

ДОСВІД ФІНЛЯНДІЇ У СФЕРІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОКРЕМИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ

А. О. Гудзенко

Харківська медична академія післядипломної освіти. Харків

Ключові слова: фармацевтичне забезпечення, охорона здоров'я, Фінляндія, пацієнт, медичне страхування.

Обмін досвідом між державними службами, що займаються фармацевтичним забезпеченням населення дає змогу виявити найуживаніші на практиці моделі охорони здоров'я, що впливає на загальний стан здоров'я населення і покращення рівня життя. Надзвичайно цікавим видається досвід фармацевтичного забезпечення у Фінляндії [1].

Метою було провести аналіз досвіду Фінляндії у сфері фармацевтичного забезпечення населення.

Для проведення дослідження було використано методики та методи організаційно-правового, судово-фармацевтичного, нормативного, документального та графічного аналізу.

Політика охорони здоров'я Фінляндії спрямована на скорочення передчасної смертності, продовження активного і здорового життя людей, забезпечення кращої якості життя для всіх і усунення відмінностей у стані здоров'я різних верств населення. На додаток до широкомасштабної профілактичної діяльності в галузі охорони здоров'я особлива увага приділяється ефективності і доступності ЛЗ та медичного обслуговування для всього населення країни. Пропаганда здорового способу життя є одним з пріоритетів системи охорони здоров'я Фінляндії. Як державні органи, так і неурядові організації активно проводять просвітницьку діяльність з охорони здоров'я, яка фінансується головним чином із коштів муніципального бюджету. Крім того, уряд щорічно виділяє асигнування на потреби пропаганди здоров'я і санітарної освіти [5, 7].

Шкільне медичне обслуговування націлене на всіх учнів загальноосвітньої школи. Студентські служби охорони здоров'я піклуються про здоров'я ліцеїстів, учнів другого ступеня професійної освіти, студентів професійних інститутів та університетів. Для осіб, які не досягли 18 років, медичне обслуговування є безкоштовним. Профілактичні послуги безкоштовні і після досягнення цього віку [19].

Медичні послуги студентам університетів за згодою відповідального за них муніципалітету надає Організація охорони здоров'я для студентів (YTHS). Послуги надаються відповідно до вказівок Державної контрольно-наглядової служби соціального забезпечення та охорони здоров'я "Valvira". Згодом планується розповсюдити ці послуги також на студентів професійних інститутів [14].

Особам, які отримують пенсію по старості, необхідно надавати консультаційні послуги, спрямовані на підтримку їх благополуччя та функціональної здатності. Ці послуги включають в себе пропаганду здорового способу життя та профілактику нещасних випадків. Консультування передбачає виявлення проблем зі здоров'ям і раннє втручання, а також інструктування з безпечного приймання лікарських препаратів. Муніципалітет може організовувати необхідні перевірки здоров'я для літніх людей і відвідування вдома [2, 8].

Медична допомога хворим включає: обстеження, діагностику і лікування захворювання; профілактику хвороб; інструктаж, за допомогою якого підтримується дотримання пацієнтом призначеного лікування та самопомога; скерування на подальше лікування, що наведено на рис. 1 [17].

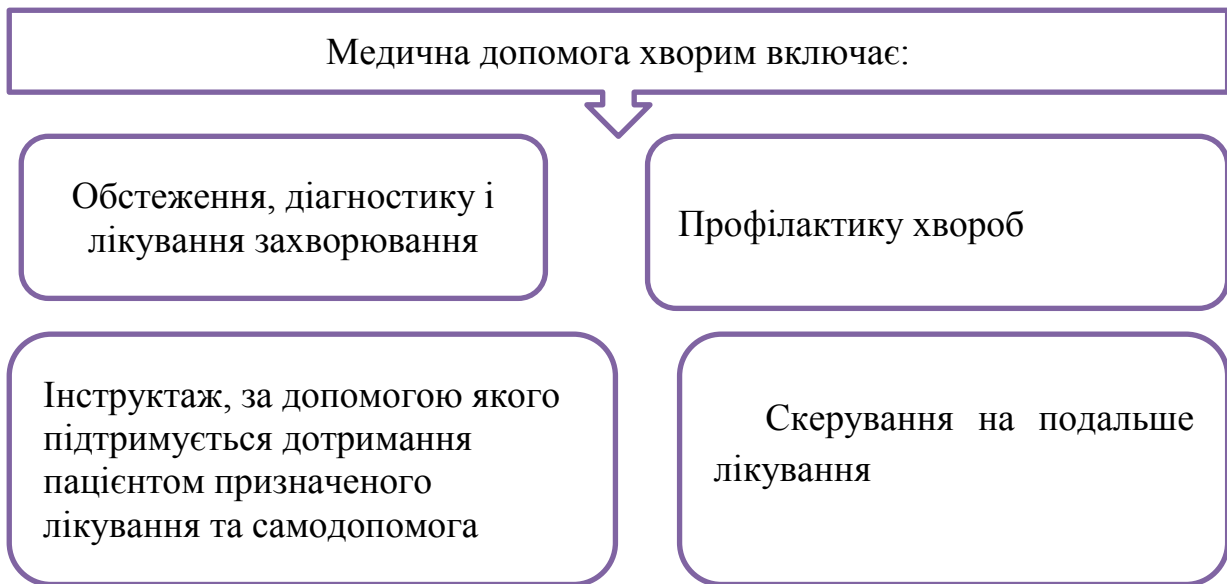


Рисунок 1. Комплекс медичної допомоги хворим у Фінляндії.

Медичний догляд повинен здійснюватися відповідно до встановлених медициною потреб пацієнта, а також з наявними загальними підставами для лікування. У разі необхідності повинен складатися диференційований план лікування.

Медичну допомогу надають у медичних центрах. У них організований лікарський прийом як ургентних пацієнтів, так і тих, хто страждає хронічними захворюваннями. Найчастіше в медичному центрі є також палати для стаціонарного лікування. Терапевт медичного центру консультується з лікарем-фахівцем сам або ж направляє до нього пацієнта на обстеження чи лікування. У медичних центрах прийом пацієнтів у випадках хронічних захворювань, невеликих травм і лікування певних гострих захворювань може вести медсестра. Вона ж проводить спостереження за перебігом хронічного захворювання, інструктаж по самопомозі, а також найчастіше оцінює потребу в лікуванні [24].

Більшість пацієнтів, які отримують догляд на дому, є літніми людьми. Патронажні і медичні сестри, а також молодші медсестри надають найбільшу частину послуг. Медичний стаціонар на дому передбачає організацію лікування лікарняного рівня вдома у пацієнта. Цей вид лікування носить тимчасовий і інтенсивний характер [4].

Надання медичної допомоги та медичний стаціонар на дому, а також реабілітація спрямовані на підтримку проживання вдома. Їхнє завдання — відновити сили похилих осіб, котрі перебувають на довготривалому лікуванні і закріплені за лікарняними відділеннями медичних центрів, і тим самим уможливити їх повернення додому або в місця інтенсифікованого догляду [15].

Медична реабілітація спрямована на відновлення фізичної функціональної здатності (наприклад, при захворюваннях опорно-рухового апарату), а також на підтримку загальної спроможності до професійної діяльності. Медичні центри та лікарні проводять медичну реабілітацію в складі медичного лікування (рис. 2) [9].

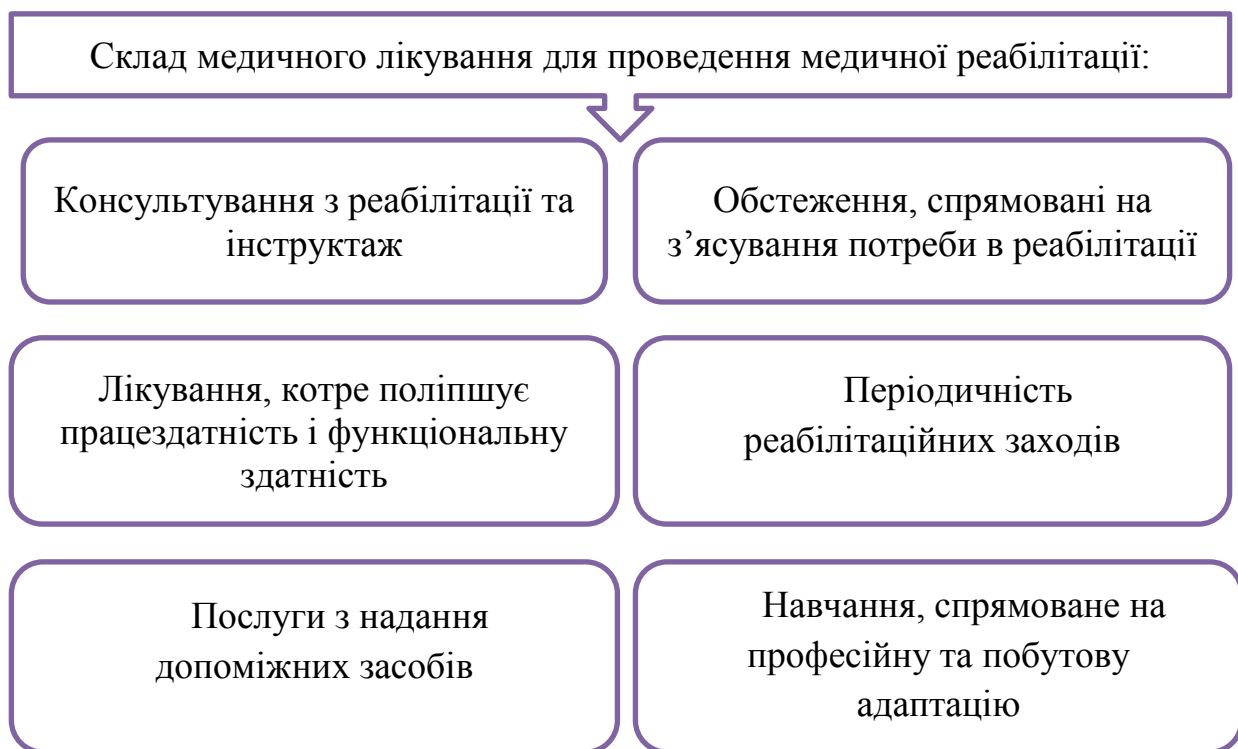


Рис. 2. Склад медичного лікування для проведення медичної реабілітації

Крім служб соціального забезпечення та охорони здоров'я, організацією реабілітації займається, зокрема, "Kela", відомства з трудових пенсій, а також управління з питань зайнятості та освіти [21].

Муніципалітети відповідають за організацію стоматологічного догляду. Послуги включають в себе заходи зі спостереження за станом здоров'я і оздоровленню порожнини рота, консультації та перевірки, а також обстеження захворювань порожнини рота, їх профілактику та лікування. Стоматологічні послуги пропонуються також приватним сектором. Медичне страхування компенсує пацієнтові частину витрат на приватний стоматологічний догляд [11].

Спеціалізований медичний догляд включає проведення досліджень і лікування по відповідних медичних напрямках. Більшість спеціалізованих послуг надають в лікарнях. Найбільш поширені спеціалізовані послуги можуть бути надані в деяких медичних центрах.

За винятком екстрених випадків для отримання спеціалізованого лікування потрібне скерування лікуючого лікаря. За надання спеціалізованої медичної допомоги відповідають лікарняні округи. Приватні лікарні доповнюють послуги громадського сектора, наприклад, пропонуючи амбулаторні хірургічні операції.

Під терміною допомогою мається на увазі негайне обстеження і лікування у випадках раптової хвороби, травми або ускладнення хронічного захворювання і зниження працездатності, які не можуть бути перенесені без ризику прогресування або загострення хвороби. Для надання невідкладної допомоги муніципалітет або лікарняний округ зобов'язані організувати цілодобове чергування самостійно або разом з іншими муніципалітетами. Цілодобове чергування спеціалізованої медичної допомоги зосереджено в шпиталях лікарняних округів [27].

На муніципалітети покладено обов'язок зібрати в єдиний функціональний комплекс весь набір послуг в галузі психічного здоров'я та зловживання психоактивними речовинами, які пропонуються громадським, приватним і цивільним секторами. Організації громадянського сектора надають великий обсяг послуг, що доповнюють муніципальні, таких як, наприклад, послуги кризових служб. Все більше муніципалітетів зосереджує в рамках єдиної

служби надання послуг у галузі психічного здоров'я та послуг, спрямованих на осіб, що зловживають психоактивними речовинами. Кінцева мета полягає у створенні легко доступної системи обслуговування, що дозволяє вирішувати різні проблеми одночасно [18].

Завданням муніципальних органів є зміцнення психічного здоров'я жителів і зменшення загрозливих для нього факторів. Ця робота включає в себе керівництво і консультування, психосоціальну підтримку індивідуумів і колективів, а також надання послуг в галузі психічного здоров'я (рис. 3) [16].



Рис. 3. Завдання муніципальних органів

Послугами в галузі психічного здоров'я є дослідження психічних розладів, лікування та реабілітація пацієнтів. Послуги надаються в медичному центрі або спеціалізованій психіатричній поліклініці, а також в психіатричній лікарні. Перевага надається амбулаторним послугам. Підрозділи соціального забезпечення надають послуги, пов'язані з проживанням, обслуговуванням на дому та реабілітаційною трудовою діяльністю.

У діяльності щодо зловживання психоактивними речовинами є акцент на підтримку невживання, а також зміцнення тих умов і способу життя, які захищають людей від таких залежностей.

Підрозділи соціального забезпечення надають найбільшу частку послуг, спрямованих на осіб, що зловживають психоактивними речовинами. Заходи включають в себе загальні соціальні послуги, що надаються безпосередньо в бюро соціального забезпечення, а також значну кількість спеціальних цільових видів послуг. До спеціальних послуг відносяться, зокрема, підтримання А-клінік — спільнот анонімних алкоголіків, молодіжних центрів, центрів детоксикації, а також послуги з реабілітації та проживання [22].

У віданні підрозділів охорони здоров'я знаходяться дослідження і лікування захворювань, викликаних зловживанням психоактивними речовинами, а також реабілітація пацієнтів. Перевага віддається амбулаторним заходам.

Роботодавець зобов'язаний забезпечити своїх працівників послугами гігієни праці. Роботодавець може організувати ці послуги самостійно або придбати їх у медичного центру, приватної поліклініки чи іншого постачальника послуг. Муніципалітет повинен забезпечити послугами в області гігієни праці тих роботодавців на своїй території, які хочуть їх придбати. За своїм бажанням також підприємці та особисто-практикуючі особи можуть придбати послуги в галузі гігієни праці [3].

Майже у 90 відсотків найманих робітників є можливість користуватися послугами трудового охорони здоров'я. Вони стосуються робочого місця, трудового середовища, робочого колективу і самого працівника. Робота щодо забезпечення гігієни праці виконується у взаємодії з роботодавцем і працівником. Служба гігієни праці фокусується на підтримці та зміцненні працездатності. Угодою про надання медичної допомоги охоплено майже 90 відсотків осіб, які користуються послугами трудового охорони здоров'я.

Роботодавець має можливість отримати відшкодування витрат на гігієну праці. Управління соціального забезпечення “Kela” виплачує компенсацію з джерел страхування трудового доходу, яке стягується з роботодавців і працівників. Підприємці та особисто-практикуючі особи можуть отримати

компенсацію, якщо вони для себе організують професійне медичне обслуговування.

Фармацевтичне обслуговування є важливою частиною охорони здоров'я та медичної допомоги. Ліки можуть бути придбані, як правило, тільки в аптеках. Аптеки здійснюють розподіл фармацевтичної продукції для амбулаторного догляду. Для утримання аптеки потрібна ліцензія, яка видається Агентством з безпеки і розвитку в області фармацевтики "Fimea" — органом, що наглядає за фармацевтичним обслуговуванням. Аптечна ліцензія видається ліцензованому провізору, і вона є персональною [13].

У Фінляндії є близько 800 аптек та їх філій. Якщо в конкретному регіоні організувати аптеку не вигідно, то там може бути створений аптечний пункт. В останньому продаються ліки без рецепта для самолікування. Через нього можна передавати пацієнту необхідні йому ліки, що відпускаються за рецептом. Ліки можна також придбати через аптечний онлайн-сервіс [20].

При лікарнях та медичних центрах діють лікарняні аптеки і фармацевтичні центри, які відповідають за постачання лікарень і стаціонарів ліками, необхідні пацієнтам. Їм не дозволено продавати ліки пацієнтам безпосередньо.

Перш ніж лікарський препарат може бути проданий пацієнтам, повинен бути отримано дозвіл на його продаж. Державний наглядовий орган оцінює ефективність і безпеку лікарських препаратів. Моніторинг безпеки ліки ведеться і після видачі дозволу. Про підозрюваних побічних реакціях, викликаних лікарським препаратом, можна зробити заяву в Агентство з безпеки і розвитку в області фармацевтики.

Електронні рецепти використовуються у всіх аптеках Фінляндії. Вони отримали широке поширення також в системі суспільної охорони здоров'я. Громадська охорона здоров'я повністю перейшла на всебічне використання електронних рецептів з 1.4.2013 р, а приватна охорона здоров'я — через рік після цього [10].

Виписаний лікарем рецепт зберігається в підтримуваному “Kela” державному рецептурному центрі, до якого лікарі та медсестри, що обслуговують пацієнта, за його згодою можуть отримати доступ для перевірки загального лікування. Пацієнт також сам може переглянути свої електронні рецепти.

Пацієнт має право на хороший догляд і обходження як в громадському, так і в приватному секторах охорони здоров'я. Його гідність, переконання і особисте життя повинні вшановуватися. У міру можливостей, повинні бути прийняті до уваги його рідна мова, індивідуальні потреби і культура [6].

Догляд за пацієнтом повинен проводитися у взаєморозумінні з ним. У небезпечних для життя ситуаціях хворому має бути надано необхідне лікування, незважаючи на те, що волевиявлення пацієнта не було отримано через його несвідомий стан або з якоїсь іншої причини. Якщо у хворого є волевиявлення у формі т. зв. “Заповіту з лікування”, то воно повинне дотримуватися.

Інформація про дослідження і лікування пацієнта вноситься в його медичну документацію. Таким чином, можливо здійснювати як лікування, так і спостереження за його ходом. Пацієнт має право на отримання інформації, що міститься в його медичній картці. Інформація, що стосується пацієнта, є конфіденційною, і працівники системи охорони здоров'я не мають права без його згоди передавати її третім особам за винятком надзвичайних випадків [28].

У кожному з закладів охорони здоров'я, таких як медичні центри, лікарні та приватні поліклініки, повинен бути уповноважений з прав пацієнтів. Він консультує і надає допомогу пацієнтам у проблемних ситуаціях, а також інформує пацієнтів про їхні права. Незадоволений доглядом або ставленням пацієнт може скерувати скаргу до Регіонального управління органів державної влади (AVI) або в Державну контрольно-наглядову службу соціального забезпечення та охорони здоров'я “Valvira”.

Пацієнт має право отримати доступ до лікування в розумні терміни, але не пізніше максимального терміну, встановленого в Законі про охорону

здоров'я. Перша допомога і невідкладне лікування повинні бути надані негайно і незалежно від місця проживання. Якщо медичний центр або лікарня не можуть забезпечити лікування протягом встановленого часу, то вони повинні організувати його надання в іншому місці [26].

Житель може вибрати всередині свого муніципалітету або регіону міжмуніципального співробітництва поліклініку, в якій він буде отримувати базові послуги охорони здоров'я. Поліклініку можна міняти шляхом письмового повідомлення не частіше одного разу на рік. Можна бути клієнтом тільки однієї поліклініки одноразово. Лікування відповідно до терапевтичного плану може бути також отримане за місцем тимчасового проживання, наприклад, в поліклініці муніципалітету, де знаходиться, наприклад, заміський будинок.

Особа, що потребує послуг спеціалізованого медичного догляду, може вибрати лікувальний заклад в зоні особливої відповідальності за місцем свого проживання. За певних умов, лікування може бути надано іншим підрозділом особливої відповідальності. Місце лікування вибирається разом з лікарем, що видає направлення на лікування. Пацієнт, в межах можливого, має право вибрати свого лікуючого лікаря або іншого фахівця охорони здоров'я.

Право пацієнта на вибір місця лікування буде розширено в 2014 році. Тепер він буде мати можливість вибрати поліклініку і підрозділ спеціалізованого медичного догляду з числа всіх державних і муніципальних медичних центрів і лікарень Фінляндії.

Особи, які входять до сфери соціального забезпечення Фінляндії, мають право на одержання необхідної з точки зору медицини допомоги, коли вони тимчасово знаходяться в іншій країні ЄС або Швейцарії. Це право підтверджується Європейською картою медичного страхування, яку безкоштовно можна отримати в "Kela".

Право пацієнта на отримання лікування на території іншої держави закріплено також відповідними директивами ЄС. Якщо лікарняний округ не в змозі забезпечити спеціалізовану медичну допомогу в Фінляндії в рамках

встановленого максимального терміну, то на прохання пацієнта він повинен надати попередній дозвіл на лікування в іншій країні за рахунок лікарняного округу [25].

За надання муніципальних соціальних і медичних послуг може стягуватися клієнтська плата, якщо їх безкоштовне надання не обумовлено окремо. Залежно від характеру послуги клієнтська плата може бути або однаковою для всіх, або ж визначатися на підставі доходів і розміру сім'ї. Клієнтська плата встановлюється законом і нормативним актом, вона переглядається кожен другий рік.

На платежі за послуги громадського охорони здоров'я встановлено платіжний ліміт на календарний рік. Коли платіжний ліміт вичерпується, клієнт отримує певні послуги безкоштовно або за зниженою ціною.

Муніципалітет може надавати деяким клієнтам охорони здоров'я ваучер на придбання послуг. Послугу можна потім придбати у приватного постачальника послуг, затвердженого муніципалітетом. По ваучеру можна придбати такі соціальні та медичні послуги, які муніципалітет або муніципальний підрозділ зобов'язані організувати для своїх жителів. Муніципалітет або муніципальна структура можуть самостійно приймати рішення, чи будуть вони запроваджувати ваучер, і на які послуги останній надаватиметься.

Кожен суб'єкт, який діє у сфері охорони здоров'я та медичного догляду, повинен мати страховку на випадок нанесення шкоди здоров'ю пацієнта. Вона покриває особистий збиток, заподіяний пацієнтові в ході надання йому медичної допомоги. Компенсація можлива, навіть якщо медичний персонал і не допустив помилки.

Компенсація не надається за незначної шкоди. Вона не може бути отримана і за таку шкоду, ризик заподіяння якої був відомий заздалегідь. Заява про компенсацію збитку подається в Центр страхування пацієнтів, який здійснює як розгляд претензії, так і виплату компенсації.

У 1960 р. в Фінляндії ухвалений Закон про загальне обов'язкове страхування на випадок хвороби. Страхові внески роботодавців і кошти громадян, а також комун разом з державними бюджетними асигнуваннями утворюють фонд соціального страхування. Обов'язковим страхуванням на випадок хвороби охоплене все населення країни. Страхуванням забезпечуються кошти для існування людини під час хвороби і компенсуються витрати на ліки і послуги приватно практикуючого лікаря. Доповнює систему суспільної охорони здоров'я Фінляндії приватний сектор надання медичної допомоги. Передусім це амбулаторно-поліклінічне обслуговування, особливо спеціалізоване. [23]

Надання долікарняної допомоги дорослому населенню також в основному забезпечують приватнопрактикуючі лікарі. Крім того, в рамках діяльності служби обов'язкової гігієни праці великі підприємства часто створюють свої власні медпункти з обслуговуванням працівників в об'ємі більшому, ніж передбачено законом. Соціальне страхування відшкодовує підприємствам 50% витрат на утримання медпункту. Частина витрат на обслуговування в приватнопрактикуючому секторі (35%) теж відшкодовується пацієнту соціальним страхуванням.

Для кожного жителя Фінляндії передбачено обов'язкове страхування на випадок хвороби, яке фінансується за рахунок держави, муніципалітетів і роботодавців, а також за рахунок податків застрахованих громадян. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено все населення країни. Його надає Управління соціального забезпечення (KELA). Державне соціальне страхове агентство компенсує пацієнту 1/3 вартості відвідування лікаря приватної клініки; вартість ліків за рецептом; витрати на проїзд до місця лікування; втрату заробітку за період непрацездатності (компенсація починає нараховуватися через 9 робочих днів із дня захворювання); кошти, витрачені на реабілітацію, якщо захворювання або травма загрожує працездатності чи ускладнює роботу пацієнта. KELA також здійснює спеціальні виплати по догляду за хворою дитиною.

З фонду медичного страхування по догляду за хворими клієнту виплачується компенсація медичного обстеження і лікування, встановленого приватними лікарями та стоматологами, а також компенсація гонорарів і платежів за встановленими тарифами. Частку, що перевищує встановлений тариф, клієнт доплачує сам.

З фонду страхування трудових доходів виплачується добова допомога з непрацездатності, допомога на реабілітацію, виплати на спеціалізований догляд, а також допомога по материнству і батьківству. Крім того, з джерел страхування трудових доходів компенсується частина витрат на охорону здоров'я працюючих, яку організують їхні роботодавці та підприємці. Послуги служби гігієни праці для фізичних осіб є безкоштовними.

У Фінляндії сформовано систему часткової компенсації вартості ліків. Існують три ставки реімбурсації: базове відшкодування (35% від рекомендованої референтної ціни); середня межа спеціального відшкодування (65%); вища межа спеціального відшкодування (100% вартості) — у разі, якщо пацієнт бажає замінити лікарський засіб на дешевший аналог, здійснюється доплата € 3. Якщо хворий купує багато ліків (приміром, у 2013 році це була сума понад € 670 на рік), він може отримати додаткову компенсацію — з часу повідомлення KEELA про неї і до кінця року пацієнт сплачуватиме тільки € 1,50 за один ЛЗ.

Роль приватних страхових медичних компаній у Фінляндії незначна. Лише 5% дорослих і 30% дітей мають поліси добровільного медичного страхування, яке розвинене практично тільки у великих містах. Так само приватна медицина займає незначний сектор у загальній системі охорони здоров'я Фінляндії (їй належить лише 4% ліжко-місць від загального їх обсягу). Власники більшості недержавних клінік — приватні інвестори. Втім, приватний сектор також отримує гроші по лінії медичного соціального страхування KEELA. До речі, у Фінляндії заборонені приватні медичні послуги в галузі акушерства, трансплантації, дитячої онкології, хірургії головного мозку [12].

Із пацієнта може стягуватися плата за муніципальні соціальні й медичні послуги, якщо їх безкоштовне надання не обумовлено окремо. Залежно від виду цих послуг клієнтська плата може бути або однаковою для всіх, або ж визначатися на підставі доходів і чисельності родини.

Муніципалітети на власний вибір можуть використовувати нижчі ставки або надавати відповідні послуги безкоштовно, водночас вони пильно стежать за тим, щоб із пацієнтів не стягували плату за послуги, яка перевищуватиме їх собівартість.

Розмір клієнтської плати встановлюється законом і нормативним актом, і ця норма переглядається кожен другий рік. Наприклад, можуть встановлюватися незначні доплати за лікування та діагностику в державних ЛПУ, при покупці полісів добровільного страхування, при зверненні до приватних лікарів тощо. Водночас у Фінляндії існує безліч пільг щодо таких доплат. Наприклад, від них звільнені пенсіонери, особи до 18 років, хворі на онкозахворювання, вірусні гепатити та деякі інші недуги.

У рамках загального реформування переглядаються й нормативи перебування пацієнтів у стаціонарі, що допоможе зекономити муніципальні витрати на медичне обслуговування. Однак, основною метою реформування є не тільки і навіть не стільки економія коштів (бо ж добре відомо, що скупий платить двічі), як найповніше задоволення потреб населення країни у якісних медичних послугах і в тому, щоб медицина не лише рятувала від хвороб, а й запобігала їх розвитку.

Система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією з найкращих у світі за своєю доступністю та якістю обслуговування. Її пріоритетами офіційно проголошено зниження рівня захворюваності, запобігання передчасній смертності серед населення, пропаганда здорового способу життя. І не лише проголошено, а й реалізовано.

Система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією із найкращих у світі за своєю доступністю та якістю обслуговування, що підтверджується

середньою тривалістю життя громадян - 76 років для чоловіків і 84 роки для жінок.

Використати досвід у сфері охорони здоров'я Фінляндії для покращення сфери фармацевтичного забезпечення окремих категорій населення в Україні.

Проведено огляд політики охорони здоров'я Фінляндії у сфері фармацевтичного забезпечення окремих категорій населення. Визначено, що система охорони здоров'я Фінляндії вважається однією з найкращих у світі за доступністю та якістю фармацевтичного забезпечення, а також медичної допомог. Доведено, що пріоритетами охорони здоров'я Фінляндії офіційно проголошено зниження рівня захворюваності, запобігання передчасної смертності серед населення, пропаганда здорового способу життя.

ОПЫТ ФИНЛЯНДИИ В СФЕРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ

А. А. Гудзенко

Проведен обзор политики здравоохранения Финляндии в сфере фармацевтического обеспечения отдельных категорий населения. Определено, что система здравоохранения Финляндии считается одной из лучших в мире по доступности и качеству фармацевтического обеспечения, а также медицинской помощи. Доказано, что приоритетами здравоохранения Финляндии официально провозглашено снижение уровня заболеваемости, предотвращения передчасной смертности среди населения, пропаганда здорового образа жизни.

Ключевые слова: фармацевтическое обеспечение, здравоохранение, Финляндия, пациент, медицинское страхование.

Experience of Finland in the field of pharmaceutical provision of certain categories of the population

Andriy Gudzenko

A review of Finland's healthcare policy in the field of pharmaceutical supply for certain categories of the population has been conducted. Finland's healthcare

system is considered to be one of the best in the world in terms of availability and quality of pharmaceutical care and medical care. It has been proven that Finland's healthcare priorities have officially been to reduce morbidity, prevent premature mortality among the population, and promote a healthy lifestyle.

Keywords: pharmaceutical supply, health care, Finland, patient, health insurance.

Список літератури

1. Ващенко Ю.В. Інституційне забезпечення державного регулювання в сфері охорони здоров'я: досвід країн Європи та його важливість для України. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю "Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів" 31 жовтня 2014 року, м. Київ: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Ред. кол. Гриценко І.С., Гревцова Р.Ю., Лівак П.Є. К.: Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет", 2014. 108 с. С. 18–21.
2. Про затвердження Положення про Державну службу з лікарських засобів України: Указ Президента України від 08 квітня 2011 року № 440/2011 // Офіційний вісник Президента України від 20.04.2011 р. 2011. № 11. С. 19. Ст. 604.
3. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Указ Президента України від 13 квітня 2011 року №467/2011 // Офіційний вісник Президента України від 21.04.2011 р. 2011. № 12. С. 45. Ст. 633.
4. Проект Закону України "Про внесення змін до Конституції України (щодо повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування)" (реєстраційний №4178а від 26 червня 2014 р.) [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51513.

5. Проект Коаліційної угоди [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://tsn.ua/politika/blok-poroshenka-opublikuvav-proekt-koaliciynoyi-ugodi-povniy-tekst-388703.html>
6. Проект Коаліційної угоди [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://samopomich.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Koaliciyna_uhoda_parafovana_20.11.pdf
7. Attree M., Flinkman M., Howley B. A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom England // *J. Nurs. Manag.* 2011. Vol. 19. N. 6. P. 786-802.
8. Bell J., Ahonen J., Lavikainen P. Potentially inappropriate drug use among older persons in Finland: application of a new national categorization // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2013. Vol. 69. N. 3. P. 657 - 664.
9. Bell J., Enlund H., Vainio K. Medication adherence: a review of pharmacy education, research, practice and policy in Finland // *Pharm. Pract.* 2010 Vol. 8. N. 3. P. 147 - 161.
10. Hämeen-Anttila K., Lindell-Osuagwu L., Ahonen R. Factors associated with medicine use among children aged under 12 years — a population survey in Finland // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010. Vol. 19. N. 4. P. 400 - 407.
11. Heilmann P. To have and to hold: personnel shortage in a Finnish healthcare organisation // *Scand. J. Public Health.* 2010. Vol. 38. N. 5. P. 518 - 523.
12. Honka A., Kaipainen K., Hietala G. Rethinking health: ICT-enabled services to empower people to manage their health // *Rev. Biomed Eng.* 2011. N. 4. P. 119 - 139.
13. Jelovac I. Primary Care, gatekeeping and incentives. Amsterdam: Elsevier Science. *Encyclopedia of Health Economics.* 2014. Vol. 3 P. 142-145.
14. Korhonen A., Hakulinen-Viitanen T., Jylhä V. Meta-synthesis and evidence-based health care — a method for systematic review // *Scand. J. Caring Sci.* 2013/ Vol. 27. N. 4. P.1027 - 1034.
15. Koskinen S., Hupli M., Katajisto J. Graduating Finnish nurse students interest in gerontological nursing // *Nurse Educ Today.* 2012. Vol. 32. N. 4. P. 356 - 360.

16. Lukana A., Leena S., Marjo K., Helena L. Historical theses on nursing and caring sciences in Finland // *Scand J. Caring Sci.* 2013. Vol. 27. N. 4. P. 774 -784.
17. Mason A., Goddard M., Weatherly H., Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review // *J. of Health Services Research Policy.* 2014. N. 1. P. 20 – 26.
18. Ministry of Social Affairs and the Interior. Consolidation Act on Social Services. Consolidation Act N. 1093 of 5 September 2013. Available [363/consolidation-act-on-social-services.pdf](#).
19. Nolte E., McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press, Berkshire, England. 2008. 57 p.
20. Osborn R., Moulds D., Squires D. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination and patient-centered care. *Health Affairs*, 2014. P. 33 - 40.
21. Pulkki J., Rissanen P., Raitanen J. Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services // *Int J. Rehabil Res.* 2011. Vol. 34. N. 3. P. 255 - 260.
22. Rahlm M., Hedegaard B., Löfmark A., Slettebo A. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden // *J. Adv Nurs.* 2010. Vol. 66. N. 9. P. 2126 - 2137.
23. Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Organizational ethics. *Nurs Ethics.* 2011. Vol. 18. N. 3. P. 285 - 303.
24. T. Iversen. Energy Regulator // *Nordic Journal of Health Economics.* 2016. Vol. 4. N. 1. P. 15 – 22.
25. Vashchenko Y. National Regulatory Authorities in the Energy Sector of Ukraine: Problems of Legal Status in the Context of the European Integration and the Administrative Reform // *Jurisprudence.* 2013. Vol. 20. N. 3. P. 1231-1248.
26. Vashchenko Y. Legal Aspects of the Independence in the Light of the EU Requirements // *Jurisprudence.* 2014. Vol. 21 N. 1. P. 185 - 203.
27. Viitanen J, Kuusisto A, Nykänen P. Usability of electronic nursing record systems: definition and results from an evaluation study in Finland // *Stud. Health Technol. Inform.* 2011. Vol. 16. N. 4. P. 333 - 338.

Wettermark B., Zoëga H., Furu K. The Nordic prescription databases as a resource for pharmacoepidemiological research // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013. Vol. 22. N. 7. P. 691 - 699.