

**Ростислав ШНІЦАР**

здобувач освітньо-професійної програми

«Менеджмент закладів охорони здоров'я», ЗУНУ

Науковий керівник – к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту,  
публічного управління та персоналу ЗУНУ Жанна КРИСЬКО**ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У КРАЇНАХ СХІДНОЇ ЄВРОПИ**

Після розпаду соціалістичного табору у колишніх соціалістичних державах відбулися суттєві зміни. І це зрозуміло, адже, з одного боку, – давно очікувана та здобута демократія, з іншого – виникла потреба пристосування до нових умов життя. Зміна державного ладу далася взнаки і на медицині. Раніше все було встановлено та вивірено раз і назавжди: держава несла відповідальність за сферу медичних послуг, фінансувала, контролювала, забезпечувала її. Принцип державності, закладений соціалістичною системою, становив міцну основу медичного обслуговування. З крахом соціалізму система, побудована, здавалося б, на віки, дала тріщину.

Західна Європа та США надали допомогу країнам Східної Європи у вигляді інвестицій, кредитів та капіталовкладень. Орієнтир було намічено, мета поставлена, система охорони здоров'я країн Східної Європи взяла курс на соціальне страхування. Медичне страхування і раніше існувало у країнах Європи, і це було просто повернення до витоків.

Так, криза та подальший розпад соціалістичного табору початку 90-х років ХХ ст. позначився і на медичній галузі Болгарії. Проте обов'язкове медичне страхування знову було включено до системи медичного обслуговування – Закон про обов'язкове медичне страхування прийнято у 1998 р. Введення його у дію стало логічним завершенням процесу пошуку додаткового фінансування системи охорони здоров'я. Закон став відображенням загальних тенденцій, характерних для країн Східної Європи та історичних традицій Болгарії.

На новостворену систему медичного страхування поклалися великі надії. Передбачалося додаткове фінансове забезпечення системи медичного обслуговування, підвищення якості послуг за рахунок безпосередньої роботи з медичними установами. Створено єдиний фонд медичного обслуговування – Національна каса охорони здоров'я. Відповідно до Закону лікувальні заклади передано до приватної, державної та комунальної (общинної) власності.

Надходження приватного капіталу систему медичного обслуговування дало можливість отримувати дохід від медичної діяльності. З 2002 р. амбулаторно-медичну допомогу надають приватні лікарі або приватні медичні центри (<http://www.nhif.bg>). Природна конкуренція передбачає підвищення якості обслуговування.

Подібно до схеми медичного страхування в країнах Західної Європи в Болгарії працює лікар загальної практики. Він є приватним підприємцем, орендує кабінет у поліклініці та зацікавлений у результатах своєї праці. Пацієнти самі обирають лікаря. Доходи лікаря залежать від його професійних навичок та вміння спілкуватися з пацієнтами. Застраховані записуються прийом до лікаря загальної практики, який за необхідності направляє до вузького фахівця чи обстеження. Іноді очікування на консультацію вузького спеціаліста затягується, оскільки кількість безкоштовних талонів обмежена. Стоматологічні послуги частково оплачуються за рахунок медичного страхування (тільки частина вартості пломбування та ін.). Оплату витрат за медичне обслуговування бере на себе Національна каса охорони здоров'я, яку певну частину вносить держава, громади (комуни) та застраховані (у розмірі 1% мінімальної заробітної плати при кожному відвідуванні лікаря). У Болгарії функціонують приватні страхові компанії як добровільних фондів медичного страхування. Їхня кількість поки що незначна і вартість медичних послуг для громадянина Болгарії із середнім доходом висока. Пропонований фондами медичного страхування сервіс включає покриття вартості лікарських засобів, огляду лікарями, обстеження, лікування у лікарні та оплати перебування у стаціонарі у вигляді добових. Країна розвивається, на зміну старим формам приходять нові. Медичне страхування постійно змінюється, щоб досягти найкращої форми.

Як яскравий представник країн Східної Європи Чехія також стала винятком. Чехія — переплетення стародавньої та багатой історії, багатоликої та багатогранної культури та сучасності, країна, що прагне до всього кращого, нового. Країна пройшла шлях від соціального медичного страхування з приватною платною медициною до державної медицини з безкоштовним обслуговуванням, дільничними лікарями, символічною платою за лікарські засоби. Державна форма охорони здоров'я суттєво вплинула на якість медичного сервісу, зумовила дефіцит деяких послуг та лікарських засобів, позбавила лікарів матеріального стимулу. Новий час – нові віяння. А нове – це добре забуте старе.

У Чехії повернулися до початкової форми медицини з її незмінними атрибутами — приватним та платним обслуговуванням та приватизацією медичних закладів. У дивовижній країні існує індивідуальне (а чи не сімейне) страхування. Оплата його вартості здійснюється в такий спосіб. Підприємці відраховують частку від заробітку, за найманих робітників 2/3 страхового внеску сплачує роботодавець та 1/3 – працівник. Страхування непрацюючого населення здійснюють за рахунок бюджетних коштів. Вартість медичного страхування залежить від статі та віку клієнта. Максимальні внески встановлені для 68-70-річних громадян.

У Чехії функціонує велика кількість страхових компаній, застрахований має право на вибір. Клієнт заповнює необхідні документи та укладає договір страхування, копія якого надсилається платнику основної частини внеску (за місцем роботи або до місцевої адміністрації). Особова участь клієнта у підписанні договору та його самостійний вибір страхової компанії впливають на якість її роботи. Страхова компанія враховує побажання, пропозиції та вимоги застрахованого. Інакше й бути не може — не проблема змінити страхову компанію. Сплативши внесок, застрахований не переймається вартістю медичних послуг та лікарських препаратів. Усе це бере він страхова компанія. Перелік медичних послуг чітко визначено. Медична страховка є повноцінною та комплексною, включаючи майже всі види медичної допомоги, за винятком косметичних операцій та частини стоматологічного сервісу. Вартість лікарських засобів рецептурної групи при амбулаторному та стаціонарному лікуванні також сплачує страхова компанія. У Чехії діє бальна оцінка медичних послуг. Вартість балу є єдиною по всій країні, але періодично змінюється. За високої вартості деяких операцій клієнт доплачує певну частину суми. Проте розмір доплати незначний і вбирається у кількох відсотків вартості послуг. Амбулаторну допомогу в Чехії переважно надають приватні лікарі. Спочатку держава надавала пільгові кредити для бажаючих вести приватну практику, чим лікарі не забули скористатися. Страхова компанія укладає договір про співпрацю із лікарями щодо надання медичних послуг.

Стаціонарну допомогу продовжують надавати у державних лікарнях. На сьогоднішній день існують відмінності у розмірі зарплати лікарів, які надають амбулаторну допомогу та лікарів стаціонару. Слід зазначити, що це відомчі медичні установи із запровадженням соціального страхування скасовані. Загальні правила медичного страхування поширюються і «слуг народу». У нових

умовах покращилося медичне оснащення лікарських кабінетів, з'явилося сучасне лабораторне та діагностичне обладнання, на прилавках аптек — лікарські препарати, які раніше були недоступні. Проводяться міжнародні семінари, де чеські лікарі вивчають досягнення медичної науки, переймають досвід. Уряди країн Західної Європи та США надають гранди для проведення дослідницької та наукової роботи в Чехії.

Ще одна країна Східної Європи привертає увагу не лише багатою культурною спадщиною. Ця держава – батьківщина великого композитора Фредеріка Шопена та знаменитої Марії Склодовської-Кюрі, яка відкрила полоній та радій. Країна, де народився вчений Микола Коперник та видатний поет Адам Міцкевич. У Польщі запроваджено нові закони та змінено структуру медичної галузі. З державної структури медицина трансформувалася на соціальне страхування, що підтверджено законодавчо. Реформа охорони здоров'я прийнята 1999 р. Фінансування обов'язкового медичного страхування здійснюється шляхом сплати внесків у лікарняні каси. Застрахованим надається пакет безкоштовної медичної допомоги. У Польщі існує система лікаря першого контакту (терапевт). Пацієнт має право вибору або заміни лікаря, попередньо повідомивши про зміну лікарняної каси. В усіх випадках звернення по медичну допомогу передбачається обов'язкове первинне відвідування терапевта. Терапевт встановлює діагноз, визначає необхідність консультації вузького спеціаліста та проведення обстежень. Без направлення терапевта пацієнт може отримати безкоштовну консультацію вузького спеціаліста. Якщо пацієнт бажає прискорити процес, він може сам сплатити за візит і в той же день відвідати вузького спеціаліста. Напрямок на госпіталізацію виписує терапевт. Лікарняна каса оплачує витрати перебування застрахованого у стаціонарі, забезпечує безкоштовними лікарськими препаратами протягом усього періоду лікування. Стоматологічна допомога включена до переліку послуг, які сплачує лікарняна каса. Застосування дорогих препаратів або надання додаткових послуг застрахований сплачує сам. Послуги швидкої медичної допомоги для застрахованих є безкоштовними, але громадяни Польщі не зловживають цим видом медичного сервісу. Якщо виклик буде визнано необґрунтованим, застрахований сплатить його самостійно. Бригада швидкої допомоги виїжджає лише у таких випадках, як травма, отруєння, пологи чи стан здоров'я, що загрожує життю.

У Польщі лікарі практикують як у системі обов'язкового медичного страхування, так і приватним чином. Багато хто, не виходячи з кабінету, спочатку приймає «безкоштовних» пацієнтів, потім надає платні послуги. Черга до лікаря іноді розтягується на тижні і пацієнти мають вибір: чекати або заплатити, таким чином уникнувши очікування і негайно отримавши консультацію лікаря. Отже, ту саму ситуацію можна вирішити швидко і ефективно лише за допомогою грошей. Тому реформа охорони здоров'я у Польщі викликає суперечливі думки. Більшість (71%) громадян вважають, що система охорони здоров'я, що діє в країні, «нікуди не годиться», лише 24% відзначають, що система охорони здоров'я діє «добре», 5% не мають певної думки. Такими є результати опитування, проведеного польським центром дослідження громадської думки.

Таким чином, колишні соціалістичні країни зуміли швидко зорієнтуватися та обрали соціальне медичне страхування. Це зумовлено географічним розташуванням (сусідством із країнами Західної Європи), бажанням звільнитися від колишніх порядків та засад, а також традиціями та досвідом.

*Список використаних джерел:*

1. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52).
2. Монастирський Г.Л. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки. *Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я* / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желок Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. С. 235-247.

**Марта ЩЕРБАНЬ**

здобувачка освітньо-професійної програми

«Державна служба», ЗУНУ

Науковий керівник – д.е.н., професор кафедри менеджменту,  
публічного управління та персоналу ЗУНУ Алла ВАСІНА

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ ЖИТЕЛЯМ  
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ**

В ході децентралізації відбулося розширення повноважень територіальних громад щодо надання адміністративних послуг. Зростають очікування жителів територіальних громад та їх вимоги до органів місцевого самоврядування щодо

забезпечення доступності до широкого переліку зручних та якісних адміністративних послуг. Тому вироблення дієвого механізму організації надання адміністративних послуг є одним з пріоритетних завдань, яке повинно вирішуватись в контексті постійного підвищення їх якості, удосконалення способів, форм, методів та ресурсного забезпечення обслуговування громадян.

Органи місцевого самоврядування базового рівня організаційно вирішують це завдання через створення сучасних Центрів надання адміністративних послуг (ЦНАП) – єдиного місця (приміщення), де можна отримати найнеобхідніші адміністративні послуги у комфортних умовах, впровадження Єдиного державного порталу адміністративних послуг.

Управління надання адміністративних послуг (Центри надання адміністративних послуг) функціонують як структурні підрозділи базових органів місцевого самоврядування, що утворюються з метою забезпечення надання адміністративних послуг. У своїй діяльності керуються Конституцією та законами України, першочергово Законом України «Про адміністративні послуги» [1], актами Президента України і Кабінету Міністрів України, рішеннями органу місцевого самоврядування, Положенням про Управління надання адміністративних послуг (Центр надання адміністративних послуг). Основною метою ЦНАП є орієнтація на задоволеність громадян, мешканців територіальної громади якістю послуг.

Така організація надання адміністративних послуг жителям територіальних громад вже довела свої переваги, серед яких:

- сформований єдиний відкритий адміністративний простір;
- ввічливе ставлення персоналу;
- запровадження зрозумілих адміністративних процедур;
- встановлення обґрунтованих та чітко закріплених строків надання адміністративних послуг;
- створені комфортні умови для клієнтів;
- значна економія часу та ресурсів жителів територіальної громади;
- розширення переліку послуг на основі налагодження дієвої взаємодії з органами виконавчої влади.
- досягнення результативних і ефективних показників діяльності.

Поряд з цим, важливим є постійне удосконалення організації надання адміністративних послуг з метою забезпечення їх якості. За даними Міжнародної