

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Охорона здоров'я в ЄС віч-на-віч зустрічає зростаючі виклики. До них належать технологічний прогрес, зростання витрат на новітні медичні технології та людських очікувань на більшу якість і кількість медичних послуг, старіння населення, поширення хронічних захворювань. Кількість громадян у віці 65 років складала у 2010 р. 16 %, хоча ще у 1990 р. – 13,4 % від загалу. Загальний коефіцієнт народжуваності на 1 000 населення дорівнював у середньому в країнах-членах ЄС у 1960 р. – 19,0, у 2010 р. – 10,9 [1]. Не зважаючи на стійке зростання очікуваної тривалості життя в країнах ЄС, саме роки здорового життя складають у середньому лише 62,2 роки для жінок та 61 для чоловіків. Тобто європейці живуть з обмеженнями якості життя і продуктивності десь 20 років. Майже чверть (23,5 %) працівників зайнятих у різних галузях економіки, страждають на хронічні захворювання і щоденні обмеження активності [2, с.27]. Вони потребують медичної допомоги. Проте бюджетні ресурси завжди обмежені, і навантаження на них додала фінансово-економічна криза 2009-2012 рр. Деякі країни-члени ЄС взагалі скоротили свої держбюджети. Як наслідок, наростає протиріччя між зростанням витрат на охорону здоров'я та зменшенням ресурсів, які для цього потрібні. Всі ці явища спричиняють поширення дискусій у науковому середовищі про координацію макроекономічної політики і спонукають до реформ в охороні здоров'я задля стримування невиробничих витрат.

20.02.2013 р. Європейська комісія прийняла документ, який зобов'язує держави-членів ЄС брати до уваги важливість інвестування охорони здоров'я заради досягнення економічних цілей гармонійного, сталого зростання країн. Цей документ доповнює стратегію ЄС з охорони здоров'я і знову підтверджує, що здоров'я є як цінністю для людини само по собі, так і передумовою для економічного процвітання. Фінансування в охорону здоров'я, як стверджується в документі, є вирішальним для економічного розвитку. Покращення медичного статусу людини, надання їй

можливості повернутися до активного способу життя на тривалий час підштовхує економічне зростання. Фактично, інвестування у здоров'я і добробут, економічне процвітання є взаємно посилюючими засобами.

Головний напрям європейських реформ, запропонований Комісією, це – *зміцнення стабільності і сталого розвитку національних систем охорони здоров'я*. Пропонується: подальше зниження витрат і зростання економічної ефективності надання медичних послуг; підтримання високої кваліфікації медичного персоналу; подальша структурна перебудова охорони здоров'я і зменшення стаціонарного лікування; підвищення якості первинної медицини; статистичний моніторинг перевірки результатів реформ [2, с.27].

Наступний напрям реформ – це *інновації у медицину*. У тривалому періоді вони теж сприяють зниженню середніх витрат на медичне обслуговування, проте на старті потребують значних інвестицій. Комісія пропонує країнам-членам ЄС взяти за основу інтеграційний ресурс – використати спільний потенціал нових технологій шляхом кооперації, уникаючи дублювання і об'єднуючи досвід. Це дає відомий в економіці позитивний ефект масштабу. Окрема увага приділяється Е-медицині.

Значної уваги потребує також *ринок праці медичних працівників*. За період 2008-2012 рр. в охороні здоров'я ЄС і секторі соціальної допомоги було створено майже 1,5 млн нових робочих місць, або 10 % від загальної кількості робочої сили в економіці [2, с.27]. На наступний період прогнозується подальше збільшення вакансій, яке на практиці реформування треба балансувати із завданням стримання витрат на охорону здоров'я.

Інвестиції у *зменшення нерівності доступу до медицини* так само відіграватимуть велику роль. За даними європейських дослідників, показники рівня інвалідності та обмеження у повсякденній діяльності вдвічі вищі у квінтілі найменш забезпечених громадян (етнічних меншин та мігрантів), ніж у квінтілі найзаможніших [2, с.28], через неякісну їжу, незадовільні умови праці і мешкання, високий рівень ризикової поведінки щодо здоров'я. Фінансово-економічні кризи посилюють цю нерівність. Виникають питання щодо європейської

політики співплатежів за медичні послуги, яка проводиться заради стримання непродуктивних витрат на охорону здоров'я: чи не скорочують ці співплатежі доступ до медицини незаможних і літніх людей та чи не поглиблюють їхні економічні негаразди.

Рівність доступу до медицини має на меті *міжсекторальне управління поліпшенням здоров'я громадян*. Воно охоплює охорону довкілля, контроль за відходами виробництва і землекористування, захист прав споживачів, стан житлового господарства, транспорту і доріг, умови праці, готовність урядів до пандемій та надзвичайних ситуацій, спосіб життя людей. Держави мають використовувати багатий арсенал засобів заради громадського здоров'я, а саме – інформаційну, профілактичну і податкову політику, маркування і брендинг, нові стандарти щодо продовольства, фінансові стимули для споживачів, пацієнтів і провайдерів. Такий підхід забезпечить кращі результати для незахищених верств населення за рахунок корекції їхньої поведінки щодо власного здоров'я, гарантування їм необхідного рівня доходів, умов життя і праці. Якість медичної допомоги, запобігання хронічним захворюванням і скорочення нерівності доступу до охорони здоров'я – ці три чинники разом гарантуватимуть процвітання і соціальне інтегрування суспільства європейських країн.

Усе зазначене вище, безумовно, слід взяти на озброєння фахівцям української охорони здоров'я з урахуванням національних особливостей розвитку країни.

Список використаних джерел

1. Health at a Glance: Europe 2012. Additional information on demographic and economic context [Електронний ресурс] // http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en
2. Coggi P.T. Investing in Health: a European Commission Perspective [текст] / P.T. Coggi P.T., В. Hackbart // Eurohealth. – 2013. – Vol. 19. – №3. – P. 26-28.