



**USAID**  
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



Фонд Східна Європа



# **Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу)**

Інформаційна довідка, підготовлена  
Європейським інформаційно-дослідницьким  
центром на запит  
народного депутата України

---

Європейський інформаційно-дослідницький центр створено з метою надання народним депутатам України інформації, яка може бути використана ними у законотворчій діяльності. Діяльність Європейського інформаційно-дослідницького центру здійснюється в рамках програми USAID "Рада: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво", що виконується Фондом "Східна Європа". Більше про центр на сайті <http://euinfocenter.rada.gov.ua/>

## Особливості міжнародних систем охорони здоров'я

---

На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі:

- ✓ державна система (*Великобританія*)
- ✓ страхова система (*представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, в деяких країнах Латинської Америки, Японії*)
- ✓ приватна система (*Сполучені Штати Америки*)

Проте у розглянутих країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування.

**Державна система охорони здоров'я** розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у **Великобританії** основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється згори вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Проте існують недоліки державної системи охорони здоров'я, наприклад схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу.

**Страхова система** заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувально-профілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел:

1. Страхові внески підприємців (*відрахування із доходів*).
2. Страхові внески осіб, які працюють (*відрахування із заробітної плати*).
3. Кошти з державного бюджету.

Наприклад, у **Німеччині** діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації – *лікарняні каси*.

**Приватна система медичного страхування** найбільш широко представлена у **США**. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній.

## Республіка Австрія

---

### Особливості системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямку **профілактичної медицини**. У 2005 році Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації

превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами.

## Реформування охорони здоров'я

Метою проведеної у 2005 році реформи охорони здоров'я було створення єдиної мережі стаціонарних та амбулаторних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності. Основним кроком стало створення **Федерального медичного управління** та **Регіональних медичних комітетів**.

**Соціальне страхування** Австрії передбачає послуги у випадках: *захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника*. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів. Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (*наприклад діти*). **98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.**

У разі хвороби застрахована особа має право звернутися до будь-якого лікаря, який працює з даною страховою організацією. Лікар повинен у встановлених економічних межах вибирати те лікування, яке вважатиме за потрібне, або ж направити хворого до іншого фахівця в клініку.

Застрахований має право на лікування в **стаціонарних умовах** без обмежень перебування в клініці. Австрійські лікарні встановлюють два типи вартості подібного лікування – загальну і спеціальну. За кожен день в госпіталі пацієнти зобов'язані заплатити 8-15 євро. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік. Деякі **медичні та медсестринські послуги** надаються на дому. До переліку послуг на дому, які покриває страховка, входять ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим.

Варто зазначити, що страховка покриває лише **психологічні діагностичні процедури**. Психотерапія ж оплачується самим пацієнтом.<sup>1</sup>

## Естонська Республіка

---

### Особливості системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я Естонії до реформи була схожою з українською. До реформи 1990 року в Естонії майже не було приватного медичного сектору,

---

<sup>1</sup> Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. — 127 с., табл. 8. рис. 5.

населенню надавалася безкоштовна медицина. Також були поширені неофіційні платежі за надання медичних послуг.

В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. У відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. За десять років в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам.

## Реформування охорони здоров'я

Реформа і реорганізація системи охорони здоров'я Естонії почалися з 1990 року і відбувалися в кілька етапів. У 1992 році було створено 22 державні фонди медичного страхування в кожному регіоні. Для управління їх діяльністю було створено *Асоціацію фондів медичного страхування*, яка в 1994 році була реорганізована в **Центральний фонд медичного страхування (ЦФМС)**. Це незалежна публічно-правова організація, відповідальна за соціальне медичне страхування.

У 2001 році функції ЦФМС і 22-х регіональних фондів перейшли до семи філій *Фонду медичного страхування*, утворених шляхом злиття регіональних фондів. Об'єднання представництв в кожному регіоні дозволило раціонально використовувати працю кваліфікованих фахівців і знизити управлінські витрати.

Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків. З 1992 року головним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати. На його частку припадає понад 60% всіх витрат на охорону здоров'я. З державного бюджету покривається трохи більше 8% загальних витрат на охорону здоров'я, з муніципальних — близько 2%.

<i>Етап</i>	<i>Способи реалізації</i>	<i>Результати</i>
<b>Перший етап</b> — радикальний. Дії були направлені на зміну фінансування та впровадження пацієнто-орієнтованого підходу	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ впровадження фінансування медичної допомоги за рахунок цільового податку на медичне страхування, який збирали до фондів соціального страхування</li><li>▪ застосування системи договорів між фондами та медичними установами щодо оплати в залежності від обсягу наданих послуг</li></ul>	Автономія медичних установ, свобода в розпорядженні фінансами і кадровій політиці. Реформи призвели до повної перебудови системи охорони здоров'я, створеної в радянський період

<p><b>Другий етап</b> — підвищення ефективності медичних установ; раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів; підвищення відповідальності медичних установ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ визначення правового статусу медичних установ: делегування їм частини фінансових ризиків і забезпечення якості медичних послуг</li> <li>▪ зміна і системність відшкодування витрат на ліки; для більш раціонального витрачання коштів були введені базові ціни</li> </ul>	<p>Реформа була повністю введена в дію <b>протягом 10 років</b>. Результат другого етапу — підвищення якості медичних послуг та їх доступності для населення.</p>
---	--	---

В Естонії використовується система договірних відносин, при якій ФМС укладає договори тільки з обраними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг (*в тому числі з приватних установ*). ФМС зобов'язаний укладати договори з лікарнями (*найчастіше раз на п'ять років*).

**Контроль якості медичної допомоги** входить до функцій ФМС. Головний інструмент контролю — проведення аудитів, комплексної оцінки результатів діяльності медичних установ. Висновки Фонду по кожному аудиту — це не тільки виявлення проблем, а й рекомендації щодо їх усунення. Аудити проводяться спеціалізованими лікарськими асоціаціями.<sup>2</sup>

## Великобританія

### Особливості системи охорони здоров'я

Великобританія є однією з небагатьох європейських країн, де переважна частина (95%) медичних установ належить державі. У цій країні **домінує державна система охорони здоров'я**. Як додаток до неї функціонує приватне страхування та платна медична допомога. Приватним медичним страхуванням користуються **12% населення**, отримуючи доступ до обмежених видів лікування в приватних медичних установах.<sup>3</sup> **Національна служба охорони здоров'я (National Health Service)**<sup>4</sup> об'єднує всі державні медичні установи, контролює і оплачує діяльність багатьох медичних інститутів.

Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є **Департамент охорони здоров'я**. Цей урядовий орган створює і контролює впровадження законів, нормативних актів у медичній галузі. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS.

<sup>2</sup> О международном опыте реформирования системы здравоохранения — <http://bit.ly/2qDMKml>

<sup>3</sup> Системы охорони здоров'я: час змін — <http://bit.ly/2qJdw1n>

<sup>4</sup> National Health Service — <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

Існує також третій тип державних органів, який служить сполучною ланкою між вищезгаданими двома, — **Стратегічне управління охорони здоров'я** (*Strategic Health Authorities*).<sup>5</sup> У середині управління існує 28 установ, що відповідають за певні регіони і забезпечують інтеграцію загальнонаціональних програм на регіональний рівень.

Медичні послуги у Великобританії поділяють на **первинні** (*первинна медична допомога*) та **вторинні** (*спеціалізовані послуги*). Обидві групи послуг надають локальні підрозділи NHS, так звані трасти (*NHS trusts*). Вони підпорядковуються регіональним *Стратегічним управлінням охорони здоров'я*. Залежно від сфери діяльності трасти поділяються на кілька груп, основною з яких є трасти первинної ланки:

1. **Трасти невідкладної допомоги**; до цієї групи належать лікарні швидкої допомоги, пологові будинки, рентген-діагностичні лабораторії.
2. **Трасти забезпечення** працюють одночасно в системі охорони здоров'я та в соціальній сфері, що необхідно при впровадженні програм, які передбачають співпрацю NHS і муніципальної влади.
3. **Трасти психічного здоров'я** організують проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами та ін.

У Великобританії діагностика та лікування багатьох захворювань здійснюється за так званими «клінічними рекомендаціями». Розробкою і публікацією клінічних рекомендацій займається **Національний інститут здоров'я і досконалості медичної допомоги** (*The National Institute for Health and Care Excellence*).<sup>6</sup> Ці документи стосуються захворювань, лікарських засобів, медичних приладів тощо. Всі лікарні NHS повинні враховувати рекомендації. Приватні клініки не зобов'язані дотримуватися цих вказівок.<sup>7</sup>

## Республіка Польща

---

### Особливості системи охорони здоров'я

Охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до **Національного фонду медичного страхування**. У структурі бюджету фонду третину складають внески громадян і 2/3 — державні кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел. Близько **98% населення мають обов'язкове медичне страхування**, яке гарантує доступ до медичних послуг.

---

<sup>5</sup> Strategic Health Authorities — <http://bit.ly/2cj10MW>

<sup>6</sup> National Institute for Clinical Excellence — <https://www.nice.org.uk/>

<sup>7</sup> Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. — 127 с., табл. 8. рис. 5.

З 1989 року рівень і структура фінансування системи охорони здоров'я мали істотні зміни. У період 1995-2009 рр. витрати на охорону здоров'я збільшилися в 5 разів (з 18,5 млрд злотих до 99 млрд). Проте у цей період спостерігалось зростання ВВП. Тому частка ВВП, що виділялася на охорону здоров'я, послідовно виросла всього на 1,9 пункти (з 5,5% від ВВП в 1995 р. до 7,4% від ВВП в 2009).

**Неформальні платежі** на сьогодні залишаються поширеними у країні. Проте їх стає дедалі менше у зв'язку з проведенням серйозних антикорупційних заходів. Порядок оплати праці медичних працівників визначається на основі трудового договору.<sup>8</sup>

### Реформування охорони здоров'я

З 1 січня 1999 року розпочалась реформа медичного сектора. Основні цілі, які стояли перед новою системою охорони здоров'я, та методи реформування:

Основні цілі реформи	Методи реформування
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Децентралізація системи.</li> <li>2. Фінансування охорони здоров'я незалежними фондами медичного страхування (згодом Національним фондом охорони здоров'я).</li> <li>3. Розвиток сімейної медицини.</li> <li>4. Впровадження системи акредитації лікарень.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ удосконалення інформаційної системи;</li> <li>▪ підвищення доступності медичної допомоги;</li> <li>▪ покращення організації та фінансування сектора стаціонарної допомоги (наприклад ініціативи щодо переведення лікарень на комерційну основу);</li> <li>▪ боротьба з корупцією в секторі охорони здоров'я;</li> <li>▪ посилення прав пацієнтів;</li> <li>▪ покращення системи фінансування сектора охорони здоров'я (кілька спроб запровадити добровільне медичне страхування не мали успіху);</li> <li>▪ підвищення якості медичної допомоги (наприклад розробка медичних стандартів).</li> </ul>

Незважаючи на те, що офіційно не передбачено обов'язкового ліцензування постачальників медичних послуг, Національний фонд охорони здоров'я в процесі укладення договорів ставить «додаткові бали» тим постачальникам, які отримали акредитацію і/або сертифікацію ISO9001. Кількість балів впливає на категорію клініки, а остання — на коефіцієнт для визначення вартості медичних послуг. Також були розроблені стандартизовані механізми оцінки рівня задоволеності пацієнтів.

Сьогодні реформа зосередилася навколо **якості послуг**. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів). Однак ці заходи підвищили вартість медичних послуг, що також позначилося на їхній доступності для населення.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> О международном опыте реформирования системы здравоохранения — <http://bit.ly/2qDMKml>

<sup>9</sup> Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. — 127 с., табл. 8. рис. 5.



## Особливості системи охорони здоров'я

У країні введено обов'язкове медичне страхування, яке покриває всі верстви населення, в тому числі безробітних. На сьогоднішній день реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та їх доступності. Реформа в процесі, тому поки складно говорити про досягнутий результат.<sup>10</sup>

## Реформування охорони здоров'я

Кардинальні зміни в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я Словенії почалися в 1992 році. Було введено обов'язкове державне і приватне страхування для громадян країни. Розвиток приватного сектора в медицині дозволив підвищити якість послуг. У 2004 році «Закон про медичне страхування» був приведений у відповідність до директив ЄС, що стало показником його прогресивності та ефективності. **Реформа системи охорони здоров'я ставила перед собою ряд цілей:**

- проголошення загальної **доступності медичних послуг** — кожен громадянин Словенії має доступ до медичної допомоги;
- **солідарність** — всі громадяни вносять свій внесок у фінансування системи в залежності від їх доходів і використовують медичні послуги за потребами;
- **рівність** — доступ до медичної допомоги визначається виключно потребою пацієнта і не залежить від інших чинників (*етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу або платоспроможності*).

У 1992 році було запроваджено медичне страхування і створено **Інститут медичного страхування Словенії** (*Health Insurance Institute of Slovenia, HIIS*).<sup>11</sup> HIIS є єдиною організацією, відповідальною за надання обов'язкового медичного страхування. HIIS має 56 філій у країні, в тому числі 10 на регіональному рівні та 46 на місцевому рівні. До завдань Інституту медичного страхування входять:

- 1) забезпечення обов'язкового медичного страхування;
- 2) укладання договорів медико-санітарної допомоги;
- 3) надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам;
- 4) ведення бази даних і статистики з медичного страхування;
- 5) встановлення ставок для внесків.

---

<sup>10</sup> The healthcare system in Slovenia — <https://www.treatmentabroad.com/destinations/slovenia/healthcare-system-slovenia>

<sup>11</sup> Zavod za zdravstveno zavarovanje — <http://www.zzzs.si/>



У процесі реформи всі застраховані громадяни поділилися на категорії:<sup>12</sup>

Категорії	Страхові внески
Наймані працівники	Внески на медичне страхування вираховуються з їхніх доходів. З 2002 р. вони становлять 13,45% і розподіляються між роботодавцем та працівником
Безробітні	Внески платить Національний інститут з питань зайнятості або ці кошти надаються державою
Пенсіонери	Сплачують внесок у розмірі 5,96% від розміру пенсії
Фермери та ремісники	Платять самостійно 18,78% від зареєстрованого доходу, або 6,89% від базової суми внесків для пенсійного страхування і страхування з інвалідності
Індивідуальні підприємці	Платять 13,45 % від базових доходів з вирахуванням податків
Особи без доходів, ветерани війни	Внески платить держава і муніципалітети

## Федеративна Республіка Німеччина

### Особливості системи охорони здоров'я

Охорона здоров'я Німеччини ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з **державного медичного страхування (ДМС)** і **страхування приватних фондів**. Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку — 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування із спеціальних державних програм (*військовослужбовці, поліцейські*). Станом на 2003 рік лише у 0,2% населення не було жодної медичної страховки.

Фактичний внесок системи ДМС в загальні витрати охорони здоров'я становить понад 60%. Крім цього, кошти надходять від трьох інших складових державної страхової системи (з коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Також кошти надходить з державної скарбниці. Внески в систему ДМС збираються **лікарняними касами** (*незалежні самоврядні організації*). Контроль і управління за їх діяльністю здійснює урядове агентство.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> О международном опыте реформирования системы здравоохранения: Эстония, Германия, Словения, Польша — <http://bit.ly/2qDMKml>

<sup>13</sup> Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. — 127 с., табл. 8. рис. 5.

## Реформування охорони здоров'я

Роки	Основні цілі
1988 р. – середина 90-х рр.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ посилення контролю за витратами у всій галузі</li> <li>▪ вжиття заходів щодо заохочення конкуренції в секторі охорони здоров'я</li> <li>▪ введення цільового страхування та нових пільг</li> </ul>
1996-1997 рр.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ зменшення набору послуг обов'язкового медичного страхування з профілактики і відновного лікування</li> <li>▪ ослаблення обмежень у розпорядженні бюджетними коштами</li> </ul>
1998-2000 рр.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ внесення змін до законодавчої бази шляхом впровадження жорстких заходів щодо стримування витрат у всіх секторах охорони здоров'я</li> <li>▪ удосконалення системи підготовки медичних працівників</li> </ul>
2000-2003 рр.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ скасування скорочення витрат на ліки, право прийняття рішень з цих питань переходило до самоврядних фондів системи державного медичного страхування</li> <li>▪ впровадження методу фінансування лікарень за клініко-витратними групами</li> <li>▪ лікарні зобов'язані мати внутрішні програми управління та укладати з лікарняними касами контракти щодо заходів з контролю якості</li> </ul>
2004 рік	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ залучення приватного фінансування в охорону здоров'я</li> <li>▪ створення <i>Інституту якості й економічної ефективності охорони здоров'я</i><sup>14</sup>, який виконує аналіз терапевтичної дії препаратів та створює клінічні рекомендації</li> <li>▪ введення нового типу електронної картки пацієнта</li> <li>▪ введення <i>додаткових платежів</i>: 10% додаткових платежів за лікарські засоби; підвищення плати за перебування в стаціонарі з 9 євро в день протягом 14 днів до 10 євро в день; призначення фіксованої ставки 10 євро за кожну амбулаторну консультацію лікаря загальної практики або спеціаліста</li> <li>▪ <i>післядипломна освіта</i>: лікарі повинні працювати за системою постійної медичного освіти; визначення типу навчання повинно проводитися регіональними асоціаціями</li> </ul>

Оплата праці лікарів розбита на два етапи:

- *перший етап* — лікарняні каси повністю переводять асоціаціям лікарів всю суму заробітної плати для лікарів, що працюють в системі ДМС, замість безпосередньої плати кожному лікарю;
- *другий етап* — асоціації лікарів розподіляють загальну суму між своїми членами відповідно до єдиної шкали вартості послуг та додаткових інструкцій<sup>15</sup>.

Інформацію підготувала Анастасія Паршикова,  
аналітик Європейського інформаційно-дослідницького центру  
<http://euinfocenter.rada.gov.ua/>

<sup>14</sup> Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen — <https://www.iqwig.de/>

<sup>15</sup> О международном опыте реформирования системы здравоохранения — <http://bit.ly/2qDMkML>