

## **Типи систем охорони здоров'я.**

План.

1. Системи охорони здоров'я.
2. Вимірювання ефективності роботи системи охорони здоров'я.

### **1. Системи охорони здоров'я.**

Типи систем охорони здоров'я переважно класифікують за джерелом фінансування та організацією надання медичних послуг. Основними типами є:

1. **Модель Беверіджа** (національна служба охорони здоров'я) – система, де медичні послуги фінансує держава через податки, і більшість медичних закладів є державними. Медичне обслуговування безкоштовне для громадян.

Модель Беверіджа – це система охорони здоров'я, вперше розроблена сером Вільямом Беверіджем у 1948 році у Великій Британії. Вона є державною моделлю з фінансуванням через державний бюджет, де послуги надаються безкоштовно для громадян і фінансуються за рахунок податків. Основний принцип моделі – універсальний доступ до медичної допомоги незалежно від соціального статусу чи доходів, що знижує соціальну нерівність і підвищує рівень життя населення. Медичні працівники в цій системі є найманими державними службовцями, їхня оплата залежить від кількості наданих послуг і кваліфікації.

Переваги моделі Беверіджа – це доступність медичної допомоги, проста система фінансування та оплати праці, а недоліки – відсутність ринкових стимулів підвищення ефективності, можлива слабка мотивація для покращення якості послуг і велика залежність від державного бюджету.

Приклади країн з моделлю Беверіджа: Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба. Модель має особливий соціальний характер, реалізуючи принцип «багатий платить за бідного, здоровий – за хворого» через державне фінансування охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я Великої Британії базується на Національній службі охорони здоров'я (NHS), створеній у 1948 році. NHS є державною, фінансується через податки та надає комплексні, універсальні та безкоштовні медичні послуги для резидентів країни. Основні принципи – доступність для всіх, безоплатність в момент надання послуг і повний спектр медичної допомоги, за винятком деяких стоматологічних та оптичних послуг, а також ліків за рецептом, за які пацієнти сплачують, хоча існують винятки для певних категорій (похилі, вагітні, інваліди).

National Health Service (NHS) поєднує всі медустанови, контролює, фіксує та оплачує діяльність багатьох приватних інститутів.

NHS є величезною системою, де працює понад мільйон фахівців різних напрямків:

1. Служба охорони здоров'я – акушерки, медичні та патронажні сестри, соціальні працівники.

2. Служба загальної практики – стоматологи, офтальмологи, лікарі загальної практики, фармацевти.

3. Госпітальна служба – лікарі вузької спеціалізації, які ведуть амбулаторний прийом.

Однією з головних проблем є висока завантаженість лікарень, зумовлена скороченням бюджету та нестачею персоналу. Усі громадяни країни прикріплюються до свого лікаря загальної практики – GP (General practitioner). Щоб отримати напрямок до вузькопрофільного фахівця, насамперед потрібно потрапити на прийом до GP. Нерідко доводиться чекати на свою чергу кілька місяців, а то й роки.

Більшість англійців віддають перевагу приватній медицині. Тут результати обстеження оголошуються одразу, а багато операцій призначаються за кілька днів. Прийом у лікаря коштуватиме в середньому 200–350 фунтів, не включаючи витрат на додаткові процедури та обстеження. Вартість лікування сильно залежить від клініки та необхідних процедур.

Сполучене Королівство надає державну охорону здоров'я всім постійним жителям (це близько 58 мільйонів осіб). Медичне страхування надається безкоштовно та оплачується за рахунок загального оподаткування. Близько 18% прибуткового податку йде на охорону здоров'я, що становить 4.5% середнього доходу громадянина.

Державна система охорони здоров'я в Англії надає широкий спектр послуг, зокрема:

- психологічну допомогу;
- послуги терапевта;
- супровід вагітності та пологів;
- надання рецептів на ліки;
- стоматологічне лікування;
- лікарняні послуги (екстренні, амбулаторні, стаціонарні);
- профілактична допомога.

Усі мешканці Британії, включаючи емігрантів, можуть отримати доступ до багатьох послуг NHS безкоштовно. Система надає первинну медичну допомогу всім незалежно від статусу проживання.

Хоча багато послуг NHS є безкоштовними, пацієнти можуть нести додаткові витрати. В Англії платять за кожен виписаний за рецептом препарат. Звільняються від додаткових платежів вагітні жінки, люди похилого віку та особи з певними захворюваннями.

Стоматологічне лікування NHS не безкоштовне, пацієнти платять відповідно до тривірневої системи, залежно від необхідного лікування.

Приватна система охорони здоров'я в країні надає альтернативу NHS, пропонуючи швидший доступ до лікування, ширший вибір фахівців та комфортніші лікарні. Приватна охорона здоров'я фінансується або за рахунок особистих платежів або через PMI.

Private Medical Insurance (PMI) є приватною страховкою в Англії. Поліс покриває низку медичних послуг, які не входять до National Health Service.

Основними страховими компаніями країни є Allianz Care, Vupa Global та Signa Global. Вартість поліса залежить від типу плану, покриття та інших умов. Середня вартість медичного страхування в Англії в 2024 році становить 41,58 фунтів стерлінгів для окремих осіб, 77,42 фунтів стерлінгів для пар і 95,19 фунтів стерлінгів для сім'ї з чотирьох осіб.

Рекомендується одразу після приїзду до країни зареєструватися в одній із клінік за місцем проживання. Іноземцю потрібно буде пред'явити National Insurance Card і документ, що підтверджує місце проживання (Council Tax). Оформлення документів займе близько тижня та після реєстрації видадуть NHS номер, який є медичним паспортом.

Страховий збір розраховується на підставі ризиків, що покриваються, способу життя, віку та наявності хронічних захворювань у людини.

**2. Модель Бісмарка** (страхова система) – заснована на обов'язковому соціальному страхуванні здоров'я з фондів, які формуються внесками роботодавців і працівників. Приклади: Німеччина, Франція, Бельгія.

Модель системи охорони здоров'я Бісмарка (соціальна страхова модель) була запроваджена канцлером Отто фон Бісмарком у кінці XIX століття в Німеччині. Її основою є принцип соціального страхування, де фінансування системи здійснюється через страхові медичні фонди, які формуються за рахунок обов'язкових внесків роботодавців і найманих працівників з їхньої заробітної плати. Ці страхові фонди надають медичні послуги, що оплачені за рахунок колективних внесків незалежно від індивідуального ризику чи стану здоров'я застрахованих.

Основні риси моделі Бісмарка:

1. Фінансування через соціальне медичне страхування: внески співробітників і роботодавців.
2. Покриття великої частини населення, включно з членами їхніх сімей.
3. Висока частка послуг, що фінансуються страховими фондами (понад 70%).
4. Децентралізована структура з багатьма страховими фондами.
5. Медичні заклади і постачальники послуг можуть бути як державними, так і приватними.
6. Принцип солідарності, коли внески залежать від доходів, а послуги забезпечуються на основі потреб.
7. Система поєднує обов'язкове і добровільне страхування.

Приклади застосування: Німеччина, Австрія, Бельгія, Франція, Нідерланди, Люксембург, Швейцарія, Японія.

Модель Бісмарка в XXI столітті має такі переваги та недоліки:

*Переваги:*

Високий рівень соціального захисту населення, забезпечення страхового покриття для більшості громадян незалежно від соціального статусу.

Принцип солідарності: внески залежать від доходу, а послуги надаються за потребою, що сприяє соціальній стабільності та справедливості.

Поєднання державного та приватного секторів, що формує конкурентне середовище та підвищує якість медичних послуг.

Фінансова прозорість і можливість залучення додаткових джерел фінансування через страхові фонди.

Широке охоплення населення медичним страхуванням, більша гнучкість та децентралізація у порівнянні з моделлю Беверіджа.

#### *Недоліки:*

Застарілість окремих елементів моделі, що не повністю адаптовані до сучасних демографічних та економічних викликів (старіння населення, зростання витрат на медицину).

Варіативність якості послуг через різноманітність страхових фондів і нестандартність їх роботи.

Схильність до дефіцитів страхових фондів у кризові періоди, коли кількість одержувачів послуг зростає, а внески платників зменшуються.

Адміністративна складність і витрати на управління численними страховими фондами.

Можливі нерівності у доступі до послуг для незастрахованих або малозабезпечених верств населення.

**3. Модель національного медичного страхування** – поєднує елементи державного фінансування і приватного страхування, де держава виступає як головний страховик і контролює якість послуг.

Модель національного медичного страхування, або система, яка базується на цьому принципі, характеризується високим рівнем централізації та фінансування через загальні джерела бюджету, здебільшого податки. Вона передбачає безоплатний або частково оплатний доступ до широкого спектру медичних послуг для всіх громадян країни, базуючись на принципі солідарності.

#### **Основні риси моделі:**

**Фінансування через податкові надходження.** Громадяни сплачують податки відповідно до доходів, що дозволяє забезпечити доступність медичних послуг незалежно від рівня доходу.

**Універсальність і рівний доступ.** Усі, хто має право на проживання, отримують медичну допомогу без додаткових витрат або з мінімальними платежами (наприклад, доплатами за конкретні послуги або ліки).

**Пасивна роль держави.** Відповідальність за організацію та фінансування системи лежить на державних органах. Часто система складається з державних організацій, які управляють і регулюють процеси охорони здоров'я.

**Страхові фонди або державні програми.** Зазвичай у рамках системи функціонують страхові фонди або програми, які адмініструють фінансування і надають послуги через мережу державних або приватних закладів, що працюють за державними стандартами.

#### **Переваги:**

Висока доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Позитивний вплив на суспільне здоров'я та рівень життя.

Підвищена рівність у доступі до високоякісної допомоги.

**Недоліки:**

Можливі бюрократичні перепони, зростання витрат та зниження ефективності через управлінські складнощі.

Обмежена мотивація для інновацій і підвищення якості через відсутність конкуренції.

Фінансова навантаженість на бюджет держави, особливо при зростанні кількості населення з високими потребами.

Скандинавська модель охорони здоров'я базується на принципах державного фінансування і високому рівні соціального забезпечення, вона є варіацією моделі Беверіджа з сильним акцентом на універсальний доступ і соціальну солідарність. Основні риси цієї моделі:

1. Фінансування системи здійснюється за рахунок податків, що забезпечує безоплатний або близький до безоплатного доступ до медичних послуг для всього населення.

2. Високий рівень державного регулювання і централізоване управління, але при цьому значна децентралізація на регіональному рівні.

3. Акцент на первинну медичну допомогу та профілактику, що допомагає знизити витрати на лікування та підвищити загальний рівень здоров'я.

4. Соціальне страхування включає медичне страхування, стоматологічне, пенсійне забезпечення та підтримку сімей.

5. Використання сучасних технологій та цифровізації для покращення доступності і якості послуг.

6. Впровадження механізмів зниження адміністративних витрат і розширення ролі приватного сектору у наданні послуг.

Країни, які представляють цю модель – Швеція, Норвегія, Данія, Фінляндія. Система відома своєю ефективністю, прозорістю та соціальною спрямованістю, хоча іноді страждає від бюрократії і тривалого часу очікування.

**4. Ринкова (приватна) система охорони здоров'я** – фінансування через приватне медичне страхування або оплату пацієнтів безпосередньо, характерна для США, де держава має менший контроль.

Ринкова (приватна) система охорони здоров'я характеризується тим, що основне фінансування і надання медичних послуг здійснюється через приватний сектор. Пацієнти або їхні страховики сплачують за медичну допомогу безпосередньо, або через приватне медичне страхування. Така система характеризується високою конкуренцією між постачальниками послуг, що стимулює інновації, якість і розвиток сервісів.

Основні риси ринкової системи:

1. Приватна власність на медичні заклади і страхові компанії.

2. Оплата переважно за фактично надані послуги (fee-for-service) або через приватні страховки.

3. Висока залежність від платоспроможності пацієнта та якості страхових продуктів.

4. Швидкий доступ до інноваційних технологій та персоналізованого лікування.

5. Можливість вибору лікаря та лікувального закладу пацієнтом.

Переваги:

1. Висока якість медичних послуг через конкуренцію.

2. Швидкий доступ до технічно складних та інноваційних видів допомоги.

3. Розвиток персоналізованих підходів і приватних клінік.

4. Недоліки:

5. Обмежений доступ для малозабезпечених верств населення через високі витрати.

6. Відсутність універсальності та соціальної рівності в доступі.

7. Високі адміністративні витрати на управління страховими компаніями та медичними послугами.

Система охорони здоров'я США у 2025 році – це переважно ринкова (приватна) модель з важливими елементами державного регулювання і фінансування. Основою є приватне медичне страхування, яке більшість громадян отримує через роботодавців або купує самостійно. Однак існують державні програми, такі як Medicare (для пенсіонерів та інвалідів) і Medicaid (для малозабезпечених), які забезпечують доступ до медичної допомоги соціально незахищеним групам.

У 2025 році система охорони здоров'я США проходить етап реформ та реструктуризації, спричиненої політичними змінами і адміністративними скороченнями у Департаменті охорони здоров'я. Ці зміни викликали критику щодо скорочення програм охорони здоров'я матері та дитини, а також програм профілактики і вакцинації.

Незважаючи на високотехнологічне оснащення, широку мережу клінік і лікарів, в США існують проблеми з нерівністю доступу до медичних послуг через високу вартість страхування та лікування. Пацієнти часто платять високі премії, франшизи та додаткові витрати. В системі широко застосовуються різні моделі страхування, зокрема НМО (Health Maintenance Organization), яка об'єднує лікарів і пацієнтів у мережі для координації медичної допомоги.

Основні типи медичного страхування у США відрізняються за джерелом фінансування, формою організації та покриттям витрат.

1. Приватне страхування:

Employer-sponsored insurance (страхування через роботодавця) – найпоширеніший тип, де роботодавець оплачує частину або всю страховку для працівників. Має широкий спектр послуг.

Marketplace insurance – купується на спеціальній державній платформі healthcare.gov через обмежені періоди запису; різноманітні плани за вартістю і покриттям.

Short-term plans – короткострокові страхові поліси для обмеженого часу з мінімальним покриттям, популярні серед тимчасових іммігрантів або тих, хто переходить між роботами.

## 2. Державне страхування:

Medicare – федеральна програма для людей старше 65 років, де підрозділи покривають лікарняні послуги, амбулаторні, рецептурні ліки тощо.

Medicaid – програма для малозабезпечених та людей з низьким доходом, яка розрізняється за штатами, але забезпечує базові медичні послуги.

Children's Health Insurance Program (CHIP) – страховка для дітей із сімей з низьким доходом, неякісним для Medicaid.

Система охорони здоров'я України у 2025 році переживає активну фазу реформ з метою підвищення якості та доступності медичних послуг. Основними складовими є створення єдиного медичного простору, забезпечення безоплатності базових послуг для пацієнтів та розширення програм, таких як реімбурсація "Доступні ліки". Фінансування охорони здоров'я у Державному бюджеті передбачено на рівні 217 млрд грн, що на 13,6 млрд грн більше, ніж у 2024 році, з акцентом на програму медичних гарантій та централізовану закупівлю ліків.

Ключові напрямки розвитку системи:

Розвиток цифрових технологій (електронна система eHealth та телемедицина) для покращення доступу і контролю.

Підвищення професійних стандартів і ліцензування медичних працівників.

Запровадження наглядових рад у медичних закладах для підвищення прозорості.

Розширення ролі медсестер, особливо у віддалених районах.

Розробка генерального плану лікарняної мережі з розподілом функцій між установами.

## **2. Вимірювання ефективності роботи системи охорони здоров'я.**

Вимірювання ефективності роботи системи охорони здоров'я здійснюється через комплекс показників, що охоплюють якість, доступність, результативність і сталість надання медичних послуг. Основні категорії критеріїв:

1. Медичні результати: рівень смертності, тривалість життя, показники захворюваності, успішність лікування хронічних та інфекційних хвороб.

2. Доступність: охоплення населення базовими послугами, середній час очікування, географічна доступність медичних закладів.

3. Якість послуг: пацієнтські відгуки, відповідність стандартам лікування, рівень ускладнень і повторної госпіталізації.

4. Економічна ефективність: співвідношення витрат до отриманих результатів, розподіл бюджетних коштів, рівень і профіль фінансування.

5. Показники кадрів: кількість і кваліфікація медперсоналу, рівень їх вигорання, плинність кадрів.

6. Технологічне забезпечення: рівень цифровізації, впровадження інновацій, використання телемедицини.