

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЛИХ КРАЇН ЄВРОПИ (Огляд проблеми)

Цією статтею продовжується цикл публікацій про системи охорони здоров'я різних країн світу. Нижчеподаний матеріал присвячений медицині малих країн Європи.

Ключові слова: система охорони здоров'я, Норвегія, Португалія, Греція, Нідерланди, Швейцарія

This article continues the cycle of publications about the healthcare systems of different countries of the world. The article below is devoted to the medicine of small European countries.

Key words: health care system, Norway, Portugal, Greece, Netherlands, Switzerland

1. Вступ

Вчені неодноразово робили спроби порівняльного аналізу систем охорони здоров'я в різних країнах. Проте такі рейтинги слід сприймати скептично — з кількох причин. По-перше, багато їх творців обирають ті сфери, де результати дослідження можуть підтвердити вже зроблені ними висновки, або ті напрямки, що найбільш важливі згідно з їх власними переконаннями. Так, наприклад, в інтернеті часто фігурує посилання на дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), проведене в 2000 році, — за його результатами американська система медичної допомоги населенню посіла 37-ме місце в світі, “трохи випередивши Словенію”.

Проблеми виникають навіть у тих випадках, коли використовуються більш об'єктивні критерії порівняння. Практично в усіх міжрегіональних рейтингах як один із показників використовується середня тривалість життя населення. Та цей критерій погано підходить для оцінки системи охорони здоров'я. На середню тривалість життя впливає ряд зовнішніх факторів, таких як рівень насильницької злочинності, бідності, поширеність ожиріння, куріння, наркоманія та інші проблеми, не пов'язані з охороною здоров'я. Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), зокрема, пояснює: “Порівняльний ступінь впливу різних факторів медичного та немедичного характеру на середню тривалість життя в різних країнах і різні періоди часу визначити важко”.

Багато держав, чиї системи охорони здоров'я посіли перші 20 місць у рейтингу ВООЗ, наприклад Сан-Марино, Мальта і Андорра, занадто малі, щоб їх аналіз міг дати цікавий для нас результат, або мають специфіку, що робить їх досвід непридатним, наприклад, для пострадянського простору. Тому є сенс зосередитися на тих країнах, чия практика могла б дати корисні уроки реформаторам вітчизняної системи охорони здоров'я.

2. Типи систем охорони здоров'я

Загальнонаціональна або загальна охорона здоров'я — поняття досить розпливчате, і на практиці воно реалізується різними способами. Система охорони здоров'я в кожній країні — це продукт її унікальних характеристик, історії, політичного процесу і національного характеру; багато з цих систем нині переживають масштабні реформи.

2.1. Система єдиного платника

У межах системи охорони здоров'я, побудованої за принципом “єдиного платника”, медичні послуги, що надаються всім громадянам, фінансує держава. Вона збирає податки, керує наданням медичної допомоги і безпосередньо її оплачує. По суті, йдеться про заміну приватного страхування цілком одержавленою системою. Як правило, уряд розробляє загальний бюджет на потреби охорони здоров'я, вирішуючи, яку частину ресурсів країни слід виділяти на ці цілі, а також встановлює ціни або обсяги компенсації тим, хто надає медичні послуги. У деяких випадках медики є державними службовцями, які отримують зарплату. В інших вони залишаються незалежними й одержують компенсацію залежно від обсягу наданих послуг і проведених лікувальних заходів. У межах найжорсткішого варіанта системи єдиного платника приватне медичне страхування та інші способи “добровільного виходу за межі” державної медицини заборонені.

2.2. Медичне страхування за місцем роботи

У країнах, де існує така система, держава вимагає від роботодавців забезпечувати своїх працівників медичною страховкою, найчастіше через напівприватні “лікарняні каси”. Ці страхові фонди можуть діяти в межах одного або кількох секторів економіки, при цьому розмір внесків і виплат встановлює держава. Найчастіше такі внески — це просто різновид податку на зарплату, вони виплачуються безпосередньо до відповідного фонду. Медичні установи залишаються незалежними, а обсяги одержуваної ними винагороди за послуги встановлюються внаслідок переговорів із фондами, інколи в індивідуальному порядку, а часом у загальнонаціональному масштабі. Зразком такої системи охорони здоров'я довгий час була німецька.

2.3. Керована конкуренція

У межах системи керованої конкуренції надання медичних послуг залишається в приватних руках, але цей ринок має “штучний” характер, перебуваючи під жорстким контролем і регулюванням держави. У більшості випадків держава наказує громадянам в обов'язковому порядку придбати медичну страховку, що, втім, часто поєднується з обов'язком роботодавців страхувати своїх службовців. Індивіди можуть обирати страхову організацію в межах регульованого ринку, а також провайдера медичних послуг. Хоча стандартний страховий “пакет” встановлює держава, страховим компаніям дозволено конкурувати одна з одною за цінами, рівнями пайової участі споживача в оплаті послуг і додатковим покриттям. У найчистішому вигляді система загального страхування, заснована на керованій конкуренції, діє в Швейцарії, хоча недавно на аналогічну основу було переведено охорону здоров'я в Нідерландах. Клінтонівський план перетворення системи охорони здоров'я, розроблений в 1993 році, медична реформа 2006 року в Массачусетсі і більшість пропозицій у цій ділянці, озвучуваних кандидатами від Демократичної партії, є варіаціями на тему “керованої конкуренції”.

У діапазоні вище згаданих категорій спостерігаються істотні відмінності. У деяких країнах, наприклад Франції та Японії, пайова участь споживачів у фінансуванні охорони здоров'я досить значна — таким чином там намагаються уникнути зайвих звернень за медичною допомогою і надмірного зростання витрат на ці потреби. В інших державах суми, які споживач зобов'язаний викласти з власної кишені, різко обмежуються. Подекуди громадянам дозволено вільно обирати медичні установи, в інших державах ці можливості дуже обмежені. У якихось країнах поширене придбання альтернативних або додаткових полісів у приватних страховиків, а в інших приватне страхування заборонене або розвинене вкрай слабо. Розподіл ресурсів і розстановка пріоритетів

також дуже варіюють. В Японії, наприклад, величезні кошти вкладаються в нові технології, але компенсація за хірургічні операції обмежена, а Францію вирізняє надзвичайно високий рівень рецептурного відпуску ліків.

Практичні результати також істотно різняться. У Канаді, Великобританії, Норвегії та Іспанії медичні послуги строго нормуються або пацієнтам доводиться довго чекати черги на лікування, а Франції та Швейцарії вдається в цілому уникати таких черг. Водночас Франція, Італія і Німеччина відчувають труднощі через зростання витрат на охорону здоров'я, які лягають важким тягарем на державний бюджет, а в Канаді й Великобританії з обмеженням цих витрат справляються успішніше. В деяких країнах, наприклад Греції, загальне медичне страхування існує тільки на папері.

Враховуючи все сказане, опишемо системи охорони здоров'я в деяких країнах.

3. Норвегія

У Норвегії система медичного страхування має загальний характер, фінансується за рахунок податків і побудована за принципом єдиного платника. Загальнонаціональна система страхування поширюється на всіх норвезьких громадян, а також іноземців, що живуть і працюють у країні. Норвежці, однак, мають право не користуватися державною системою, оплачуючи медичні послуги безпосередньо з власної кишені. Крім того, багато хто з них їде лікуватися за кордон, щоб уникнути “списків очікування”, які набули повсюдного характеру в межах державної системи.

Система фінансується за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету: цільових податків на потреби охорони здоров'я в країні не існує. Таким чином, охорона здоров'я є найважливішим чинником, що зумовлює високий податковий тягар у Норвегії, — податки в цій країні становлять 45% ВВП. З усіх промислово розвинених країн лише в Швеції рівень оподаткування вищий.

Страхування покриває дуже широкий спектр послуг: амбулаторне та стаціонарне лікування, діагностичні обстеження, допомогу фахівців, обслуговування матері і дитини, профілактичні медичні заходи, догляд за безнадійними хворими і ліки, що відпускаються за рецептами. За перебування і лікування в державних лікарнях (включаючи і медикаменти) плата не стягується. Проте невелика пайова участь пацієнта може бути, якщо йдеться про амбулаторне лікування, послуги терапевтів, психологів і психіатрів. Програма також забезпечує оплату лікарняних листів та допомогу з інвалідності.

Хоча загальне керівництво системою здійснює центральний уряд, деякі управлінські та фінансові функції делеговані регіональним і муніципальним органам влади. Як правило, муніципальні органи відповідають за первинну медичну допомогу, а влада чотирьох регіонів країни — за послуги фахівців. До 2002 року державні лікарні перебували у віданні місцевих або окружних органів влади. Однак через хронічні проблеми — перш за все довгі черги на лікування та зростання витрат — в січні 2002 року центральний уряд узяв на себе безпосереднє керівництво цими установами. Крім державної медицини, в країні існує і невелика кількість приватних лікарень.

Держава розробляє єдиний бюджет, який обмежує загальний обсяг видатків на охорону здоров'я, і встановлює для лікарень розміри витрат на основні фонди. Більшість лікарів загальної практики і фахівців, які не працюють у лікарнях, отримують фіксовану зарплату, хоча деяким фахівцям, що працюють за контрактом, крім щорічного гранту, нараховуються й гонорари за надані послуги. Рівні компенсації встановлює держава; виставлення додаткових рахунків заборонено. Більшість інших медиків є державними службовцями, які отримують платню.

Вибір лікаря пацієнтом обмежується. Всі громадяни Норвегії повинні обирати свого терапевта зі списку, який склали державні чиновники. Цей лікар загальної практики і є “диспетчером” щодо інших медичних послуг та їх провайдерів. Громадянин може змінити лікаря, але не частіше двох разів на рік, і лише в тому випадку, якщо в обраного ним нового терапевта немає пацієнтів у “листку очікування”. На прийом до фахівців можна потрапити тільки за скеруванням терапевта.

У межах норвезької системи охорони здоров'я виникла серйозна проблема довгих — і постійно зростаючих — черг на медичні послуги. За оцінками, в будь-який конкретний момент 280 000 норвежців стоять у “списках очікування” — і це при тому, що все населення країни становить 4,6 мільйона чоловік. Термін очікування операції із заміни тазостегнового суглоба в середньому перевищує чотири місяці, простатектомії — майже три місяці, а видалення матки — більше двох місяців. Приблизно 23% пацієнтів, які отримали скерування на лікування в стаціонарі, змушені чекати більше трьох місяців, поки лікарня зможе їх прийняти.

Норвезькі власті реагують на це неодноразовими невдалими спробами законодавчо заборонити “листки очікування”. Приміром, згідно з прийнятим в 1990 році законом про права пацієнтів, люди, чиє захворювання призводить до “катастрофічних або вкрай серйозних наслідків”, повинні бути забезпечені відповідним лікуванням — якщо воно можливе — протягом шести місяців. У 2001 році, після того, як серія проведених державою перевірок виявила численні порушення цього припису, уряд прийняв новий акт, який вимагає, щоб стан пацієнта було принаймні “вивчено” протягом 30 днів. Незважаючи на всі ці паперові гарантії, істотного скорочення “списків очікування” не відбувається.

Більше того, якщо згадати про нормування медичних послуг у Норвегії, то подібні затримки з медичною допомогою, можливо, є лише вершиною айсберга. У деяких випадках хворому просто можуть відмовити в медичній допомозі, якщо її надання буде визнано нерентабельним. Кнут Ерік Тран, почесний професор Центру з вивчення проблем медичної етики при Університеті Осло, що входить до складу державної Комісії з вироблення пріоритетів у сфері охорони здоров'я з моменту її заснування, пояснює: “Необхідно враховувати, що в державній службі охорони здоров'я північноєвропейського зразка будь-який конкретний обсяг ресурсів завжди може використовуватися по-різному. Крім того, ні з медичної, ні з моральної точки зору не можна виправдати застосування дефіцитних ресурсів у цілях, які з високою ймовірністю призведуть до менш благотворних результатів, ніж інші способи їх використання, — тобто дозволять врятувати менше життів, вилікувати менше пацієнтів”.

Деякі автори підкреслюють відмінності між медициною норвезького типу і системою, в якій пацієнти одержують послуги на ринку, де справедливість означає рівність можливостей у придбанні того, чого ви потребуєте. Там рішення про альтернативні варіанти використання ресурсів приймають в основному пацієнти.

Хоча, за даними опитувань, норвежці загалом “цілком задоволені” роботою своєї системи охорони здоров’я, все більше невдоволення викликають такі питання, як можливості вибору провайдера медичних послуг, участь у прийнятті рішень про медичну допомогу або лікування, а також черги, які постійно стають у Норвегії предметом політичних дискусій. Поки що, однак, широкого руху за серйозну реформу медицини в країні немає.

4. Португалія

Португальська медицина — класичний приклад централізованої державної системи охорони здоров’я з загальним страхуванням, яка побудована за принципом єдиного платника і фінансується за рахунок податків. Страхування охоплює найширший набір медичних послуг, що надаються безкоштовно або майже безкоштовно. Крім того, з системою загального медичного страхування співіснує ряд страхових схем за професійною ознакою; спочатку передбачалося, що вони увійдуть до її складу.

Медична допомога надається в основному через державну систему охорони здоров’я, фінансовану насамперед за рахунок загальних податкових доходів бюджету: асигнування на неї становлять приблизно 13% сукупних державних витрат. Теоретично система діє в межах єдиного річного бюджету на охорону здоров’я. На ділі ж її витрати регулярно і суттєво перевищують бюджетні межі, що потребує додаткового фінансування. Португалія — одна з небагатьох країн ОЕСР, де зростання частки держави в загальних витратах на охорону здоров’я з 1997 року перевищує 4 процентних пункти.

У теорії загальнонаціональна система страхування покриває всі необхідні медичні послуги, як стаціонарні, так і амбулаторні, включаючи допомогу фахівців, діагностичні обстеження, допомогу матері й дитині та ліки, що відпускаються за рецептами. На папері жодні конкретні витрати, пов’язані з медичною допомогою, зі страхового покриття не виключаються, проте на ділі воно найчастіше не охоплює такі послуги, як стоматологічна допомога або реабілітаційний догляд. Крім того, оплата діагностичних обстежень, лікування в лікарні, консультацій у фахівців і відпуск ліків за рецептом передбачає пайову участь пацієнтів — в останньому випадку вона може сягати і навіть перевищувати 40% вартості медикаментів.

Терапевти і лікарі, що працюють у лікарнях, є державними службовцями, зарплату вони отримують безпосередньо через національну систему охорони здоров’я. Проте медикам, що працюють у цій системі, дозволено займатися приватною практикою, і приблизно половина з них користується цією можливістю. Що ж стосується вузьких фахівців, то вони, як правило, є приватнопрактикуючими лікарями і працюють на державу за контрактом.

Приблизно 25% населення — в основному держслужбовці, військові, працівники телекомунікаційного сектору та члени їх сімей, — як і раніше, охоплюються різними страховими схемами, побудованими за галузевим чи професійним принципом: ці пережитки колишньої структури охорони здоров’я, що існувала до введення загального медичного страхування, називаються “підсистемами”. Спочатку передбачалося їх включити в межі системи державного медичного страхування, однак соціальні групи, які вони охоплюють, залучили весь можливий вплив, щоб цього не допустити. Люди, застраховані в “підсистемах”, платять внески, що становлять до 1% від їх зарплати. Виплати за страховкою, як правило, перевищують ті, що дає державна система обов’язкового медичного страхування. В цьому аспекті не дивно, що внески

не покривають виплати. Виниклий дефіцит фінансується за рахунок коштів загальнонаціональної системи страхування.

Крім того, приблизно 10% португальців страхується у приватних фірм, як правило, через своїх роботодавців. Приватні страховики, як правило, оплачують лікування в стаціонарі і послуги фахівців, але не первинну медичну допомогу. Поліси не містять пункту про відновлення їх дії, тому страховики мають право підвищувати розмір внесків або “відсівати” занадто обтяжливих клієнтів.

Вибір провайдерів для людей, застрахованих у межах державної системи, вкрай обмежений. Всі громадяни мають обирати терапевта зі списку, що складається порайонно. Як правило, йдеться про район проживання громадянина, але іноді списки складаються і за місцем роботи. У середньому лікар загальної практики обслуговує до 1500 осіб, проте в деякого буває і більше 2000 пацієнтів, що призводить до черг і труднощів із записом на прийом. Щоб змінити терапевта, пацієнт повинен подати письмову заяву до органів охорони здоров'я з поясненням причин свого рішення.

Для прийому в спеціаліста або лікування в стаціонарі, якщо не йдеться про екстрену допомогу, необхідне скерування терапевта. Оскільки отримати його в короткі терміни іноді непросто, пацієнти в багатьох випадках просто звертаються в лікарняні служби швидкої допомоги. За деякими оцінками, до 25% людей, яких госпіталізують у лікарні через швидку допомогу, не потребують термінового медичного втручання.

Незважаючи на гарантоване “загальне страхування”, з доступом до медичної допомоги в Португалії виникають серйозні проблеми. “Списки очікування” настільки великі й поширені, що, за оцінкою Європейської служби моніторингу систем охорони здоров'я, ситуація фактично рівнозначна нормуванню медичних послуг. На сьогодні більше 150 000 португальців стоять у черзі на хірургічні операції — при тому, що все населення країни становить 10 600 000 осіб. Не виключено, однак, що ця загальна статистика затушовує масштаб проблеми в бідних і сільських районах, де дефіцит медичних ресурсів особливо великий, а доступ до послуг охорони здоров'я ще більше ускладнений. Оснащеність сучасним медичним обладнанням у Португалії набагато нижча, ніж у Сполучених Штатах. В Америці на мільйон громадян припадає в сім разів більше апаратів МРТ та на 20% більше — КТ.

Щоб уникнути черг, багато португальців вважають за краще звертатися до приватних лікарів і платити їм безпосередньо. У деяких випадках пацієнти навіть їдуть лікуватися за кордон, переважно до Іспанії.

Хоча в португальському суспільстві утвердилася думка про те, що система охорони здоров'я потребує реформування, слабкість урядів і вплив структурних груп інтересів перешкоджають досягненню консенсусу щодо конкретної спрямованості такої реформи. Таким чином, поки що Португалія просто пливе за течією.

5. Греція

Хоча формально медичне страхування в Греції здійснюється за місцем роботи, по суті йдеться систему охорони здоров'я, побудовану за принципом єдиного платника — настільки централізований і зарегульований характер вона має. Практично всі аспекти фінансування та

надання медичних послуг жорстко контролюються Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. Незважаючи на те, що застосовуються спроби децентралізувати процес прийняття рішень за рахунок передачі 17 регіональним організаціям охорони здоров'я деяких функцій з реалізації медичної політики та забезпечення послуг охорони здоров'я, велика частина повноважень у цій сфері, як і раніше, зосереджена в руках центрального уряду.

У Греції роботодавці зобов'язані прикріпити своїх працівників до одного з 35 “фондів соціального страхування”, що фінансуються частково за рахунок податку на зарплату, а частково — за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету. На відміну, наприклад, від Німеччини, де роботодавці мають право обирати між різними “лікарняними касами”, грецькі фонди соціального страхування побудовані за галузевим принципом. Медичні послуги, що покриваються страховими фондами, розміри внесків і категорії провайдерів, до яких мають право мати доступ застраховані громадяни, визначає Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення.

Деякі з цих структур, призначені для державних службовців, працівників банківського сектору та комунальних служб, забезпечують ширше страхове покриття і менший обсяг внесків. Потужні профспілки, що діють у цих секторах, блокують будь-які спроби злити їх з іншими фондами соціального страхування або допустити до них інших працівників.

Фонди соціального страхування виплачують лікарям компенсації двома способами. Деякі провайдери напряму працюють на фонди — у них є свої клініки — і їх співробітники фактично є найманими працівниками, які отримують зарплату. Крім того, фонди укладають контракти з приватно практикуючими лікарями. Останнім виплачуються гонорари відповідно до наданих послуг, але за вкрай низькими розцінками. Виставляти додаткові рахунки понад ці тарифи лікарі не мають права.

Теоретично фонди забезпечують повну оплату медичних послуг: відрахування зі страхових платежів не передбачені, а невелика пайова участь пацієнтів передбачається лише для кількох видів медичної допомоги. Однак, як буде продемонстровано далі, більшість лікарів вимагають за лікування “неофіційні” платежі.

Крім фондів соціального страхування, свої лікарі й лікарні є й у державній системі охорони здоров'я (ДСОЗ). Ця система діє паралельно з фондами, відіграючи в основному допоміжну роль, хоча в деяких сільських районах вона є основним провайдером медичних послуг. Крім того, вона надає медичну допомогу незастрахованим і літнім громадянам.

У Греції існують також державні лікарні, що працюють за контрактами з фондами соціального страхування. Однак у всіх випадках Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення визначає не тільки бюджети лікарень, а й їх штатний розклад, рівень зарплат співробітників, кількість ліжок і обсяг закупівель устаткування. Дотримання лікарнями бюджетних обмежень жорстко контролюється і свобода дій їх адміністрації різко обмежується. Компенсація лікарням виплачується на добовій основі, у вигляді фіксованих сум.

Вважається, що лікарні під егідою ДСОЗ надають медичні послуги на недостатньо високому якісному рівні. Більшість із них страждає від гострої нестачі кадрів, викликаній низькою зарплатою і поганими житловими умовами в сільських районах. За оцінками, більше половини

штатних одиниць у системі охорони здоров'я залишаються вакантними. Низький рівень зарплат зумовлює брак співробітників і в державних лікарнях, котрі працюють на фонди соціального страхування.

У межах реалізованих у 2005 році реформ було введено вимогу про прийом пацієнтів до шпиталю тільки за скеруванням лікаря. Хворі, які прагнуть отримати безкоштовну допомогу в лікарнях ДСОЗ, повинні отримати таке скерування від терапевта, що відіграє роль “диспетчера”. Приватні лікарі не мають права скеровувати пацієнтів до лікарень ДСОЗ та в інші державні медичні установи. На жаль, терапевтів у країні бракує. За оцінками, щоб задовольнити наявний попит, Греції потрібно до 5000 таких лікарів, а їх є лише 600.

Незважаючи на наявність кількох страхових схем, що накладаються одна на одну, загального медичного страхування в Греції не досягнуто. До 83% населення (приблизно стільки ж, скільки і в США) має страховку, яка покриває первинну медичну допомогу, а приблизно 97% — страховку, що охоплює послуги лікарень. У теорії навіть незастрахований громадянин може завжди отримати медичну допомогу, просто звернувшись в одну з лікарень або клінік ДСОЗ. Лише до 8% греків мають додатковий страховий поліс, придбаний у приватних структур; втім, за останні кілька років частка таких громадян істотно збільшилася і прогнозується її подальше зростання.

Точні дані про черги за медичною допомогою отримати непросто. За даними ВООЗ, “незважаючи на існування в лікарнях журналів реєстрації пацієнтів, систематична обробка інформації на будь-якому рівні системи охорони здоров'я не здійснюється”, а тому її адекватний аналіз неможливий. Більшість спостерігачів, проте, вважає, що “списки очікування” є вельми гострою проблемою на всіх рівнях медичної допомоги й особливо актуальна вона в лікарнях ДСОЗ і державних медустановах. Вивчивши питання про черги в афінських лікарнях, репортери з газети Та Неа дійшли висновку, що термін очікування хірургічної операції часом сягає шести місяців, а на амбулаторний прийом у кардіологічному або неврологічному відділенні — 150 днів. Навіть на простий аналіз крові доводиться чекати до місяця.

Грецька система охорони здоров'я наскрізь корумпована, оскільки пацієнти шукають альтернативні шляхи для подолання її обмежень, бюрократизму та неефективності. Приміром, греки дуже часто платять лікарям з-під поли за прийом пацієнта, застрахованого в фонді, що не має контракту з цим лікарем, обслуговування хворого без черги або надання медичних послуг за межами складеного державою списку. Крім того, медики активно переконують пацієнтів лікуватися в них як у приватно практикуючих лікарів, а не в межах контракту зі страховим фондом. У цьому випадку пацієнт оплачує медичну допомогу з власної кишені, але зате отримує її швидше і вищої якості. Навіть лікарі ДСОЗ за сумісництвом приймають хворих у приватному порядку (до 2002 року така практика вважалася незаконною, але попри заборону існувала). Лікарям платять також за виписку скерувань у приватні лікарні та діагностичні центри. Такі неофіційні платежі в 2002 р. становили до 42% всіх витрат на охорону здоров'я, або 4,5% ВВП. По суті, грецька система охорони здоров'я фінансується за рахунок податків на зарплату, загальних податкових доходів бюджету і... підкупу. Крім того, медичний бюрократичний апарат характеризується крайньою політизованістю. Призначення на будь-яку посаду в державному секторі охорони здоров'я неможливе без санкції на рівні міністерства. Всі адміністратори лікарень і чиновники медичної системи призначаються за принципом політичних зв'язків з правлячою партією, найчастіше без урахування рівня їх освіти та кваліфікації.

Не дивно, що за рівнем оснащення сучасними медичними технологіями Греція дуже відстає від Сполучених Штатів. У США на мільйон населення є у два рази більше апаратів МРТ і на 20% більше — КТ-сканерів. А чимала частка наявного в Греції сучасного обладнання зосереджена в нечисленних приватних клініках і лікарнях. Більше того, переважна більшість біомедичних тестів, що вимагають застосування передових технологій, виконується в приватному секторі.

В одному з досліджень проблеми грецької системи охорони здоров'я окреслено так: “Грецька медицина досі не може забезпечити загального медичного страхування населення, а її фінансування та функціонування здійснюються розрізнено. Фінансування має регресивний характер, спирається на неофіційні виплати, а принцип рівності щодо доступності, своєчасності та якості медичних послуг не дотримується. Неефективність системи пов'язана з надмірним опертям на порівняно дорогі заходи, про що свідчить, зокрема, надлишок лікарів-фахівців і дефіцит медсестер. Механізми розподілу ресурсів пов'язані з історичними традиціями і політичними факторами, що не мають стосунку до ефективності та обсягів послуг, тому в провайдерів відсутні стимули до підвищення продуктивності в медичному секторі”. Схоже, цей опис цілком відповідає дійсності.

6. Нідерланди

Крім швейцарської, голландська система охорони здоров'я є найбільш ринково орієнтована в Європі. Така ситуація існувала і до 2006 року, коли в результаті серії реформ у медичній системі ще більше утвердилися ринкові механізми. Дореформена голландська система охорони здоров'я нагадувала німецьку. Працівники, чий річний дохід становив менше 32 600 євро, повинні були в обов'язковому порядку страхуватися в одному з 30 контрольованих державою фондів. Громадяни з вищими доходами мали право отримувати страховку в цих фондах добровільно, не користуватися послугами державної системи взагалі та купувати поліси у приватних страховиків. Фонди медичного страхування фінансувалися за рахунок податку на зарплату і фіксованих подушних внесків.

Фонди забезпечували стандартний пакет оплати медичних послуг, включаючи лікування у лікарів і в лікарні, допомогу фахівців, діагностичні обстеження, ліки, що відпускаються за рецептами, і стоматологічну допомогу для дітей. Хоча споживачі мали право раз на рік змінювати свій страховий фонд, особливої конкуренції між останніми не було, і громадяни рідко користувалися цим правом.

Нинішня система охорони здоров'я Нідерландів, як і швейцарська (див. далі), функціонує на основі керованої конкуренції. Замість колишнього “дуалізму” соціального й альтернативного приватного медичного страхування введена єдина система: кожен громадянин повинен придбати базовий страховий поліс в однієї з 41 приватних фірм. Хоча за ігнорування цієї вимоги можуть стягнути штраф, якоїсь всеосяжної системи обліку громадян, які не дотримуються такого припису, не існує. За оцінками, медичної страховки сьогодні не має від 1,5 до 2% населення країни.

Обов'язковий пакет, що забезпечується встановленим державою мінімальним обсягом страхових виплат, включає послуги терапевтів, вузьких фахівців, лікування в стаціонарі, деякі види стоматологічної допомоги, медичне обслуговування вагітних, певні види медикаментів і транспортні витрати. Особливо цікавим є таке нововведення: більшість обов'язкових страхових виплат систематизується з “медичних функціями”, а не категоріями провайдерів. Наприклад,

страхування охоплює “реабілітаційне обслуговування”, але жодних приписів щодо провайдера, до якого має звернутися пацієнт, не існує. Це означає, що страховий пакет менш схильний до потенційних маніпуляцій з боку груп інтересів провайдерів, але говорити з упевненістю, що так і буде й надалі, ще рано.

Міністерство охорони здоров'я встановлює розміри страхових внесків — у середньому вони становлять 100 євро з людини на місяць. Страхові компанії можуть пропонувати різні знижки — від 150 до 1000 євро на рік, що забезпечує цінову конкуренцію, хай і незначну. Умови поліса можуть також передбачати повернення застрахованій особі до 225 євро, якщо та протягом відповідного року не скористається медичними послугами, крім прийомів у лікаря первинної допомоги. Приблизно 90% голландців також купують додаткові страховки, що охоплюють послуги за межами обов'язкового стандартного пакета.

Як правило, половину страхового внеску платить роботодавець, а решту — сам працівник. Суми внесків, що виплачуються громадянами, віднімаються з податків. Субсидії, або медична допомога працівникам з низькими і середніми доходами для покупки базового страхового пакета, досить масштабні й поширюються навіть на значну частину середнього класу. Сьогодні право на ту чи іншу субсидію — вона встановлюється за регресивною шкалою залежно від рівня доходів — має до 5 мільйонів голландців. Ці субсидії фінансуються за рахунок податку на найманих працівників. Через високий рівень такого субсидування значна частка сукупних медичних витрат у Нідерландах припадає на державу — в цьому полягає головна відмінність голландської системи від швейцарської.

Страховики домовляються з провайдерами про обсяги, якість і розміри оплати медичних послуг. Варто відзначити, що багато страхових установ вимагають від провайдерів звітувати про якість наданої медичної допомоги, часто на основі фактичних методичних орієнтирів і систем вимірювання ефективності.

Деякі страховики займаються наданням медичних послуг безпосередньо: вони мають власний медперсонал і власні установи, наприклад центри первинної допомоги та аптеки. Інші укладають контракти з провайдерськими мережами, що нагадують американські “преференційні” організації-провайдери. Пацієнти можуть не користуватися послугами цих мереж, але тоді їх витрати будуть компенсуватися лише частково. Більшість страховиків встановлює правило: для звернення до фахівця пацієнт повинен мати скерування від провайдера первинної медичної допомоги. Щодо цін на фармацевтичну продукцію в загальнонаціональному масштабі встановлюється поріг, заснований на середніх розцінках за медикаменти того чи іншого терапевтичного класу. Громадянин може добровільно придбати і дорожчі ліки, але різницю йому доведеться оплачувати самому.

Нова система працює відносно недавно, тому важко повністю оцінити її ефективність. Однак за вже наявними ознаками можна припустити, що це крок уперед порівняно з тим, що існувало до 2006 року. Голландці, очевидно, схвалюють проведену реформу. Організації споживачів беруть участь у переговорах з провайдерами, страховиками і законодавцями. Система стає все прозорішою, збільшується обсяг доступної громадянам інформації про ціни і якість медичних послуг. Схоже, споживачі цілком готові до самостійного прийняття рішень у цій сфері: порівнюючи ціни та якість, вони змінюють своїх страховиків.

У межах нової системи цінова конкуренція істотно посилилася, і як мінімум 20% голландських споживачів змінили свої страхові компанії. Коли нова система тільки створювалася, влада прогнозувала, що середній розмір страхового внеску повинен становити 1106 євро. Однак завдяки конкуренції реальний середній внесок сягнув 1028 євро, що на 0,97% нижче прогнозованої цифри. Загалом завдяки реформі купівельна спроможність середньостатистичної голландської сім'ї збільшилася на 1,5%. Втім, виграли від неї не всі. Внески молодих працівників, зокрема, різко збільшилися: раніше їхні медичні страховки субсидувалися в набагато більшому обсязі.

При колишній системі “списки очікування” були дуже поширені — наприклад, операції із заміни тазостегнового суглоба доводилося чекати більше трьох місяців, а простатектомії і видалення матки — два місяці. За оцінкою авторів одного з досліджень, у країні до 100 серцевих хворих щорічно вмирали, не дочекавшись своєї черги на операцію. За наявними попередніми даними, внаслідок реформи 2006 року ситуація в цій ділянці дещо поліпшилася.

Лікарні почали конкурувати одна з одною, удосконалюючи надання послуг, наприклад у сфері нейрохірургії та променевої терапії. Хоча деякі експерти висловлюють занепокоєність тим, що запровадження нових послуг у невеликих лікарнях через недостатню кількість пацієнтів, що їх потребують, не буде достатньо якісним і ефективним, зростання пропозиції в сфері таких видів медичної допомоги підвищить її доступність і скоріш за все скоротить черги.

Можливо, реформа позитивно вплине на процес оптимізації витрат у сфері охорони здоров'я. Відтоді, як нова система почала діяти, витрати в цій сфері збільшуються всього на 3% на рік. Для порівняння: за рік, що передував реформі, аналогічний показник становив 4,5%.

Остаточний висновок про результати реформи робити ще рано, і навіть після неї в голландській охороні здоров'я ще далеко не утвердився вільний ринок. Проте країна, судячи з усього, зробила великий крок у правильному напрямі.

7. Швейцарія

З усіх країн, де існує загальне медичне страхування, в Швейцарії система охорони здоров'я має найбільш ринково-орієнтований характер. Більше того, в цій країні на частку держави припадає навіть менший відсоток сукупних витрат на охорону здоров'я, ніж у Сполучених Штатах: 24,9% на противагу 44,7%.

Швейцарська система ґрунтується на принципі “керованої конкуренції” — тієї ж концепції, в руслі якої лежить план перетворення системи охорони здоров'я, розроблений адміністрацією Клінтона в 1993 році, а також реформа, яку здійснив губернатор Мітт Ромні у штаті Массачусетс. У межах керованої конкуренції надання медичних послуг та медичне страхування віддається в приватні руки, однак галузь охорони здоров'я діє в рамках жорстко регульованого “штучного” ринку.

Швейцарське законодавство зобов'язує всіх громадян купувати в індивідуальному порядку базовий пакет медичних страхових полісів. Медичне страхування в країні має практично загальний характер, охоплюючи, за оцінками, 99,5% громадян. Така законослухняність частково зумовлена національним характером швейцарців, і, наприклад, у США, де різного роду приписів дотримуються з набагато меншою охотою (навіть якщо вони спрямовані на благо людей), досягти аналогічних показників охоплення навряд чи було б можливо.

Поняття “базовий страховий пакет” не зовсім відповідає дійсності, оскільки він покриває широкий спектр медичних послуг, включає стаціонарне та амбулаторне лікування, догляд літніх громадян, інвалідів та психічно хворих, діагностичні обстеження, перебування у санаторіях, відпуск ліків за рецептами і навіть паралельні або альтернативні види лікування.

Поліси, як правило, купуються на індивідуальній основі. Лише деякі роботодавці забезпечують своїх працівників медичним страхуванням або оплачують частину внесків. Надають поліси приватні страховики. Нині у Швейцарії діє 93 таких компанії, хоча не всі вони мають філії в кожному кантоні або регіоні. Спочатку існував припис, щоб страховики працювали на некомерційній основі, але в 2002 році це обмеження було зняте.

Ці компанії не мають права відмовляти клієнтам у страхуванні через стан їхнього здоров'я, і обсяг внесків однаковий для всіх у рамках того або іншого географічного регіону: таким чином, здорові громадяни фактично субсидують лікування людей, що мають серйозні проблеми зі здоров'ям. Єдиний виняток з цього принципу зроблено для некурців, чії внески знижуються на 20% порівняно з виплатами тих, хто палить. Крім того, за спеціальною формулою здійснюється коригування обсягу внесків залежно від статі і віку застрахованих. Географічна варіабельність буває часом значною: залежно від кантону різниця в обсязі внесків може доходити до 50%.

Страхові компанії, позбавлені можливості вести конкурентну боротьбу за рахунок управління ризиками та “надбавок за ризики” і вимушені пропонувати клієнтам практично ідентичне базове страхове покриття, змагаються одна з одною в основному в ціновому плані. Оскільки вони не можуть скорочувати витрати за рахунок управління ризиками та обсягом страхових виплат, ці фірми у своїй ціновій політиці, як правило, роблять наголос на відмінності в рівні відрахувань і пайової участі клієнтів. Так, клієнт може придбати або дорогий поліс із дуже низьким рівнем відрахувань і пайової участі, або дешевий, де обидва ці компоненти будуть набагато вищими. Таким чином, внески варіюють залежно від обсягів пайової участі і типів полісів: найдешевший коштує 1428 доларів на рік при обсязі відрахувань 2000 доларів, а найдорожчий — 2388 доларів при відрахуваннях 250 доларів.

Оскільки роботодавці не оплачують медичні страховки працівників, усі відповідні витрати в Швейцарії лягають на самих громадян. Унаслідок цього багато з них обирають поліси з великим обсягом відрахувань і пайової участі. Через це швейцарці оплачують безпосередньо з власної кишені до 31,5% сукупних витрат на охорону здоров'я; цей показник удвічі вищий, ніж у Сполучених Штатах.

Останнім часом динамічно розвивається також система “регульованих” медичних полісів: подібно до американських аналогів, вони передбачають зниження внесків в обмін на обмеження доступу до послуг фахівців та інших видів медичної допомоги. У межах таких полісів внески становлять приблизно 1900 доларів на рік.

Швейцарська держава надає малозабезпеченим громадянам субсидії на придбання полісів медичного страхування. Величина цих субсидій залежить як від рівня доходів, так і від наявних у індивіда активів: максимально можливу допомогу покриває середній обсяг річного внеску для кантону, де проживає громадянин. Мета цих субсидій — гарантувати, щоб витрати на медичне страхування не перевищували 10% від сукупного доходу громадянина. Водночас держава не оплачує витрати на медичне страхування повністю, щоб не створювати в осіб, які отримують

субсидії, стимулів для вибору найдорожчих полісів з найменшим рівнем відрахувань і пайової участі. Субсидії в різних формах отримує приблизно третина швейцарських громадян, і приблизно 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок державних коштів.

Для ведення переговорів із провайдерами медичних послуг про компенсації швейцарські страховики утворюють картелі кантонального масштабу. Провайдери зобов'язані обмежувати обумовлені суми: виставляти додаткові рахунки заборонено. Якщо страховики і провайдери не можуть домовитися про розцінки, кантональна влада має необхідні повноваження, щоб втрутитися в ситуацію і змусити сторони дійти угоди. Втім, якихось географічних обмежень на медичну практику не існує, тому провайдери можуть “проголосувати ногами”, перебираючись у кантон, що пропонує вищі гонорари, — це призводить до браку лікарів у деяких районах країни.

Система медичних установ у Швейцарії включає як державні, так і приватні лікарні. Приватні лікарні укладають з картелями страховиків і лікарями аналогічні угоди про гонорари. Державні лікарні підпорядковуються кантональній владі, яка, відповідно, домовляється із страховиками та надає лікарням субсидії. У деяких кантонах люди, що купили лише базовий страховий пакет, можуть звертатися тільки в державні лікарні; для доступу в приватні медустанови необхідно придбати додаткові поліси.

Останнім часом деякі провайдери почали працювати поза межами узгоджених розцінок. Для покриття витрат на лікування у провайдерів, які забезпечують якісніші послуги або найсучасніші методи лікування, в країні починає формуватися ринок додаткового страхування. Додаткове страхування також забезпечує доступ у приватні лікарні в тих кантонах, де він неможливий у межах базового пакета. Навіть при лікуванні в державних лікарнях за допомогою додаткової страховки можна оплатити такі послуги, як надання окремої палати, — базовий пакет їх не покриває. За деякими оцінками, сьогодні додаткові страхові поліси вже мають до 40% громадян Швейцарії.

У Швейцарії не існує єдиного державного бюджету на потреби охорони здоров'я, а тому там вдається уникати черг на медичну допомогу, характерних для систем охорони здоров'я інших країн. Крім того, швейцарська медицина характеризується високим ступенем оснащення сучасними медичними технологіями, щоправда, це обходиться недешево. У країні витрати на охорону здоров'я становлять 11,5% ВВП, посідаючи в цьому плані друге місце після Сполучених Штатів.

Оскільки в Швейцарії споживачі медичних послуг самі оплачують цінові витрати прийнятих ними рішень, є підстави припустити, що такий “обмін” якості на гроші відповідає бажанням пацієнтів. Вони обирають якісну медичну допомогу, незважаючи на те, що для них особисто це обернеться додатковими витратами. Оскільки економісти вважають медичні послуги “нормальним товаром” (тобто їх споживання зростає разом із доходами людей), а Швейцарія належить до числа багатих країн, такий вибір є логічним.

Водночас слід зазначити, що в Швейцарії частка витрат на охорону здоров'я щодо обсягу ВВП, як і раніше, нижча, ніж у Сполучених Штатах — при порівнянній якості надаваних послуг. Наявні дані однозначно свідчать про те, що особиста фінансова відповідальність швейцарців за власні рішення в плані медичних послуг перетворює їх на “розумних споживачів”, що сприяє стримуванню сукупних витрат на охорону здоров'я. Регіна Херцлінгер і Рамін Парса-Парс з

Гарварда доходять такого висновку: “Той факт, що ситуація з витратами на охорону здоров’я в Швейцарії має контрольований характер, ймовірно, пов’язаний зі значною роллю споживачів у їх оплаті, результатом чого стає транспарентність витрат”.

Транспарентність системи також зумовлює чутливість її реакції на преференції споживачів. У рейтингу ВООЗ Швейцарія посіла 2-ге місце після США щодо задоволення потреб пацієнтів у таких питаннях, як вибір провайдера, повага до людської гідності хворого, своєчасність і конфіденційність медичної допомоги.

У цілому швейцарці, судячи з усього, задоволені своєю системою охорони здоров’я. Кілька років тому швейцарські виборці на загальнонаціональному референдумі переважною більшістю (71% голосів) відкинули пропозицію про її заміну на схему, побудовану за принципом єдиного платника.

Проте швейцарська система не позбавлена недоліків, пов’язаних насамперед із цілком передбачуваним розростанням сфери обов’язкового страхування та державним регулюванням, присутніми в будь-якій схемі, заснованій на керованій конкуренції. На більшості ринків споживачі забезпечують цінову дисципліну, просто відмовляючись купувати занадто дорогий товар. Обов’язковість медичного страхування позбавляє їх цього важеля впливу, оскільки споживачі зобов’язані купувати цей “товар”, навіть якщо вважають його ціну завищеною. Більше того, той факт, що характер базового страхового пакета визначає держава, відкриває широкі можливості для проштовхування групових інтересів, що представляють провайдерів медичних послуг і хворих на певні захворювання, які, безсумнівно, схильні лобіювати включення до пакета додаткових послуг або компонентів страхового покриття.

У разі, коли рішення приймає держава, події розвиваються таким чином: провайдери (які отримують додаткові заробітки в разі підвищення попиту на їхні послуги) та асоціації хворих (природно, кровно зацікавлені в тому, щоб саме їх захворювання покривалося страховкою) отримують найсильніші стимули для лобіювання в парламенті включення відповідних послуг до базового страхового пакета. Громадськість у цілому, як правило, взагалі не обізнана про таке лобіювання або вважає, що невелике збільшення внесків через розширення страхового покриття в якій-небудь конкретній сфері не варте тих зусиль, які потрібно витратити на протидію такому результату — тобто йдеться про класичний приклад “концентрації вигоди і розсіювання витрат”.

Саме це відбувається в Швейцарії, і наслідком такого розвитку подій стає неухильне розширення базового страхового пакета. Зокрема, впливова лобістська коаліція лікарів і керівництва лікарень під назвою “Синій фронт” домоглася істотного розширення покриття страховкою послуг в обмін на пом’якшення законоположення про “свободу вибору провайдера”, що дає можливість укласти з провайдерами “керовані контракти”.

Розширення покриття спричиняє зростання витрат страховиків, лише частково компенсовуваних збільшенням відрахувань. Хоча частка витрат на охорону здоров’я, яку споживачі виплачують безпосередньо з кишені, залишається високою, за останнє десятиліття вона скоротилася на 10%.

Більше того, розширення покриття обертається підвищенням витрат на систему в цілому, оскільки швейцарці вже меншою мірою особисто покривають витрати, пов’язані з власними рішеннями щодо медичної допомоги. Якщо ця тенденція збережеться, вона може підірвати

транспарентність витрат, що є відмінною особливістю швейцарської системи охорони здоров'я. Уве Рейнхардт зазначає з цього приводу: “З часом розширення обов’язкового страхового покриття поглинає все більшу частку платежів, які лягають на плечі споживачів, розмиваючи тим самим ту вирішальну роль, яку вони відіграють у швейцарській системі”.

Факти також свідчать про те, що положення про уніфікований характер внесків у межах регіонів створює спотворення на швейцарському ринку медичних послуг, обертаючись їх “перевиробництвом” для здорових і дефіцитом — для хворих. Крім того, заборона на управління ризиками для страховиків перешкоджає запровадженню нових, інноваційних продуктів. Петер Цвайфель із Цюрихського університету (входить до складу швейцарського Комітету з питань конкуренції, що визначає норми регулювання в страховій галузі) вважає, що забезпечити ефективність системи охорони здоров'я в довгостроковій перспективі здатне повернення тією чи іншою мірою до практики “рейтингів ризиків”. За словами Цвайфеля, “треба дозволити конкуренції зіграти свою магічну роль. Нехай ті, хто веде ризикований спосіб життя, зрозуміють, що їм треба по можливості його змінити. Якщо ж це неможливо, треба зберегти за ними субсидії, завдяки яким їх витрати на медичні послуги не набагато перевищуватимуть 8–10% від оподаткованого доходу”.

По-третє, ряд спотворень вносить і практика створення картелів для переговорів про гонорари провайдерів. По суті, ці картелі мають купівельну монополію, а отже, і гігантський вплив на результат переговорів. Не дивно, що практикуючі лікарі вважають за краще працювати в кантонах, де їм пропонують найвищий рівень компенсації, що призводить до браку лікарських кадрів в інших регіонах. Повідомляють, що структура таких розцінок створює стимули для нерационального використання ресурсів — наприклад, лікарні переводять пацієнтів з амбулаторного лікування у стаціонар. Крім того, поєднання зростаючого попиту з низькими розцінками на деякі види медичних послуг призводить до появи перших черг — на найскладніші хірургічні операції.

До того ж такі переговори закріплюють цінову систему, яка перешкоджає розвитку інноваційних підходів, у межах яких платежі не прив’язуються до конкретних компонентів страхового покриття. Ідеться як про “регульоване медобслуговування”, так і про інтеграцію медичних послуг.

Нарешті, в Швейцарії діє одна з найжорсткіших у Європі систем регулювання діяльності представників нелікарських медичних професій. Унаслідок пацієнти часто змушені звертатися до дорогих провайдерів, хоча можна було б обійтися послугами невисокооплачуваних фахівців.

Поєднання всіх зазначених факторів підриває вирішальну роль споживача в швейцарській охороні здоров'я. Однак, незважаючи на ці проблеми, досвід цієї країни може бути корисний — він містить цінні уроки щодо переваги медицини, в якій першу скрипку грає споживач. Ми бачимо, зокрема, що коли вартість страхування набуває більшої прозорості, споживач віддає перевагу “справжньому” страхуванню (максимально широко розподіляє катастрофічні ризики), а не придбанню рутинних, недорогих послуг за принципом передоплати. Завдяки цьому у споживачів виникає загальний стимул до прийняття рішень про співвідношення ціни та якості при придбанні медичних послуг, що приводить до скорочення витрат при збереженні індивідуального вибору і високої якості охорони здоров'я.

8. Висновки

Національні системи охорони здоров'я в різних країнах не відповідають якомусь єдиному зразку. Міждержавні відмінності в цій сфері настільки великі, що самі поняття “державна охорона здоров'я” і “загальне медичне страхування” часом лише вводять в оману — ніби все розмаїття способів, якими в різних країнах організується медицина і медичне страхування, можна вписати в якусь стандартну колективну модель. Система охорони здоров'я в кожній країні — це продукт її унікальних умов, історії, політичного життя і національного характеру. Принципи організації цих систем варіюють від “керованої конкуренції” в Нідерландах і Швейцарії до жорсткої структури за принципом єдиного платника у Великобританії, Канаді та Норвегії і безлічі проміжних варіантів.

У деяких країнах діє система “єдиного платника” в чистому вигляді: там заборонено приватне страхування і навіть обмежуються можливості пацієнтів оплачувати медичні послуги з власної кишені. У межах інших систем гравців багато — там приватні страховики конкурують один з одним, а рівень державного регулювання та субсидування варіює. У якихось державах медичне страхування здійснюється за місцем роботи, а в інших робота і страхування повністю розділені. Деся споживачі повинні оплачувати чималу частину вартості медичних послуг або за рахунок значних страхових відрахувань, або за рахунок дольової участі. В інших державне страхове покриття повністю компенсує медичні витрати громадян. В одних державах пацієнтові надана повна свобода вибору лікаря, а в інших свобода вибору поширюється тільки на терапевтів, а для прийому у фахівців необхідне скерування. У деяких системах обмежується навіть вибір лікарів первинної медичної допомоги.

Втім, як би там не було, з досвіду інших країн можна зробити низку важливих висновків:

- загальне медичне страхування не рівнозначне загальному доступу до послуг охорони здоров'я. На практиці в багатьох країнах, де такий доступ декларується, існують нормування медичних послуг або вкрай довгі черги на лікування. Крім того, наявність державної системи охорони здоров'я не обов'язково означає, що медичним страхуванням охоплені всі громадяни країни. У деяких країнах, де формально діє така система, до реального досягнення цієї мети вельми далеко, а в більшості інших за бортом страхування опиняється як мінімум невелика частина (1–2%) населення;
- зростання витрат на охорону здоров'я не є суто локальним феноменом. Витрати ростуть повсюдно, що призводить до бюджетного дефіциту, збільшення податкового тягаря і/або урізання соціальних витрат. Так, у 2004 році середньорічне збільшення медичних витрат на душу населення в країнах, яким присвячено це дослідження, становило 5,55%. Wall Street Journal зазначає: “У майбутньому європейців через фінансові труднощі, з якими стикаються їх держави..., чекає ще більш різке зростання витрат на медичні потреби”;
- країни, де діє система “єдиного платника” чи в яких наявний сильний елемент державного контролю за охороною здоров'я, найчастіше стикаються з нормуванням медичних послуг, “списками очікування”, обмеженням вибору пацієнтом лікаря та іншими бар'єрами у сфері доступу до медичної допомоги. Там же, де загальнонаціональні системи охорони здоров'я характеризуються більшою ефективністю, наприклад у Франції, Нідерландах і Швейцарії, — цей результат пов'язаний насамперед із використанням ринкових механізмів, таких як конкуренція,

фінансова дисципліна, ринкові ціни і свобода вибору для споживачів, а також відмова від централізованого державного контролю;

- незадоволення системою охорони здоров'я власної країни, схоже, спостерігається повсюдно. У кожній країні значна більшість населення — від 58% у Нідерландах до 78% у Німеччині — виступає за фундаментальні реформи або повний перегляд своїх систем охорони здоров'я. Настрій громадськості в інших країнах, мабуть, не настільки радикальний, але схваленням існуючого стану справ у системі охорони здоров'я це ніяк не назвеш;

- хоча жодна країна, де діє загальне страхування, не має наміру відмовлятися від цієї системи, для них характерна яскраво виражена і чітка тенденція до відходу від централізованого державного контролю та розширення використання ринкових механізмів. Як відзначають Річард Солтман і Джозеф Фігерас із ВООЗ, “теза про примат держави переглядається”. А Алан Джекобс з Гарвардського університету зазначає: незважаючи на істотні відмінності в цілях, змісті та стратегії, європейські країни в цілому все більшою мірою завпроваджують в охороні здоров'я ринкові процедури. Таким чином, тоді як у США обговорюється перехід до державної системи охорони здоров'я, в тих країнах, де вона вже існує, йдеться саме про те, щоб надати їй характеру, ближчого до американської.

Збільшення частки держави в сукупних витратах на охорону здоров'я, що тривало з кінця Другої світової війни до середини 1980-х, припинилося, а в багатьох країнах навіть почала зростати частка приватного сектору — причому в деяких істотно. За деякими ознаками, у сфері надання медичних послуг відбувається все більший перехід від державних провайдерів до приватних. Якщо в Сполучених Штатах останні кілька десятиріч років переважала тенденція до “європеїзації” системи охорони здоров'я, то Старий світ, навпаки, рухається в “американському” напрямку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Barros PP. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*. 2012 Jun;106(1):17-22.
2. Barros PP, Machado SR, Simões Jde A. Portugal. Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(4):1-156.
3. Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD006413.
4. Cannon MF, Tanner M. Healthy competition: What's holding back health care and how to free it. *AHIP Cover*. 2006 May-Jun;47(3):44-6, 49-50.
5. Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res*. 2010 Jan 16;10:17.
6. Djalali S, Bhend H, Rosemann T. Electronic medical record in Swiss primary care — discrepancy between expectations and reality. *Praxis*. 2013 May 22;102(11):641-6.
7. Economou C. Greece: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(7):1-177.
8. Frønsdal KB, Facey K, Klemp M, Norderhaug IN, Mørland B, Røttingen JA. Health technology assessment to optimize health technology utilization: using implementation initiatives and monitoring processes. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010 Jul;26(3):309-16.
9. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med*. 2011 Jul 19;155(2):108-13.
10. Goossen W, Goossen-Baremans A, van der Zel M. Detailed clinical models: a review. *Health Inform Res*. 2010 Dec;16(4):201-14.

11. Heimly V, Grimsmo A, Henningsen TP, Faxvaag A. Diffusion and use of Electronic Health Record systems in Norway. *Stud Health Technol Inform*. 2010;160(Pt 1):381-5.
12. Hofer S, Honegger F, Hubeli J. Health tourism: definition focused on the Swiss market and conceptualisation of health(i)ness. *J Health Organ Manag*. 2012;26(1):60-80.
13. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health*. 2012 Aug;57(4):659-71.
14. Kaderli R, Pfortmueller CA, Businger AP. Healthcare quality management in Switzerland--a survey among providers. *Swiss Med Wkly*. 2012 Apr 27;142:w13561.
15. Kaitelidou D, Mladovsky P, Leone T, Kouli E, Siskou O. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *Int J Health Serv*. 2012;42(4):719-38.
16. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31.
17. Nabulsi M, Harris J, Letelier L, Ramos K, Hopayian K, Parkin C, Porzsolt F, Sestini P, Slavin M, Summerskill W. Effectiveness of education in evidence-based healthcare: the current state of outcome assessments and a framework for future evaluations. *Int J Evid Based Healthc*. 2007 Dec;5(4):468-476.
18. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, Flamm M, Fullerton B, Sönnichsen A, Vrijhoef HJ. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law*. 2012 Jan;7(1):125-46.
19. Norum J, Pedersen S, Størmer J, Rumpsfeld M, Stormo A, Jamissen N, Sunde H, Ingebrigtsen T, Larsen ML. Prioritisation of telemedicine services for large scale implementation in Norway. *J Telemed Telecare*. 2007;13(4):185-92.
20. Papageorgiou D, Fouka G, Plakas S, Kelesi M, Fasoï G, Vardaki Z. Private duty nurses in Greek hospitals: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2012 Dec;59(4):458-65.
21. Perelman J, Roch I, Heymans I, Moureaux C, Lagasse R, Annemans L, Closon MC. Medical homes versus individual practice in primary care: impact on health care expenditures. *Med Care*. 2013 Aug;51(8):682-8.
22. Råholm MB, Hedegaard BL, Löfmark A, Slettebø A. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden — from Bachelor's degree to PhD. *J Adv Nurs*. 2010 Sep;66(9):2126-37.
23. Ruud T. Mental health quality and outcome measurement and improvement in Norway. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Nov;22(6):631-5.
24. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*. 2012 Jun;106(1):37-49.
25. Søreide K, Glomsaker T, Søreide JA. Surgery in Norway: beyond the scalpel in the 21st century. *Arch Surg*. 2008 Oct;143(10):1011-6.
26. Tanner M. The wrong road to reform. *Hastings Cent Rep*. 2006 Sep-Oct;36(5):24-6.
27. Thijssen WA, Giesen PH, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands. *Emerg Med J*. 2012 Jan;29(1):6-9.
28. Tsiachristas A, Dijkers C, Boland MR, Rutten-van Mölken MP. Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy*. 2013 Aug 9. doi:p11: S0168-8510(13)00196-6.
29. Wagenaar K, Baars J. Family and family therapy in the Netherlands. *Int Rev Psychiatry*. 2012 Apr;24(2):144-8.