

*Костенко Н.І., к.пед.н., завідувач кафедри
соціальних технологій,
Вінницький інститут Університету «Україна»;
Марцинковський В.О., магістрант 2-го року підготовки,
спеціальність «Соціальна робота»,
Вінницький інститут Університету «Україна»*

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

THE PECULIARITIES OF SOCIAL SECURITY IN THE SPHERE OF HEALTH CARE: FOREIGN EXPERIENCE

Анотація. В статті проаналізовано особливості зарубіжного досвіду соціального забезпечення сфери охорони здоров'я. Досліджено проблеми медичної допомоги та охорони громадського здоров'я, тобто систему охорони здоров'я як таку, і більш широко – охорони суспільного здоров'я з урахуванням різних детермінант здоров'я.

Ключові слова: соціальне забезпечення, громадське здоров'я, суспільне здоров'я, сфера охорони здоров'я.

Abstract. The article analyzes the peculiarities of the foreign experience of social security in the sphere of health care. The problems of medical care and public health protection are studied, ie the health care system as such, and more widely – the protection of public health, taking into account various determinants of health.

Keywords: social security, public health, the sphere of health care.

Постановка проблеми. Значним ресурсом поліпшення соціальної політики охорони здоров'я в Україні можна вважати вивчення і використання досвіду розвинених країн, таких як Фінляндія, Швеція, Норвегія, Японія та ін. [4].

Найбільш очевидним показником загального впливу європейської соціальної політики досягнення здоров'я для всіх на національні стратегії охорони здоров'я є факт згадування цієї політики в різних політичних програмних документах, розроблених у країнах. В рамках пошуку шляхів удосконалення проєктів, спрямованих на реформування в Україні галузі охорони здоров'я, видається за доцільне дослідити зарубіжний досвід. В якості прикладів країн було обрано Фінляндію, Японію, Швецію. Дані країни мають високий рівень соціально-економічного розвитку. У них належний рівень організації медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед науковців, роботи яких присвячені проблематиці правового забезпечення охорони здоров'я у зарубіжних країнах, варто виділити Ю.Н. Шанина, О.В. Длугопольського, Е.С. Ковжарова, В.И. Фильєва, О.Є. Губара, С.Г. Стеценко, В.Г. Черненко, О.В. Щербенко,

Н.Б. Новікова, Р. Салмана. До останнього часу проблеми суспільного здоров'я розглядалися в контексті традиційного розвитку національної економіки. Реформуванню соціальних проблем приділяли увагу Л. Безтелесна, О. Грішнова, О. Гулемпіченко, А. Колот, Є. Лібанова, Л. Немова, О. Новікова. Але прощання із залишками командно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст реформування охорони здоров'я.

Стало очевидним, що воно неможливе навіть у відносній ізоляції від міжнародного середовища і пов'язане з обов'язковим вивченням світових трендів. Постало також питання про позиціонування України на міжнародному ринку медичних та рекреаційних послуг, виявлення можливостей їх довготривалого ефективного просування та надання.

Формулювання цілей статті. Основною метою статті є виявлення головних напрямів реформування охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

Виклад основного матеріалу дослідження. Створення нової концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні є органічною складовою масштабних реформ на макроекономічному рівні з децентралізації, інвестування та поширення економічної свободи. Децентралізація – це один із загальних трендів розвитку сучасної економіки та охорони здоров'я. Вона означає посилення ролі регіонів у регулюванні медичної галузі за умови збереження загального національного ринку. За такої системи територіальні громади, області, міста і райони матимуть найширший обсяг повноважень і грошових ресурсів, необхідних для розвитку галузі, яка переважно фінансується за рахунок місцевих бюджетів. Цікавим для нас є досвід децентралізації охорони здоров'я у *ФІНЛЯНДІЇ*. Охорона здоров'я, включаючи профілактику хвороб, була головним фокусом фінської соціальної політики впродовж багатьох десятиліть. Це привело до зникнення поширених інфекційних захворювань, зменшення пов'язаних зі способом життя хвороб і покращення здоров'я населення [2].

Управління та соціальне забезпечення охороною здоров'я здійснюється в країні на національному і муніципальному рівнях. Багато неурядових організацій також виконують великі програми з охорони здоров'я. Охорона здоров'я фінансується насамперед за допомогою муніципального бюджету. Крім того, державний бюджет включає окремий розділ для програм охорони здоров'я (9,3 млн. євро в 2017 р.), які здійснюються муніципалітетами, неурядовими організаціями й ін.

Неурядові організації також мають право на фінансову підтримку держави. На національному рівні головним суб'єктом управління охороною здоров'я є міністерство, яке відповідає за охорону здоров'я населення. Це міністерство також включає екомедицину і контроль за хімічними речовинами, тютюном та алкоголем. Департаменти цього міністерства мають функції зв'язку з іншими секторами щодо вирішення проблем впливу на здоров'я. У 2017 р. уряд ініціював нову чотирирічну мультисекторну Програму урядової політики з охорони здоров'я. Мета програми полягала в тому, щоб підвищити рівень здоров'я населення і скоординувати дії різних міністерств [3].

Програма співробітництва охорони здоров'я є широкою основою для охорони здоров'я в різних сферах суспільства, що досягається через різні сектори управління, тому що охорона суспільного здоров'я значною мірою виходить за межі компетенції галузі охорони здоров'я. Поняття якості життя і благополуччя відіграють ключову роль у програмі. Стратегія представлена на восьми напрямках, що вимагають погоджених дій різними організаціями. Ці напрями включають: подовження середніх здорових років життя на два роки, скорочення смерті від нещасного випадку і насильницької смерті молодих повнолітніх чоловіків на третину, затримання середнього пенсійного віку на три роки і скорочення паління серед молодих людей. Сприяння гігієні праці визначене як завдання роботодавців. Відповідно до закону (закон про турботу і гігієну праці), роботодавці повинні надавати послуги, необхідні для того, щоб запобігти ризикам для здоров'я, пов'язаним із роботою. Вони повинні також надавати інформацію про ризики для здоров'я, пов'язані з роботою, і консультувати співробітників з питань того, як уникнути цих ризиків. Здійснювалась політика скорочення споживання шкідливих продуктів, таких як алкоголь і тютюн. Держава контролює і регулює політику екомедицини в цілому. Основна відповідальність за політику екомедицини, тим часом, передана до муніципалітетів. Послуги екомедицини у Фінляндії включають наступне: якість і гігієну продовольства, медичні впливи житла, шумопоглинання, контроль якості води, оцінку організації збору і видалення відходів тощо. Крім того, контроль генної технології, хімічного контролю і захисту від радіації включений у політику екомедицини.

Муніципалітети є відповідальними за надання добровільних імунізацій жителям. Загальна програма імунізації у Фінляндії стосується всього населення. Муніципалітети забезпечують планування родини й інші послуги репродуктивного здоров'я, вони також відповідальні за виконання послуг екомедицини відповідно до територіальних потреб [5].

Є багато неурядових організацій, які працюють у медичному просторі Фінляндії. Фінський центр охорони здоров'я об'єднує 125 таких організацій. Його мета полягає в тому, щоб сприяти співробітництву між університетами, владою та організаціями, які діють у сфері охорони здоров'я. Центр бере участь у різних проектах, програмах і кампаніях (наприклад, при сприянні здоров'ю у школах, запобіганні внутрішнім нещасним випадкам, зловживанні наркотиками). За його сприяння було проведено кілька кампаній щодо охорони здоров'я у Фінляндії з тим, щоб скоротити смертність і зменшити фактори ризику, пов'язані з хронічними захворюваннями. Різні методи використовувалися в проекті: надання загальної інформації і санітарної освіти (через матеріали, засоби масової інформації, зустрічі, кампанії і т.д.); розвиток процедур звернення і добору в медичному обслуговуванні; підтримка екологічних змін (таких як обмеження паління, сприяння раціональному харчуванню, співробітництво з продовольчими виробниками); профілактична робота, спрямована на дітей і молодих людей. Найбільший вплив на здоров'я населення мало виконання Північного карельського проекту. Проект сприяв змінам політики в

питаннях здоров'я, сільського господарства і торгівлі в межах Фінляндії в цілому (наприклад, харчова промисловість, яка співпрацювала з проектом, запровадила знежирені молочні продукти, зменшила кількість солі в кількох продуктах) [9].

Крім того, була виконана національна Програма, що включала кілька різних стратегій: Стратегію харчових втручань і підвищеної фізичної активності; Стратегію високого ризику, що передбачала співпрацю з харчовою промисловістю (наприклад, постачання молочних продуктів з низьким відсотком тваринного жиру і підвищеним використанням рослинної олії). Були прийняті закони щодо здорового харчування.

Особлива увага у Фінляндії приділяється здоров'ю дітей. Безкоштовні клініки здоров'я дитини існували у Фінляндії з кінця 40-х р. минулого століття. Головною метою було й лишається сприяння здоровому способу життя заради здоров'я майбутніх поколінь [1].

ЯПОНІЯ. Вохороні здоров'я Японії існує тенденція спрямовувати істотні зусилля на групи населення визначеного ризику. Це означає, що охорона здоров'я повинна все більше уваги приділяти поліпшенню здорового способу життя. Відповідаючи на цей історичний виклик для охорони здоров'я, ще у 1994 р. закон про Центр охорони здоров'я (1947) був відмінений і прийнятий новий закон – про здоров'я територіальної громади. Закон про здоров'я територіальної громади визначає відповідальність та організацію послуг охорони громадського здоров'я й окреслює в загальних рисах, що головним чином муніципалітети відповідальні за надання медичного обслуговування жителям їх територій.

Для охорони здоров'я дорослого населення мають значення контроль держави за гігієною праці, робочими місцями; заходи щодо хвороб, пов'язаних зі способом життя; послуги охорони здоров'я для людей похилого віку; контроль за поширеними інфекційними захворюваннями, а також Програма масової вакцинації [2].

Таким шляхом Японія досягла високого рівня здоров'я населення. Ефективна система охорони громадського здоров'я відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги, такі як імунізація, медичні діагностичні огляди в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. Люди можуть перевіряти загальний стан свого здоров'я й отримувати послуги санітарної освіти, надані на територіальному рівні й робочих місцях.

У кожній муніципальній області для планування здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у здійсненні плану діє комітет з питань сприяння здоров'ю територіальної громади. Довга тривалість життя в Японії значною мірою є результатом скорочення дитячої смертності і смертельних випадків з інфарктами, цереброваскулярних захворювань. Недавнє зниження смертельних випадків від цереброваскулярних хвороб відображає ефективну співпрацю мережі територіальних об'єднань, важливу роль медсестер в охороні громадського здоров'я.

Разом з тим суспільство з довгою тривалістю життя населення стикається з підвищенням рівня хвороб, пов'язаних зі способом життя, порушеннями функціонування органів кровообігу, захворюваннями на рак. Тому Японія потребує

подальшого вдосконалення політики, зорієнтованої на здоров'я населення, заохочення його вести більш здоровий спосіб життя. Щоб упоратися з цією проблемою, японський уряд прийняв національну Програму «Здорові Люди – 21». Ця програма сприятиме активній участі населення у збереженні власного здоров'я. Основна її ідея – співпраця уряду і населення в охороні громадського здоров'я [6].

ШВЕЦІЯ. Аналіз концепції соціального забезпечення охорони здоров'я населення Швеції показав, що в країні розроблені політика і стратегія, а також конкретні програми і проекти, що сприяють збереженню здоров'я населення та попередженню захворювання, реабілітації. До пріоритетних проблем зараховані: проблеми здорових робочих місць; погіршення психічного здоров'я, особливо серед молоді; малорухомий спосіб життя; збільшення вживання алкоголю. Були також визначені рівні владної відповідальності за охорону громадського здоров'я: національний, регіональний і муніципальний.

До структур, відповідальних за охорону громадського здоров'я на національному рівні, зараховані: Національний інститут громадського здоров'я; Національна адміністрація охорони навколишнього середовища; Національна адміністрація з надзвичайних ситуацій; Національна дорожня служба.

Регіональний рівень представляють – префектури (представники державного управління); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків). Муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків [1].

Було визначено 11 національних завдань у сфері соцзабезпечення громадського здоров'я:

- участь у житті суспільства і вплив на нього;
- економічна і соціальна безпека;
- безпека і сприятливі умови життя дітей і підлітків;
- більш здорові умови праці;
- здорові та безпечні продукти харчування і навколишнє середовище; система охорони здоров'я, спрямована на охорону суспільного здоров'я;
- ефективний захист від інфекційних хвороб; безпечні статеві стосунки і репродуктивне здоров'я;
- підвищення рівня фізичної активності; здорове і безпечне харчування; скорочення вживання тютюну й алкоголю, суспільство, вільне від заборонених препаратів [9].

У процесі визначення основних завдань у сфері громадського здоров'я важлива роль належить правильному розподілу обов'язків між регіональними радами і громадами. Регіональні ради повинні відповідати за громадський транспорт, регіональне планування та надання послуг з охорони здоров'я.

Громади – відповідальні за освіту, соціальні служби та житлове забезпечення.

У контексті викладеного вище національну політику Швеції у сфері охорони громадського здоров'я можна визначити як успішну, але відчувається відсутність закону про громадське здоров'я і його охорону, хоча в державі й прийнята значна

кількість законів, що опосередковано регламентують проблеми щодо охорони громадського здоров'я [1].

Уряди країн Європейського Союзу визначають цілі політики з охорони здоров'я як завдання для різних сфер управління. Це знаходить своє вираження у змісті відповідних обов'язків різних стейкхолдерів у прийнятті рішень щодо фінансування і виконання стратегії політики охорони здоров'я.

У результаті цього аналізу експерти з наукових питань і політики таких країн, як Англія, Фінляндія, Іспанія і Швеція, які провели анкетнеопитування, підтвердили інформацію щодо використання міжгалузевого підходу в забезпеченні охорони здоров'я населення [7].

Соціальна політика у сфері охорони здоров'я у 15 країнах ЄС включає в цей процес і лікувальні, і профілактичні підходи. Характерно, що країни з федеральною і децентралізованою системою державного управління розвивають політику з охорони здоров'я населення як на національному рівні, так і враховуючи регіональні аспекти. Оскільки принципи, на основі яких створені політичні засади охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, відрізняються в окремих країнах у контексті соціальних, економічних і політичних питань, оновлена політика ВООЗ рекомендує враховувати національні особливості [2].

У країнах, де спостерігається більша незалежність управління системою охорони здоров'я, вона має більш тісні взаємозв'язки з іншими суспільними сферами. Окремі сфери розподіляють відповідальність за вплив відповідних детермінант на стан здоров'я. Так, наприклад, сфера державного управління екологічною безпекою є відповідальною за попередження впливу негативних факторів як зовнішнього середовища, так і біологічних харчових добавок, консервантів харчової продукції тощо. Розглядаючи різні механізми, що використовуються при формуванні державної політики з охорони здоров'я на міжгалузевій основі, ми відмітили, що особливості структури в кожній із досліджуваних країн були зараховані до однієї з трьох категорій: складні, дуалістичні та інтегровані системи. До складних систем охорони здоров'я належать системи в Німеччині, Австрії та Італії. Вони характеризуються одночасно як наявністю об'єктивного набору цілей на федеральному рівні відповідно до цілей здоров'я, що рекомендуються Європейським бюро ВООЗ, так і до регіональних особливостей поліпшення здоров'я. У Німеччині, наприклад, були визначені сім цілей для поліпшення здоров'я. В Австрії у плані федерального уряду щодо розвитку охорони здоров'я на трирічний період включають національні особливості. В обох країнах установлюються пріоритети власної політики щодо питань розвитку охорони здоров'я. В зазначених трьох країнах функціонування система охорони здоров'я характеризується розподілом відповідальності у межах загальної стратегії між різними сферами господарювання.

Отже, Фінляндія, Нідерланди, Іспанія і Швеція належать до країн з дуалістичною структурою системи охорони здоров'я. В них спостерігаються два напрямки соціальної політики у сфері захисту здоров'я громадян. Перший – спрямований на медичні послуги охорони здоров'я: їх доступність, їх якість, медичне

і соціальне страхування, розгалуженість провайдерів. Другий пов'язаний з попередженням, профілактикою захворювань, що передаються від людини до людини, профілактичними заходами, спрямованими на дітей і дорослих, сприянням раціональному харчуванню і фізичному розвитку, поліпшенням гігієнічних умов робочих місць і заходів щодо профілактики забруднень навколишнього середовища. Очевидно, що другий напрям потребує для реалізації міжгалузевий механізм забезпечення й управління.

Система охорони здоров'я Великої Британії належить до третьої категорії, при якій відправною точкою для розробки політики є визначення пріоритетів в охороні здоров'я. Для кожного пріоритету охорони здоров'я розробляється група рекомендацій, доречних як для медичних послуг, так і для профілактичних заходів. Тут різні заходи щодо здоров'я об'єднані в глобальну державну політику, що розглядає, як пріоритети цілей здоров'я можуть бути здійснені не тільки в межах системи охорони здоров'я, але й бути спрямовані на більш широкі детермінанти здоров'я, що забезпечуються іншими секторами. Так, система охорони здоров'я розглядається скоріше як один із компонентів національної політики здоров'я, а не є окремою структурою. При цьому медичні й соціальні дії для виконання цілей національної політики щодо здоров'я можуть бути деякою мірою об'єднані.

Ця система реалізується не тільки на національному, але й на регіональному і місцевому рівнях. Аналізуючи сказане, можна відзначити, що і пріоритети, і використовувані інструменти на національному рівні, ступінь регіональної та місцевої автономії дуже відрізняються в окремих країнах. Розглянуто дві важливі проблеми: медичної допомоги та охорони громадського здоров'я, тобто систему охорони здоров'я як таку, і більш широко – охорони суспільного здоров'я з урахуванням різних детермінант здоров'я. Управлінські механізми, використовувані для їх інтеграції, можуть діяти як на національному, так і регіональному рівні.

Зроблений короткий аналіз дає підстави стверджувати, що відповідні інституції України мають можливість використовувати найкращий міжнародний досвід з соціального забезпечення охорони громадського здоров'я у своїй практичній діяльності.

Список використаних джерел

1. Адвокаты в белых халатах. *День*. 2005. 15 марта (№44). С. 6.
2. Богачев Р.М. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та деяких країнах світу. *Вісник НАДУ*. 2013. №4. С. 24-30.
3. Всемирный банк предоставит Украине 300 млн.дол. на проект по первичной и вторичной медпомощи. *РБК Україна*. 2014. 1 грудня. URL: <http://medicine.rbc.ua/rus/vsemirnyy-bank-predostavit-ukraine300-mln-doll-na-proekt-01122014151700>.
4. Немова Л.А. Здравоохранение в Канаде на пороге реформ. *США*Канада. Экономика. Политика. Идеология*. 2011. №5. С. 45-60.
5. Украина позаимствовала почти \$9 млрд. *Delo.ua*. 2014. 1 грудня. URL: <http://delo.ua/ukraine/ukraine-pozaimstvovala-pochti9-mlrd-za-odinnadcat-mesjacev-2014-284687/>

6. Charliesworth A. Fiscal sustainability and health care in the United Kingdom. *Eurohealth*. 2013. Vol. 19. №2. P. 36-39.

7. Medical tourism market to reach \$32.5 bn globally in 2019: Report Biospectrum Updated on 3 October 2013 URL: <http://www.biospectrumasia.com/biospectrum/news/197399/medical-tourism-market-reach-usd325-bn-globally-2019-report#.UIVjqNLxpt6>.

8. Most effective health care 2014 URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.

9. Ognyanova D., Zenter A., Busse R. Pharmaceutical reform 2010 in Germany. *Eurohealth*. 2010. Vol. 17. №1. C. 1-2.

*Силаева О.В., к.э.н.,
Карагандинский государственный индустриальный
университет, г. Темиртау, Казахстан*

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ИПОТЕЧНОГО КРЕДИТОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ANALYSIS OF THE CURRENT STATE OF MORTGAGE LENDING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Аннотация. Выполнен анализ современного состояния ипотечного кредитования, изложены преимущества и недостатки ипотечного кредитования, его роль в улучшении благосостояния населения. Рассмотрены риски, факторы, сдерживающие развитие ипотеки для коммерческих банков. Предложены меры, направленные на решение проблем ипотечного кредитования, применительно к Казахстану.

Ключевые слова: ипотека, жилье, рынок ипотечного кредитования, ипотечный портфель, банки второго уровня, процентная ставка.

Abstract. The analysis of the current state of mortgage lending. The advantages and disadvantages of mortgage lending, its role in improving the welfare of the population. The risks and factors hindering the development of mortgages for commercial banks are considered. The measures aimed at solving the problems of mortgage lending in relation to Kazakhstan are proposed.

Keywords: mortgage, housing, mortgage market, mortgage portfolio, second-tier banks, interest rate.

Постановка проблемы. Потребность в жилье – одна из базовых потребностей человека, с ростом уровня жизни меняются представления о формах ее удовлетворения, возрастают требования к жилью. Обеспечение высокого качества жизни населения за счет повышения доступности и комфорта жилья является