закордоном у надзвичайно важких випадках.

Система медичних закладів *Фінляндії* розділена на 21 незалежний округ, у межах яких приймаються управлінські рішення щодо спрямування інвестицій у спорудження необхідної інфраструктури, закупівлю устаткування та ліків тощо. Однак централізоване урядове регулювання окремих аспектів здійснюється профільним міністерством на загальнодержавному рівні, під управлінням якого знаходяться п'ять державних загальнопрофільних лікарень та низка закладів вузької спеціалізації. Крім того, Міністерство визначає стандарти якості надання медичних послуг та встановлює низку норм для функціонування профільних установ (наприклад, встановлена мінімальна кількість пологів (1000 за рік в одній лікарні), що дає можливість і в подальшому надавати цей вид медичних послуг.

В *Ісландії* управління системою охорони здоров'я є повністю централізованим. Міністерство охорони здоров'я приймає рішення щодо всіх медичних закладів і несе відповідальність за повноту та якість їх виконання, акумулює кошти та здійснює інвестиції, перерозподіляє фінансові потоки, відповідає за координацію між установами галузі. Специфіка координації в межах системи охорони здоров'я пояснюється невеликою кількістю наявного населення в країні. Таким чином, система вузько спеціалізованих послуг надається через обмежене коло суб'єктів медичного забезпечення. Наприклад, спеціалізовані хірургічні операції проводяться лише в багатопрофільній лікарні Landspítali University Hospital. Аналогічним чином Міністерство визначає спектр послуг та методи лікування, що будуть використовуватися в окремих медичних закладах. У 2014 році відбулося злиття всіх регіональних медичних установ, що знаходяться поза столичним округом. Окрім того, відбувається поетапна децентралізація системи управління від рівня міністерства до місцевих громад. Водночас фінансова відповідальність залишається на загальнодержавному рівні [3].

У *Норвегії* ієрархічна структура медичної системи наведена чотирма регіональними округами, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я та медичних послуг. Будівництво об'єктів інфраструктури (нових лікарень), здійснення інвестицій, усі сфери відповідальності та впливу перебувають

у підпорядкуванні місцевих органів управління. Централізована система передбачає можливість впливу Міністерства на рішення окружних відомчих органів та їх скасування. У кінці 1990-х років відбулася структурна реформа медичної сфери. Зокрема, на регіональному рівні відбулося злиття універсальних лікарень у Стокгольмі (Karolinska), Гетеборзі (Sahlgrenska) та Мальме (Skåne). Тепер надання комплексної багатогалузевої допомоги у важких випадках здійснюється на базі однієї великої багатопрофільної лікарні. Головними причинами подібної реструктуризації стала економія на утриманні великої кількості фахівців в одному місці, дефіцит людських ресурсів, кадрів відповідної кваліфікації та концентрація на підвищенні якості послуг, що надаються. Менші лікарні локального рівня здебільшого не здійснюють цілодобового чергування, а проводять обмежене коло планових операцій та надають послуги операційного менеджменту здоров'я, що включає поточні консультації громадян та догляд за людьми похилого віку. На загальнодержавному рівні створено національні центри вузькоспеціалізованих послуг (зокрема, трансплантації, дитячої хірургії та кардіології) та шість регіональних ракових центрів, що функціонують на умовах державної підтримки та фінансування. Однак на місцях реформа, спрямована на концентрацію медичних послуг, проходить досить повільно. Значна кількість місцевих медичних центрів й досі провадять цілодобові чергування або здійснюють операції. Це пояснюється наявним попитом на такі послуги серед населення, однак призводять до підвищення їх собівартості, що здійснює додатковий тиск на державний бюджет та спеціалізовані фонди страхування.

Координація механізмів руху пацієнтів та фінансових засобів між первинною та спеціалізованою ланками допомоги. У більшості країн є обмеження доступу пацієнтів до спеціалізованих медичних закладів. Основною ціллю застосування цього підходу є економія витрат самих же пацієнтів. Обов'язковість звернення до ланки первинної медичної допомоги дає змогу визначитися з обмеженим колом процедур та вузьких спеціалістів, до яких слід звернутися. Окрім того, подібні заходи дають змогу зменшити видатки бюджету на утримання вартісних спеціалістів вузької кваліфікації та збалансувати їхню кількість із реальними потребами суспільства в їхніх послугах; а також забезпечити рівномірний розподіл пропозиції цих послуг у

межах окремих країн та регіону загалом, що є невід'ємною умовою реалізації превентивної моделі держави загального добробуту. Однак практична реалізація цих обмежень має досить неоднозначну оцінку її ефективності, оскільки кількість звернень не корелюється напряму зі станом здоров'я пацієнтів, а збільшення навантаження на ланку первинної допомоги нівелює економію, що отримується у вторинному вузькоспеціалізованому секторі [4].

Серед країн Скандинавського регіону найбільш жорстке регулювання здійснюється в Данії та Норвегії, де без візиту до постійного лікаря первинної ланки допомоги, що веде історію хвороби пацієнта (здійснює менеджмент стану здоров'я) та його направлення до спеціаліста вузького профілю взагалі неможливе.

Подібна практика є й у Фінляндії, де направлення до спеціаліста, дозвіл перебування на стаціонарному або амбулаторному лікуванні може надати як лікар первинної допомоги, так і центри здоров'я (як державні, так і приватні), а також приватні практикуючі терапевти. 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 їх вартості.

В Ісландії немає подібної прерогативи інституту оперативного менеджменту здоров'я громадян. Держава не здійснює контроль за приватним сектором надання спеціалізованої вузькопрофільної допомоги. За кожним пацієнтом закріплена фіксована сума коштів, яка в межах здійснених обов'язкових платежів до фонду страхування може бути використана на оплату подібних послуг. Пацієнт самостійно визначає постачальника таких послуг.

У Швеції паралельно функціонує декілька систем надання медичних послуг, характерні риси яких відрізняються залежно від регіону дислокації пацієнта та медичного закладу. Зокрема, в регіоні Сконе (Skåne), як і в деяких інших, діє базовий набір послуг, що охоплює забезпечення медикаментами, відвідування центрів надання первинної медичної допомоги та проведення діагностики (передбачене контрактом на обов'язкове медичне страхування). Через обмеження фінансового забезпечення таких програм (базового набору послуг) додаткове відвідування вузькопрофільних спеціалістів здійснюється за рахунок додаткових коштів пацієнта. Окрім того,

системи страхування усіх регіонів Швеції передбачають виплату штрафів або значне підвищення вартості послуг вторинної ланки медичного забезпечення в разі самовільного, без направлення, звернення до спеціалістів. На противагу є додаткові матеріальні стимули для пацієнтів, що регулярно відвідують лікарів первинної консультаційної ланки, здійснюють валеологічні заходи та попереджають виникнення серйозних проблем зі здоров'ям і необхідність звернення до спеціалістів у важких випадках.

Координація діагностики та лікування раку. Зазвичай діагностика та лікування раку є комплексом багатопрофільних медичних послуг. Правильна координація діяльності провайдерів має визначальний вплив на якість надання відповідних послуг. Характерним для країн Скандинавського регіону є здійснення координації шляхом побудови інтегрованих мереж догляду. Вперше подібна практика була запроваджена в 2007 році в Данії, що стало основою її поширення в подальшому серед усіх країн регіону. Ця модель передбачає чітку організацію процедур діагностики та лікування цього захворювання, регламентацію часових та організаційних меж їх реалізації. Інтегровані мережі передбачають чітку регламентацію, затверджену на загальнонаціональному рівні, процедур, пов'язаних із діагностикою, лікуванням та реабілітацією. Досконала організація процедур в інтегрованих мережах спрямована на скорочення часових меж між діагностикою та початком лікування задля максимізації позитивного ефекту. Окремо передбачені заходи контролю якості виконання цих процедур усіма їх постачальниками, учасниками процесу їх реалізації.

Заразі система охорони здоров'я Данії нараховує 32 інтегровані мережі, що охоплюють усі медичні заклади країни. Діяльність лікарень, залучених до цих інтегрованих мереж, централізовано регламентується спеціальним органом (Sundhedsdatastyrelsen), який акумулює через Національний реєстр пацієнтів усі дані, на основі яких здійснює моніторинг, аналітику, контроль, нагляд та адміністрування цієї сфери. Окрім того, дані Реєстру використовуються для ведення статистики та здійснення порівняльного аналізу ситуації всередині країни та в межах регіону загалом.

У Фінляндії відповідальність за онкологічних хворих несуть муніципалітети, що пояснює існування значних регіональних відмінностей

реалізації лікарняних процедур в окремих округах. На національному рівні видаються рекомендації з регламентації діяльності секторів первинної та спеціалізованої допомоги, однак єдиний регулюючий орган відсутній, весь спектр послуг покладено на осередки регіональної влади.

Пряме регулювання цього сектору відсутнє і в Ісландії. Спеціалізовані медичні послуги надаються так званими мультидисциплінарними командами, до складу яких входять онколог, хірург, лікар із променевої терапії та патологоанатом. Міністерство охорони здоров'я здійснює координацію діяльності цих команд, що мають здійснювати моніторинг, діагностику та лікування онкологічних хворих.

У Норвегії запроваджені інтегровані мережі (28 відповідно до різновиду захворювання в цій сфері), аналогічні наявним у Данії. Кожна мережа містить чітко систематизовану систему інструкцію всіх етапів діагностики та лікування, а також часові рамки їх реалізації. До того ж, чітко регламентуються дії фахівців первинної допомоги в разі виникнення необхідності подальшої діагностики в спеціалізованих центрах, а також сфера відповідальності всіх залучених до цього процесу суб'єктів.

У Швеції в 2010 році було засновано шість регіональних онкологічних центрів, що діють під централізованим керівництвом, однак суттєво відрізняються специфікою реалізовуваних програм. На національному рівні координація передбачає створення належних умов щодо обміну досвідом, концентрації послуг та регламентації їх якості. З 2016 року, за прикладом Данії, відбувається централізоване регулювання функціонування всіх створених інтегрованих мереж в цій сфері.

Координаційні механізми підтримки хронічних хворих, зокрема на сахарний діабет. Підтримка хронічно хворих передбачає координацію діяльності одразу великої кількості провайдерів послуг у цій сфері. Чітка багатовекторна координація є запорукою високої якості послуг. Є суттєві відмінності в практиці координації механізмів підтримки хворих на такі хронічні хвороби, як діабет, астма, туберкульоз тощо. Зокрема, у Фінляндії та Швеції основні потреби задовольняються медичним персоналом нижчого рівня (медсестрами), тоді як у Данії та Норвегії до цієї сфери залучено значно більше фахівців, а додаткові фінансові потоки спрямовані на універсальних фахівців первинної ланки медичної допомоги.

У Фінляндії обов'язки координації механізмів підтримки хронічних хворих покладено на місцеві лікарні та муніципалітети, а основними постачальниками цього виду медичних послуг виступають санітарні центри та відділення професійної допомоги. Уряд здійснює моніторинг та контроль за реалізацією цих процесів, основні вимоги до яких затверджено в 2013 році.

В Ісландії діють три незалежні контрагенти надання послуг у цій сфері (ендокринологічний амбулаторний відділ центральної лікарні, медичні центри первинної медико-санітарної допомоги та незалежні приватно практикуючі фахівці), діяльність кожного з яких на загальних підставах регулюється профільним міністерством, а пацієнти обирають постачальника, виходячи з конкурентних переваг запропонованих ним послуг. Чітких мережевих структур процедур не регламентовано, що унеможлиблює централізовано контролювати якість наданих послуг.

У Норвегії оновлені рекомендації щодо організації процедур лікування були затверджені в 2016 році, однак чіткої координації та централізованого регулювання діяльність цієї сфери не передбачає. Співпраця та координація роботи первинного та спеціалізованого секторів медичних послуг не реалізовується, кожен контрагент діє відповідно до своєї особисто розробленої програми, що унеможлиблює належний контроль якості послуг, що надаються в цій сфері.

У Швеції функціонує єдиний національний реєстр якості медичних послуг. Одночасно на регіональному рівні здійснюється координація медичних працівників усіх рівнів та секторів, що задіяні в процесі надання медичних послуг пацієнтам із хронічними захворюваннями. Основні функції в цій системі співпраці виконують центри надання первинної допомоги, що здійснюють діагностику та плановий щорічний огляд пацієнтів; за необхідності спрямовують їх до вузькоспеціалізованих центрів для отримання додаткових послуг.

Натомість у Данії система державного регулювання цього сектора знаходиться на етапі становлення, чіткі механізми не досить розроблені.

Координація довгострокової допомоги особам похилого віку. В умовах специфічної демографічної ситуації, властивої зараз більшості промислово розвинутих країн світу, зокрема скорочення народжуваності, подовження тривалості життя, підвищення його якості, старіння нації тощо, особлива увага

у формуванні превентивної моделі загального добробуту надається аспект координації довгострокової допомоги, особливо особам похилого віку, як невід'ємного складника досконалої системи охорони здоров'я. Подібна тенденція властива й країнам Скандинавського регіону.

Особливістю системи довгострокової допомоги є необхідність надання цілого комплексу послуг, оскільки основні користувачі – особи похилого віку – зазвичай мають цілий перелік хронічних захворювань, необхідність планових оглядів та часті випадки гострих ситуацій, які вимагають госпіталізації. Такі характерні риси мають бути враховані в процесі побудови координаційних механізмів налагодження системи послуг довгострокової допомоги.

Умова залучення великої кількості контрагентів до цих процесів та важка прогнозованість, які саме послуги будуть користуватися підвищеним попитом, потребує чіткої координації з метою одночасного надання послуг високої якості та ефективного управління ресурсами, організації їх цільового перерозподілу.

У Данії відповідно до Закону про консолідацію соціальних послуг гарантоване право кожному громадянину похилого віку, що має розлад фізичних або психологічних функцій, отримувати допомогу, розміщення, догляд та лікування у спеціальних будинках, що перебувають у регіональному відомстві муніципалітетів. Усі аспекти медичного догляду регулюються відповідно до Закону про охорону здоров'я. Забезпечення реабілітаційного процесу після виписки хворих також лежить у сфері відповідальності муніципалітету. У межах окремих регіонів діють угоди про координацію, що корелюють відносини між муніципалітетом та місцевими лікарнями.

У Фінляндії послуги довгострокової допомоги надаються приватними структурами, медсестринськими будинками (будинками довгострокової допомоги), центрами первинної медичної допомоги, стаціонарними відділеннями медичних центрів. Діяльність всіх контрагентів регулюється муніципалітетами, в той час як надання гострої медичної допомоги забезпечується районними лікарнями. Органи місцевого самоврядування встановлюють норми відповідних процедур на регіональному рівні, тому є безліч відмінностей практичної реалізації цих процесів у межах країни. Зокрема, муніципалітети великих районів (Kainuu, Eksote) перебрали 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.

В Ісландії медсестринські будинки довгострокової допомоги, так само як і всі медичні заклади, зокрема стаціонарні реабілітаційні відділення, перебувають під централізованим урядовим регулюванням і фінансуються винятково з державного бюджету. Стаціонарна реабілітаційна допомога за межами медичних закладів координується неприбутковими організаціями за контрактами на обслуговування, укладеними з національним бюро медичного страхування (Icelandic Health Insurance). Надання адресної допомоги, пов'язаної з доглядом за людьми похилого віку не в спеціалізованих установах, а вдома, фінансується з місцевих бюджетів та координується регіональними муніципалітетами. Наявною є співпраця та координація зусиль між медсестринськими будинками (будинками для престарілих) та універсальними багатопрофільними лікарнями.

У Норвегії організація довгострокової допомоги та медичні послуги здійснюються на різних рівнях управління. Фінансування процедур довгострокової допомоги здійснюється з місцевих бюджетів, медичних послуг – з державного. З 2012 року лікарні та муніципалітети зобов'язані укласти договори про співпрацю задля ефективною реалізації координаційних процесів у цій сфері.

У Швеції відповідно до законодавства вся відповідальність з організації та фінансування довгострокової допомоги покладається на місцеві муніципалітети. Їхня діяльність здійснюється в тісній співпраці з медичними закладами, оскільки координувати діяльність лікарів напряду муніципалітетам заборонено. Подібна практика дозволяє зменшити навантаження на центри первинної допомоги, що зобов'язані надавати медичні послуги особам похилого віку. Значною проблемою шведської моделі координації механізмів довгострокової допомоги є так зване блокування ліжкомісць у лікарнях місцевими муніципалітетами, що здійснюється внаслідок укладення угод між ними та лікарнями й зобов'язанням утримання певної кількості часто незайнятих ліжкомісць на випадок виникнення потреби виконання договірних відносин. Вирішення

цієї проблеми пов'язано з удосконаленням та підвищенням ефективності даних процесів у межах національної системи охорони здоров'я.

Таким чином, очевидно, що серед існуючих в окремих країнах регіону моделей охорони здоров'я є низка як спільних рис, так і принципово відмінних принципів їх реалізації. Загалом усі вони спрямовані на реалізацію загальноприйнятої превентивної моделі загального добробуту, досягнення високої якості життя та добробуту всіх громадян, незалежно від їх фінансових можливостей, фізичного та психологічного стану здоров'я [5, с. 2247–2255].

Механізм прямого регулювання характерний для всіх країн Скандинавського регіону. Наявними є відмінності в ступені координації в межах системи охорони здоров'я. Так, у Швеції та Фінляндії досить низький рівень загальнонаціональної координації інфраструктури медичних закладів; в Ісландії найнижчий рівень координації між ланками первинної та спеціалізованої медичної допомоги; у Швеції фінансові потоки напряму залежать від координації між первинною та спеціалізованою допомогою; в Данії та Норвегії поширене пряме регулювання сфери медичних та соціальних послуг тощо.

Пріоритетним напрямом у розвитку сфери охорони здоров'я для всіх країн регіону є діагностика та лікування раку, що пояснюється обсягами поширення цих захворювань серед населення регіону (топ-5 країн із найвищим рівнем поширення раку: 1. Данія (338,1 на 100 тисяч); 2. Франція (324,6); 3. Австралія (323,0); 4. Бельгія (321,1); 5. Норвегія (318,3)). Централізоване регулювання цих процесів характерне для Данії, Норвегії та Швеції. Окрім того, передбачена досить жорстка система адміністративних покарань та фінансових штрафів у разі порушення регламентованих процедур.

Щодо координації діагностики та лікування хронічних захворювань здебільшого національні системи досить слабкі, регулювання здійснюється переважно на регіональному рівні, майже відсутній контроль якості послуг, що надаються в цій сфері.

У сфері координації довгострокового догляду, зокрема за людьми похилого віку, є проблема недостатньої гнучкості та оперативності національних систем державного регулювання. В Данії, Норвегії та Швеції розділені

ланки довгострокового догляду та медичних лікарняних послуг. Загальнообов'язковою є договірна система координації між державою, регіональними лікарнями та муніципалітетами з метою підвищення ефективності функціонування цієї сфери. Найнижчий рівень координації, децентралізація управління спостерігається у Фінляндії та Швеції, що пояснюється переважанням приватної власності медичних закладів та особистої оплатності медичних послуг пацієнтами (тобто постачальників цих послуг обирають самі пацієнти на засадах ринкової конкуренції).

Висновки. Координаційні механізми, побудова інтегрованих мереж на практиці визнані найбільш дієвим методом досягнення основних цілей превентивної моделі загального добробуту – справедливий розподіл благ, охорона здоров'я всіх членів суспільства за умови збереження належного (низького) рівня вартості медичних та інших соціальних послуг.

Однак окремі емпіричні дослідження [6, с. 177–188] свідчать про низьку результативність координаційних механізмів інтегрованих мереж. Так, ефективність застосування інтегрованих мереж об'єднання фінансових та надання комплексних медичних послуг дорівнює нулю, оскільки не демонструє жодних зрушень в аспекті поліпшення стану здоров'я громадян, зменшення частоти звернень до медичних закладів або зниження видатків на їх утримання. Часто нерівномірний розподіл фінансових потоків може привести до виникнення конфліктів у межах професійних груп, що стане перепорою ефективної реалізації та подальшої реструктуризації національних моделей охорони здоров'я.

Недостатня кількість методів контролю якості медичних послуг та відсутність стандартизованих, перевірених інструментів оцінки ефективності реалізації побудованих у межах моделей координаційних інтегрованих мереж унеможлиблює не лише оцінку наявних моделей, а й розроблення пріоритетних напрямів їх реструктуризації та удосконалення.

Загалом спільні проблеми країни Скандинавського регіону вирішують досить подібними координаційними методами, хоча і є певні відмінності в рівні централізації управління, державного забезпечення та широти використання ринкових механізмів функціонування системи охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. T. Iversen et al. / *Nordic Journal of Health Economics*, Vol. 4 (2016), No. 1.
2. Nolte, E., McKee, M., (eds). (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Open University Press, Berkshire, England.
3. Ministry of Social Affairs and the Interior(2016). *Consolidation Act on Social Services*, Consolidation Act no. 1093 of 5 September 2013. Available [363/consolidation-act-on-social-services.pdf](#) (2nd March 2016).
4. Jelovac, I.(2014). *Primary Care, gatekeeping and incentives*. In A.J. Culyer (ed): *Encyclopedia of Health Economics* Volume 3(142-145).Amsterdam: Elsevier Science.
5. Osborn, R., Moulds, D., Squires,D., Doty, M. M., Anderson, C.(2014). *International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care*. *Health Affairs*,33.
6. Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., and Chalkley, M.(2014). *Integrating funds for health and social care: an evidence review*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20.

REFERENCES:

1. T. Iversen et al. / *Nordic Journal of Health Economics*, Vol. 4 (2016), No. 1.
2. Nolte, E., McKee, M., (eds). (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Open University Press, Berkshire, England.
3. Ministry of Social Affairs and the Interior(2016). *Consolidation Act on Social Services*, Consolidation Act no. 1093 of 5 September 2013. Available [363/consolidation-act-on-social-services.pdf](#) (2nd March 2016).
4. Jelovac, I.(2014). *Primary Care, gatekeeping and incentives*. In A.J. Culyer (ed): *Encyclopedia of Health Economics* Volume 3(142–145).Amsterdam: Elsevier Science.
5. Osborn, R., Moulds, D., Squires,D., Doty, M. M., Anderson, C.(2014). *International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care*. *Health Affairs*,33.
6. Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., and Chalkley, M.(2014). *Integrating funds for health and social care: an evidence review*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20.