

# ДОСВІД КРАЇН ЄС В ОРГАНІЗАЦІЇ ОБІГУ ТА ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ

## EXPERIENCE OF EU COUNTRIES IN ORGANIZING OF THE CIRCULATION AND AVAILABILITY OF MEDICINES FOR THE POPULATION

Світлана Зброжек (Svitlana Zbrozhek), кандидат фармацевтичних наук, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна, ORCID 0000-0003-2348-4960

**Abstract.** Finland's health care system has evolved over the years, with its distinctive features being tax funding, the provision of the vast majority of medicines and medical services by public and municipal authorities. To study the experience of EU countries in the field of health care in the organization of circulation and availability of medicines. To achieve this goal used the methods of regulatory, documentary, comparative and graphical analysis. The increase in the cost of medical care leads to the fact that the state is increasingly thinking about containing costs. The level of co-financing by patients is growing, at the same time measures are being taken to limit the selling price of medicines. The existing system of reference prices promotes the entry of generics into the market and, apparently, this direction will develop. A characteristic feature of the health care and pharmaceutical supply system in the Nordic countries is coordination, which is implemented at different levels and in many

forms. The organization of the circulation and accessibility of medicines for the population in Finland is based on covering the costs of medicines through the social insurance system, but with the participation of the state. The priority common aspects of the functioning of the national health care systems of the Scandinavian region remain: coordination between hospitals and definition of their areas of activity; coordination between general services and specialized assistance centers; coordination of the organization of drug circulation and medical care for certain categories of patients (privileged categories, patients with oncological diseases, etc.); coordination of pharmaceutical support and medical services for patients with chronic diseases (diabetes, etc.); coordination of long-term pharmaceutical provision and medical care for the elderly.

**Keywords:** healthcare system, circulation, organization, medicines, EU countries.

**Вступ.** До ЄС входить 28 країн, зокрема Фінляндія. Система охорони здоров'я Фінляндії формувалася протягом багатьох років, її відмінні риси - фінансування за рахунок податків, надання переважної більшості ЛЗ та медичних послуг державними закладами й установами муніципального управління. Міністерство зайнятості та економіки цієї країни розробило програму Finlandcare. Відповідно до цієї програми рушійною силою розвитку сфери охорони здоров'я визнається система університетських клінік, де розробляються основні стандарти лікування і рекомендації. З цією метою фінська компанія Nordic Clinic розробляє нову схему управління технологічним ланцюжком надання спеціалізованої медичної допомоги. Цей проект у Фінляндії фінансується інноваційно-технологічним центром Tekes; метою проекту визначено впровадження до 2020 р. нового порядку надання медичної допомоги та забезпечення більш швидкого доступу пацієнтів до отримання медичних послуг і фармацевтичного забезпечення. Очікується, що здійснення такого роду заходів сприятиме формуванню конкурентного середовища у сфері охорони здоров'я та створенню рівних умов для медичних і фармацевтичних організацій різних форм власності [1].

Країни Скандинавії створили систему охорони здоров'я соціально орієнтованою. Система охорони здоров'я Фінляндії часто розглядається як класичний приклад «Північної моделі» (Nordic) з податковим (не страховим) покриттям медичних послуг, а також вираженої децентралізації. Надання медичної допомоги фінансується в основному за

рахунок податкових надходжень, які збирають фінські муніципалітети, відповідальні за організацію надання медичної допомоги в країні.

**Мета:** дослідити досвід країн ЄС у сфері охорони здоров'я щодо організації обігу та доступності лікарських засобів на прикладі Фінляндії.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети використовували методи нормативно-правового, документального, порівняльного та графічного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Фінляндія розділена на 21 лікарняний округ, і муніципалітети прикріплені до одного з цих лікарняних округів. Муніципалітети укладають зі стаціонарами договори (раз на рік), за якими ці стаціонари надають пацієнтам спеціалізовану допомогу. Фінансування, відповідно, йде також з бюджетів муніципалітету. Фармацевтичне забезпечення стаціонарної допомоги включено в бюджет стаціонару. Оскільки стаціонарна допомога фінансується муніципалітетами шляхом платежів лікарням, то виходить, що фармацевтичне забезпечення в лікарнях здійснюється за рахунок коштів муніципалітетів, а в амбулаторно-поліклінічній ланці (майже три чверті всіх витрат) – за рахунок коштів соціального страхування.

За рахунок податків муніципалітети фінансують первинну медичну допомогу в належних їм же центрах здоров'я (Terveysasemat), або в центрах здоров'я, що належать спільно кільком муніципалітетам (оскільки чисельність населення муніципалітету може не перевищувати 2000 осіб). Ці центри надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, найчастіше, мають невеликі стаціонари (пара десятків ліжок). Треба відразу ж зазначити, що фармацевтичне забезпечення пацієнтів не надається центрами здоров'я, ЛЗ необхідно купувати в аптеках (Apteekkit), що, відповідно, вже ставить під питання ідею надання медичної допомоги цілком за рахунок муніципалітетів. Практично всі аптеки (крім невеликої кількості, які належать університетам Гельсінкі і Куопіо) приватні, хоча ліцензії на їх відкриття і географічне розташування надається підрозділом Міністерства охорони здоров'я і соціального розвитку.

У реальності в Фінляндії фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється двома потоками – один, це потік коштів муніципалітетів (включаючи вирівнюючі гранти) від загальних податкових надходжень, другий, який є більш важливим для фармацевтичного забезпечення – це потік коштів системи соціального страхування, що здійснюється через КЕЛА (Kansanelakelaitos, KEELA), організацію, відповідальну за соціальне страхування у Фінляндії. КЕЛА фінансується спеціальним податком, який утримується роботодавцем і становить (максимум) 8% від нарахованої зарплати. Всі особи, які постійно проживають у Фінляндії, є одержувачами послуг системи соціального страхування (в обмін на обов'язкові платежі). Особи, що не проживають постійно, прав на такі послуги не мають. Держава гарантує наявність у КЕЛА коштів, і тому відсоток державних субсидій в її бюджеті постійно зростає, досягаючи майже чверті коштів (іншими словами, коштів страхування вистачає лише на чверть реальних зобов'язань КЕЛА). КЕЛА частково покриває рахунки, що виставляються за медичні послуги лікарями, і оплачує лікарняні листи. На даний момент КЕЛА здійснює фінансування більшої частини соціальних послуг від оплати лікарняних листів і допомоги з безробіття до пенсій та фінансування медичних послуг витрат на фармацевтичне забезпечення.

Основними організаціями, що грають значну роль в області фармацевтичного забезпечення амбулаторно-поліклінічної допомоги у Фінляндії: КЕЛА; Фінське фармацевтичне агентство (Laakealan turvallisuus- ja kehittämisskeskus, ФФА, FIMEA); Рада за вартістю фармацевтичних продуктів - Хілаал (Laakkeiden hintalautakunta, НІЛА); Національне наглядове управління у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги - ВАЛЬВІРА (Sosiaali- ja terveystalun- lura- ja valvontavirasto, VALVIRA); Національний інститут охорони здоров'я і соціального забезпечення –(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, ТНЛ). ФФА відповідає за загальне планування і напрямок розвитку фармацевтичного забезпечення, визначає правила та видає дозволи на застосування ЛЗ у Фінляндії, моніторить безпеку та

ефективність ЛЗ і продуктів з крові і тканин. ВАРЬВІРА спрямовує і контролює практику призначення ЛЗ медичними працівниками та підрозділами ЗОЗ.

Найбільшу роль у фармацевтичному забезпеченні грають ті організації, які визначають доступність ЛЗ з погляду дозволу на їх використання (видає ФФА) і визначають вартість та порядок відшкодування витрат на ЛЗ і фармакотерапію (Хілап і КЕЛА).

Відшкодування вартості фармацевтичного забезпечення у Фінляндії може здійснюватися по одному з трьох сценаріїв. Будь-який ЛЗ, щодо якого було прийнято рішення, що ЛЗ буде оплачуватися з громадських фондів, відноситься до базової категорії, для якої платежі пацієнта складають 58% з фіксованою складовою близько 8 євро. Дві інших категорії ЛЗ є особливими, і для попадання в них необхідно, щоб ЛЗ використовувалося для лікування певних захворювань і мало досить високу ефективність. Відповідно, для того, щоб ЛЗ виявилось в особливій категорії відшкодування, фармацевтична компанія повинна надати дані щодо витратної ефективності.

КЕЛА приймає рішення про включення ЛЗ в особливу категорію на підставі тяжкості захворювання, важливості і доведеною витратною ефективністю ліків, наявності фондів для фінансування такої допомоги та наявної доказової бази. Перша особлива категорія включає ЛЗ, які використовуються для лікування хронічних захворювань, таких як бронхіальна астма та артеріальна гіпертензія. Для ЛЗ, які відносяться до цієї категорії, від пацієнта потрібна співплата у розмірі 28% від вартості.

Друга особлива категорія включає в себе ЛЗ для лікування 34 важких або захворювань, які загрожують життю, таких як злоякісні новоутворення і цукровий діабет. Для ЛЗ, що відносяться до цієї категорії співплат від пацієнта не потрібно. Єдина умова - фіксований платіж 3 євро за одну покупку (яка може включати більш, ніж один продукт). ЛЗ може перебувати в більш, ніж одному списку, тому рішення про відшкодування приймається для конкретного пацієнта, а не ЛЗ як такого. Це додає складності в схему оплати лікування. [2]

Для отримання відшкодування пацієнт повинен представити в КЕЛА інформацію про витрати і спеціальний сертифікат (сертифікат Б), що видається лікарем і дає право на підвищене відшкодування. Якщо у наданні підвищеного відшкодування відмовлено, пацієнту відшкодовуються витрати за базовою схемою. Відшкодування за базовою схемою може бути отримано в аптеці при покупці з пред'явленням карти застрахованого, або після надання в КЕЛА спеціальної форми протягом півроку після покупки.

З 2009 р., після введення референтного ціноутворення для біоеквівалентності ЛЗ, усі ЛЗ, що мають аналоги, об'єднуються в референтні групи, які мають одну і ту ж активну речовину в одній формі і в східних за розмірами упаковках. Якщо немає дженеріка з тією ж дозуванням або в такій же упаковці – референтна ціна не встановлюється [3].

Референтна ціна дорівнює найнижчі роздрібні ціни препарату (з ПДВ) в референтній групі плюс 1,5 євро. Для ЛЗ дорожче 40 євро до мінімальної роздрібною ціни додається 2 євро. Якщо пацієнт купує ЛЗ за ціною, вище референтної, він оплачує різницю між істинною роздрібною ціною препарату і референтною, яка є основою для відшкодування. Пацієнт може отримати інформацію про суми очікуваного відшкодування препаратів в інтернеті на сайті КЕЛА ([http://asiointi.kela.fi/laakekys\\_app/LaakekysApplication](http://asiointi.kela.fi/laakekys_app/LaakekysApplication)). Референтні ціни оновлюються раз на квартал. [4]

Якщо пацієнт витрачає на ЛЗ більше, ніж встановлений на даний рік межа, то КЕЛА відшкодовує всі додаткові витрати з умовою додаткового платежу в 1,5 євро за кожне придбання ЛЗ. Останнім часом КЕЛА ввела список ЛЗ, придбання яких не відшкодовується – фактично список засобів, які не рекомендують до використання (негативний). КЕЛА активно моніторить призначення ЛЗ. Наприклад, вона перевіряє сертифікати, що видаються лікарем для придбання засобів за спеціальним списком. Контроль за ліками впливає на практику призначення ЛЗ. [5].

У структурі управління охороною здоров'я виділяють два основні рівні - центральний (уряд) і місцевий (муніципалітети). Крім того, в керівництві охороною здоров'я беруть участь лянни (губернії) - адміністративні одиниці країни, а в керівництві лікарнями - лікарняні

округи (об'єднання муніципалітетів). Важливе завдання лікарняних округів - забезпечити загальнодоступність, якість і рентабельність медичного обслуговування та фармацевтичного забезпечення всіх категорій пацієнтів.

Міністерство соціального забезпечення і охорони здоров'я видає основні нормативні документи у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення і стежить за їх виконання. Рада із захисту прав людини, що діє при міністерстві, гарантує якість і загальнодоступність медичного обслуговування та фармацевтичного забезпечення в муніципальних медичних установах.

У Фінляндії проведено реформу системи державних субсидій, тому система охорони здоров'я стала менш централізованою. Місцеві власті отримали більше самостійності, а центральне управління зосередилося на розвитку інформаційних мереж, розробці законодавчої бази та експериментальних програм. У той же час держава залишила за собою право регламентувати ряд важливих питань, наприклад визначення максимального рівня цін на медичні послуги та ЛЗ.

У країні існують 20 лікарняних округів (об'єднань муніципалітетів), відповідальних за спеціалізоване медичне обслуговування та фармацевтичне забезпечення на своїй території. Кожен муніципалітет відноситься до певного лікарняного округу. До обов'язків муніципалітетів (їх 448) входять зміцнення здоров'я населення, фармацевтичне забезпечення, профілактика і лікування захворювань, реабілітація і стоматологічна допомога. Щорічно муніципалітети кожного лікарняного округу обговорюють організацію стаціонарної медичної допомоги на території свого округу. Лікарняний округ встановлює ціни на ЛЗ та медичні послуги і не є покупцем цих послуг. Таким чином, постачальники і покупці ЛЗ та медичних послуг поки не розділені. У середині лікарняного округу існує механізм вирівнювання витрат, згідно з яким витрати на дорогі ЛЗ та лікування розподіляються між усіма муніципалітетами, що входять до складу округу.

Відповідно до програми вакцинації населенню безоплатно надають вакцини в дитячих установах, шкільних медпунктах і центрах здоров'я. У програму імунізації входять вакцини від туберкульозу, дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, епідемічного паротиту, кору, краснухи. Людям старших за 65 років і групам ризику за медичними показаннями проводять щорічну вакцинацію від збудників гострих респіраторних захворювань. Обмеженим групам ризику проводять вакцинацію від гепатиту.

Державна система медичного обслуговування доповнюється приватними послугами, обсяг яких щорічно зростає.

У Фінляндії впроваджена юридична опіка в системі правовідносин «лікар- пацієнт – провізор». Так, Закон про статус і права пацієнтів розповсюджується на фармацевтичне забезпечення та медичні послуги, що надаються установами соціального забезпечення (лікування не може проводитися без згоди пацієнта; форми лікування повинні узгоджуватись з пацієнтом; за індивідуальною вимогою пацієнти можуть отримати інформацію про стан свого здоров'я, ЛЗ, об'єм передбачуваного курсу лікування, чинники ризику і можливі альтернативні форми лікування; пацієнти мають право на перегляд і виправлення даних, записаних у їхні історії хвороби; пацієнтам, що очікують на фармацевтичне забезпечення або курс лікування, повинні бути повідомлені причина очікування і його термін; пацієнти, не задоволені фармацевтичним забезпеченням або курсом лікування, мають право подати скаргу у відповідну інстанцію; ЗОЗ повинні мати уповноваженого з прав людини для роботи з пацієнтами, в обов'язки якого входить інформування пацієнтів про їх права і надання їм допомоги при подачі скарги або петиції, а також подачі клопотання на відшкодування збитків та ін.). Профілактичне фармацевтичне забезпечення та медичне обслуговування окремих категорій пацієнтів є безкоштовними.

У Фінляндії продаж ЛЗ дозволений тільки в аптеках. Це поширюється як на ліки, що виготовляються за рецептами, так і роздрібний продаж. У Фінляндії налічується 800 аптек. Витрати на фармацевтичне забезпечення та медичне обслуговування постійно зростають. Зростання витрат вдалося дещо стримати прийнятим у 2003 р. законом про адекватну заміну

ЛЗ. Адекватна заміна ЛЗ означає, що аптека повинна запропонувати клієнтові максимально дешевий або середній за вартістю аналогічний ЛЗ, що містить у тих самих кількостях ту саму речовину, що і в рецепті, який виписав лікар. Пацієнт вирішує сам, чи хоче він замінити ЛЗ дешевшим аналогом.

Реформування системи охорони здоров'я в країнах Скандинавського регіону є черговим етапом побудови змішаної ринкової системи соціальної економіки, покликаної досягнути позитивних зрушень у напрямі сталого розвитку національних економік, Скандинавського регіону та світової спільноти загалом. Характерною для регіону рисою до недавнього часу була централізація влади та бюджетне покриття видатків на фінансування цільових проектів у цій сфері. Однак нагальною тенденцією стала децентралізація в межах окремих країн, а визначення пріоритетних загальних сфер, фінансування розроблення та програм соціального захисту в яких здійснюється, на противагу, винятково на регіональному рівні.

Систему охорони здоров'я, властиву країнам регіону, можна описати своєрідною системою трипаратизму: медичне забезпечення (надання соціальних медичних послуг), медичне страхування та власне пацієнт. У межах трикутника відносин здійснюються фінансові потоки, в усіх інших напрямках – обмін послугами. Населення попередньо оплачує медичні послуги як громадяни, а також отримує та оплачує послуги в ролі пацієнтів. Передоплата здійснюється у вигляді страхових або податкових платежів. Медичні заклади надають послуги пацієнтам та отримують платежі від страховика та пацієнта. Системі державних регуляторів делеговано прийняття рішень, запровадження та реалізація контрольних обмежень, запровадження правил та механізмів функціонування системи охорони здоров'я загалом. Загальнообов'язкове медичне страхування та система охорони здоров'я, що функціонує на основі асигнувань із державного та місцевого бюджетів, одночасно з додатковим приватним страхуванням є характерною рисою країн Скандинавського регіону. Обсяги та форми фінансових потоків від пацієнта до суб'єктів надання (постачальників) соціальних медичних послуг визначаються та корелюються державними органами на національному рівні (як у Фінляндії). Постачальникам медичних послуг виступають медичні установи як первинного рівня надання допомоги, так і спеціалізовані заклади. Доступ до спеціалізованих закладів медичних послуг частково обмежений. За наявності невеликих гострих проблем зі здоров'ям спочатку звертаються до багатопрофільних спеціалістів первинного рівня допомоги; у разі травм або гострих захворювань спочатку звертаються до універсальних лікарень (створених при профільних університетах та дослідницьких інститутах), потім направляються до терапевтів первинної допомоги, після чого за необхідності можуть звернутися до вузькопрофільних спеціалістів. Однак за умови наявності хронічних захворювань виникає необхідність координації великої кількості постачальників медичних послуг задля надання комплексної допомоги. Координація комплексної допомоги за наявності хронічного захворювання називається інтегрованою медичною допомогою або управлінням хворобою. Незалежно від загальної національної концепції побудови системи охорони здоров'я, основною метою інтегрованої моделі є забезпечення високого рівня надання медичних послуг пацієнтам із хронічними хворобами. Інтегрована модель передбачає побудову багатокomпонентних мереж на засадах співпраці, координації, інтеграції та безперервності [6].

Властивими країнам Скандинавського регіону координаційними механізмами системи охорони здоров'я є: пряме регулювання на системному рівні; співфінансування системи медичного забезпечення (державні асигнування, загальнообов'язкове страхування, приватне страхування); чітка організація та ієрархія; стійкі професійні мережі. Система охорони здоров'я країн регіону має багатоступеневу децентралізовану структуру. Її компоненти не є ексклюзивними, тобто передбачається можливість делегування та взаємозаміщення з метою підтримки сталого функціонування системи.

До найбільш розповсюджених у країнах регіону пріоритетних координаційних механізмів відносяться: координація структури медичних закладів відповідно до сфери

діяльності лікарень; координація механізмів руху пацієнтів та фінансових засобів їх забезпечення між первинною та спеціалізованою ланками допомоги; координація діагностики та лікування раку; координаційні механізми підтримки хронічних хворих, зокрема на сахарний діабет; координація довгострокової допомоги особам похилого віку тощо. Координація структури медичних закладів здійснюється з урахуванням розширення масштабів соціальних послуг, надання яких забезпечується їхньою діяльністю. Більш складні комплексні процедури (медичні послуги) надаються обмеженим колом суб'єктів медичної системи обмеженої кількості пацієнтів. У всіх країнах Скандинавського регіону є ієрархія лікарень від місцевих громадських до універсальних комплексів. Структурна координація, визначення напрямів діяльності, спектрів надання медичних послуг та методів лікування дозволяє максимізувати ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Наприклад, оптимальний персональний склад окремої лікарні забезпечує високу якість надання послуг; інфраструктура медичних закладів дозволяє надавати послуги пацієнтам навіть у найбільш віддалених районах.

У Фінляндії приватний сектор фармацевтичного забезпечення та медичних послуг дає певний маневр пацієнтам у виборі постачальника цього виду соціальних послуг та полегшує процедуру доступу до них за умови підвищення їх вартості.

У Фінляндії відповідальність за фармацевтичне забезпечення пільгових категорій пацієнтів несуть муніципалітети, що пояснює існування значних регіональних відмінностей в окремих округах.

У Фінляндії обов'язки координації механізмів підтримки хронічних хворих покладено на місцеві лікарні та муніципалітети, а основними постачальниками ЛЗ виступають санітарні центри та відділення професійної допомоги.

У Фінляндії фармацевтичне забезпечення та послуги довгострокової допомоги надаються приватними структурами, медсестринськими будинками (будинками довгострокової допомоги), центрами первинної медичної допомоги, стаціонарними відділеннями медичних центрів. Діяльність всіх контрагентів регулюється муніципалітетами, в той час як надання гострої медичної допомоги забезпечується районними лікарнями. Органи місцевого самоврядування встановлюють норми відповідних процедур на регіональному рівні, тому є безліч відмінностей практичної реалізації цих процесів у межах країни. Зокрема, муніципалітети великих районів (Kainuu, Eksote) перебрали на себе повну відповідальність за надання всіх фармацевтичних, медичних та соціальних послуг у межах регіону, тоді як невеликі, негусто заселені регіони передали цю сферу підприємствам приватного сектору. Загальнонаціональних принципів координації немає, хоча в межах окремих регіонів розроблені чіткі вимоги, норми, принципи реалізації відповідних процедур.

Система соціального забезпечення та охорони здоров'я управляється в т.ч. за допомогою законодавства, системи державних субсидій, взаємно пов'язаних форм управління (рекомендації, інструкції) та контролю (ліцензії, дозволи, скарги).

Установи та організації, підвідомчі Міністерству соціального забезпечення та охорони здоров'я, відповідають за виконання завдань в галузі досліджень, розробок, а також координування, моніторингу та статистики. До цих установ належать Державне агентство охорони здоров'я і соціального розвитку "THL", Агентство з безпеки і розвитку в області фармацевтики "Fimea", Центр ядерної та радіаційної безпеки "STUK" і Фінський інститут професійного здоров'я "TTL".

Муніципалітети несуть відповідальність за організацію соціального забезпечення та охорони здоров'я. Вони можуть надавати послуги в даній сфері самостійно або створювати для цього міжмуніципальні структури. Муніципалітет може купувати послуги з соціального забезпечення і охорони здоров'я у інших муніципалітетів, громадських організацій або в приватному секторі.

У фінському законодавстві визначено основні послуги соціального забезпечення та охорони здоров'я, а також спеціалізовані медичні послуги, якими муніципалітети зобов'язані забезпечити населення. У рамках, зазначених законодавством, муніципалітети можуть

самостійно приймати рішення про обсяг послуг, їх зміст і спосіб надання. Тому в запропонованих послугах можуть бути відмінності. Ця діяльність, як і самі послуги, фінансуються, в основному, з муніципальних податкових надходжень.

Держава надає підтримку муніципалітетам у вигляді державних субсидій. Розмір державної субсидії на надання соціальних та медичних послуг розраховується в т. ч. на підставі чисельності населення муніципалітету, вікового розподілу жителів і їх захворюваності.

Утворені муніципалітетами лікарняні округи відповідають за організацію спеціалізованого лікування в своєму регіоні. Вони планують і розвивають систему спеціалізованих медичних послуг таким чином, що базове охорона здоров'я і спеціалізоване лікування утворюють єдиний функціональний комплекс.

На території материкової частини Фінляндії розташовано 20 лікарняних округів. Організацією послуг охорони здоров'я на Аландських островах займається провінція Аландських островів на підставі закону про автономію. Кожен муніципалітет повинен входити в який-небудь лікарняний округ.

Лікарняні округи надають такі послуги по спеціалізованому лікуванню, які не є доцільним в рамках базового охорони здоров'я. Вони також несуть відповідальність за надані муніципалітетами лабораторні послуги, виготовлення рентгензнімків, медичну реабілітацію, а також за керівництво іншими спеціалізованими послугами, контроль їх якості, діяльність з досліджень, розробок та підготовки кадрів, а також за координацію сумісності муніципальних медичних інформаційних систем.

Лікарняні округи входять в так званий мільйонний округ – один з п'яти підрозділів особливої відповідальності, утворених на базі університетських лікарень. Вони координують надання спеціалізованих медичних послуг, інформаційні системи, медичну реабілітацію та закупівлі.

Приватні послуги доповнюють соціальне медичне обслуговування. Приватні виробники послуг, тобто компанії, громадські організації та фонди можуть продавати свої послуги або муніципалітетам і муніципальним об'єднанням, або безпосередньо клієнтам.

На надання послуг у галузі охорони здоров'я приватно потрібен дозвіл. Дозволу не потрібно в тих випадках, коли послуги надаються приватно-практикуючим підприємцем, або коли роботодавець сам організовує передбачені законодавством послуги з гігієни праці.

У 2000-ті роки частка медичних послуг, що надаються компаніями та громадськими організаціями, стала неухильно збільшуватися. Приватні виробники надають більше чверті всіх соціальних і медичних послуг.

Найбільш поширеними видами послуг, що надаються приватно, є фізіотерапевтичні послуги, прийом пацієнтів приватними лікарями та стоматологами, а також послуги в сфері гігієни праці. Більшість приватних виробників послуг охорони здоров'я зосереджено в південній частині Фінляндії, а також у великих містах.

Коли муніципалітет надає пацієнтові приватні медичні послуги, то пацієнт оплачує ці послуги відповідно до закону про клієнтську плату. Медичне страхування покриває частину витрат пацієнта на послуги приватного лікаря і стоматолога.

Громадські організації, що діють у соціальній та медичній сферах, надають як платні, так і безкоштовні послуги. Громадські організації отримують значну частину свого фінансування з державних фондів і у вигляді грантів (наприклад, від Фінської асоціації ігрових автоматів "RAY").

Контрольно-наглядова служба соціального забезпечення та охорони здоров'я "Valvira" відповідає за моніторинг системи в державному масштабі. Вона контролює державні та приватні організації соціальної та медичної допомоги, наприклад, медичні центри, поліклініки, приватні клініки, будинки престарілих, лікарні, а також персонал, зайнятий в системі охорони здоров'я.

"Valvira" видає фахівцям охорони здоров'я ліцензії на право займатися приватною практикою, а також надає державні дозволи на надання приватних медичних послуг. У

рамках адміністративної системи з питань алкоголю ця служба займається ліцензуванням, управлінням та моніторингом діяльності, пов'язаної з алкоголем. Ті ж функції вона виконує і щодо гігієни навколишнього середовища.

Регіональні управління органів державної влади (AVI) несуть основну відповідальність за моніторинг послуг в своїх регіонах. Розподіл праці між службою "Valvira" і регіональними управліннями узгоджується в програмах контролю. Регіональні управління органів державної влади "AVI" здійснюють функції координації і нагляду щодо муніципального і приватного секторів охорони здоров'я та соціального забезпечення. Вони надають приватним виробникам послуг ліцензії та дозволу на діяльність у даній сфері. Одночасно вони стежать за тим, щоб державні та приватні послуги знаходилися на рівні, передбаченому законодавством. Регіональні управління органів державної влади розглядають скарги пацієнтів.

На рівні муніципалітету офіційним наглядовою органом є комісія з питань охорони здоров'я чи інший відповідний орган. Міністерство соціального забезпечення та охорони здоров'я здійснює координацію діяльності між самим міністерством, його відомствами та установами. Міністерство укладає договори про досягнення результатів з такими відомствами і організаціями, як, наприклад, "Valvira" і регіональними управліннями "AVI".

Витрати на охорону здоров'я в Фінляндії в 2010 році склали 16,0 млрд. євро. Це відповідає 8,9% від валового внутрішнього продукту, і становить приблизно 3000 євро на кожного жителя. Обидва показники являють собою середній рівень по країнах Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР).

Витрати на спеціалізоване медичне обслуговування та первинну медико-санітарну допомогу склали трохи більше половини загальних витрат на охорону здоров'я. Велика частка витрат на охорону здоров'я виникає від надання медичних послуг, відповідальність за які лежить на муніципалітетах.

Держава управляє політикою клієнтської плати за послуги соціального забезпечення та охорони здоров'я законодавчим шляхом. Воно також підтримує ці послуги, виплачуючи муніципалітетам державні субсидії. Мета полягає в тому, щоб плата залишалася помірною і не була перешкодою для звернення за послугами.

Обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби охоплює все населення країни. Воно ділиться на страхування з медичного догляду за хворим та страхування трудового доходу. Управління соціального забезпечення "Kela" надає медичне страхування на випадок хвороби, яке є частиною системи соціального забезпечення.

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

Витрати на медичне страхування на випадок хвороби майже повністю фінансуються державою і застрахованим в однаковій кількості. З трудових доходів, пенсій і допомоги усіх застрахованих осіб стягується плата за медичний догляд за хворим.

Розмір компенсації витрат на ліки, що вживаються при амбулаторному лікуванні, розраховується в процентному співвідношенні від вартості ліків або їх референтної ціни. Транспортні витрати містять твердо встановлену частку, яку клієнт сплачує самостійно. Витрати на ліки і транспорт, які клієнт повинен оплачувати самостійно, мають найвищу межу, встановлювану на календарний рік.

З фонду страхування трудових доходів виплачується добова допомога по хворобі, на реабілітацію, по спеціалізованому догляду, а також по материнству і батьківству, батьківська допомога і спеціальна надбавка до материнської допомоги. Крім того, з джерел страхування трудових доходів компенсується частина витрат на охорону здоров'я працівників, що організовується роботодавцями та підприємцями, а також відпускні витрати, котрі нараховуються на щорічну відпустку за період батьківської відпустки. Послуги служби гігієни праці для фізичних осіб є безкоштовними.



Крім відповідальності самої людини та її найближчого оточення за зміцнення здоров'я і благополуччя, відповідальність за ці аспекти в ширшому масштабі лежить на муніципалітетах, лікарняних округах та державної адміністрації. Діяльність останніх ґрунтується на інформації про стан здоров'я і благополуччя жителів, знанні причинних факторів, а також на хорошому функціонуванні послуг, що забезпечують добробут населення. Інструментом для планування, моніторингу та оцінки діяльності служить звіт про добробут.

Для зміцнення здоров'я населення необхідно, щоб фактори, які впливають на здоров'я людей, враховувалися при прийнятті будь-яких рішень. Різні муніципальні сектори спільними зусиллями сприяють зміцненню здоров'я і благополуччя, наприклад, при плануванні землекористування, в будівництві і проектуванні транспортного руху, а також при розробці та реалізації навчальних, спортивних і культурних заходів.

За допомогою послуг охорони здоров'я, забезпечуваних муніципалітетами і лікарняними округами, які носять рівноправний, профілактичний і своєчасний характер, скорочується потреба в важких і найбільш дорогих формах підтримки та лікування. Муніципалітети, які пов'язані із конкретним лікарняним округом, розробляють план організації системи охорони здоров'я, в якому зазначені цілі дій по зміцненню здоров'я та благополуччя населення, а також означені сторони, відповідальні за їх виконання. Муніципалітети домовляються між собою про порядок організації медичних послуг і взаємне співробітництво, а також про співпрацю з іншими задіяними сторонами.

Держава здійснює керівництво і підтримку зусиль по зміцненню здоров'я, у тому числі за допомогою законодавчих заходів, через створення програм і рекомендацій, а також виділення грантів.

За координацію і контроль заходів з боротьби з інфекційними захворюваннями в своїх регіонах відповідають регіональні управління органів державної влади, а в загальнодержавному масштабі – Міністерство соціального забезпечення та охорони здоров'я. Лікарняні округи мають власних експертів по боротьбі з інфекційними захворюваннями.

У завдання муніципалітетів входить організація на своїй території заходів по боротьбі з інфекційними захворюваннями, консультування з питань здоров'я, проведення вакцинації відповідно до загальної програми щеплень, а також лікування громадян. Важливими засобами в боротьбі з інфекційними хворобами є вакцинації, раннє виявлення епідемій і з'ясування їх причин, а також оповіщення населення.

За допомогою програми вакцинації, проведеної в школах та консультаціях, такі захворювання, як наприклад, кір, поліомієліт, свинка і краснуха в Фінляндії практично викорінені. Понад 95 відсотків дітей отримують щеплення в рамках програми вакцинації. Цільовими щепленнями для груп, схильних до ризику зараження, є щеплення проти гепатиту, а також щеплення проти грипу серед осіб старше 65 років.

Державне агентство охорони здоров'я і соціального розвитку "THL" підтримує національний реєстр інфекційних захворювань. Інформація з нього допомагає у відстеженні інфекцій, моніторингу ситуації та плануванні заходів.

Діяльність, спрямовану на захист здоров'я індивідуумів, населення і життєвого середовища, називають оздоровленням довкілля. Найбільш поширені захворювання, заподіяні довкіллям – це епідемії, викликані харчовими отруєннями та забрудненою водою, а також захворювання органів дихання, викликані забрудненням повітря.

Захист здоров'я включає в себе такі аспекти, як якість і чистота їжі, санітарно-гігієнічний стан житла і громадських місць, захист від шуму, якість питної води та води для купання, оцінка факторів екологічної шкоди для здоров'я, а також система збору, обробки та зберігання відходів. Крім того, контроль хімікатів та продуктів генної інженерії, а також радіаційний захист відносяться до питань гігієни навколишнього середовища.

Муніципалітети несуть відповідальність за контроль і проведення заходів щодо гігієни навколишнього середовища на місцевому рівні. Муніципальні санітарні інспектори та

ветеринари контролюють дотримання законів і розпоряджень щодо гігієни навколишнього середовища, а також консультують і інструктують жителів муніципалітету з даних питань.

Медичні послуги поділяються на послуги первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги. Муніципалітет надає медичні послуги в медичному центрі, який для місцевих жителів є найближчим пунктом охорони здоров'я. У Фінляндії налічується приблизно 160 медичних центрів. Майже всі вони включають поліклініки.

Метою надання профілактичних медичних послуг є зміцнення здоров'я та благополуччя населення, а також профілактика захворювань та їх ідентифікація на самій ранній стадії. Профілактичні медичні послуги є для користувачів, в основному, добровільними і безкоштовними.

Консультування з питань здоров'я та медичні огляди спрямовані на підтримку працездатності жителів муніципалітету, збереження активності, психічного здоров'я, а також на профілактику захворювань.

Муніципалітети проводять консультування різними способами, наприклад, під час індивідуального прийому медичним персоналом, під час групових заходів або шляхом інформаційних кампаній з охорони здоров'я. У консультуванні беруть участь як сам пацієнт, так і організації охорони здоров'я.

Консультування щодо запобігання вагітності та послуги в області сексуального здоров'я можуть бути організовані, наприклад, у відповідній консультації, при материнській і дитячій консультаціях, в підрозділах шкільної та студентської медико-санітарної допомоги або на прийомі лікаря в поліклініці. Дані послуги надаються також молоді та працівникам, що не охоплені студентською або професійною охороною здоров'я.

Муніципалітети несуть відповідальність за проведення скринінгових обстежень відповідно до державної програми. До них відносяться скринінг з метою виявлення раку молочної залози і раку шийки матки, загальне ультразвукове дослідження на ранній стадії вагітності, а також пренатальний скринінг для діагностики хромосомної патології та вроджених дефектів плода. Муніципалітет може проводити й інші скринінгові дослідження [7].

Система соціального забезпечення та охорони здоров'я країни базується на муніципальній системі соціального захисту й охорони здоров'я, що субсидується державою. Крім громадського сектора, послуги в цій галузі надають приватні підприємства і недержавні організації. Будь-яка система успішно функціонує лише за умови чіткого розподілу функцій між її рівнями та ланками, а отже, і відповідальності за конкретний сектор роботи. Інакше – хаос, дублювання і плутанина. Щоб цього не сталося, фіни напрацювали чітку структуру управління. У цілому системою соціального забезпечення та охорони здоров'я країни керує Міністерство соціального забезпечення та охорони здоров'я Фінляндії. На його «плечах» – підготовка законодавчих актів та контроль за їх впровадженням, напрацювання стратегії розвитку галузі, визначення основних напрямків політики у цій сфері, підготовка ключових реформ і координація процесу їх втілення. Міністерство також відповідає за зв'язки з органами влади на національному рівні, які приймають політичні рішення.

У муніципалітетів – своя «місія». Вони відповідальні за організацію та матеріальне забезпечення охорони здоров'я і можуть забезпечувати надання медичних послуг на своєму рівні або купувати їх у інших муніципалітетів чи у приватного сектора ОЗ. У муніципальній економіці соціальні та медичні послуги становлять приблизно 53% витрат. Розмір державних дотацій на організацію муніципальної системи охорони здоров'я залежить від чисельності населення, його вікової структури, рівнів захворюваності тощо. На думку експертів, охорона здоров'я Фінляндії стала однією з найефективніших у Європі саме завдяки тому, що застосовуються лише ті методи діагностики й лікування, ефективність яких базується на наукових доказах.

Держава не втручається у схему надання меддопомоги на місцях – усі питання вирішує місцева влада, яка співпрацює з медичними округами. Якість медичного обслуговування

безпосередньо залежить від наповнення муніципального бюджету, водночас місцеві жителі завжди можуть «запитати» у місцевої влади, чому казна порожня.

Щодо лікарняних округів – їх також створюють муніципалітети, однак округи мають власну нішу відповідальності – за організацію спеціалізованого лікування у конкретному регіоні. Лікарняні округи планують і розвивають систему спеціалізованих медичних послуг таким чином, щоб базова охорона здоров'я та спеціалізоване лікування утворювали єдиний функціональний комплекс. Лікарняні округи відрізняються за кількістю прикріпленого населення (від 60 тис. до 1,4 млн осіб) залежно від їх географічного розташування. Місцеві муніципальні органи зобов'язані забезпечити фінансування спеціалізованого лікування населення свого округу, в кожному з яких функціонує центральна лікарня з відділеннями основних профілів. Лікарняні округи також відповідають за надані муніципалітетами лабораторні послуги та медичну реабілітацію, координують інші спеціалізовані послуги, контролюють їх якість, а також діяльність у галузі досліджень і впровадження розробок, дбають про підготовку кадрів, забезпечують сумісність муніципальних медичних інформаційних систем.

У Фінляндії відповідальність держави за забезпечення якісної системи охорони здоров'я та пропаганду здорового способу життя закріплена у Конституції (The Constitution of Finland 731/1999). Система охорони здоров'я у Фінляндії функціонує відповідно до національного законодавства, зокрема Закону про охорону здоров'я (Health Care Act 1326/2010), Закону про спеціалізовану медичну допомогу (Act on Specialized Medical Care 1062/1989), Закону про соціальне забезпечення (Social Welfare Act 710/1982), Закону про фінляндське агентство з лікарських засобів (Act on the Finnish Medicines Agency 2009/593), Закону Фінляндської Республіки про захист прав споживачів (Consumer Protection Act 38/1978), Закону про лікарські засоби із доповненнями від 2010 р. (Medicines Act 395/1987, amendments up to 1340/2010 included), Закону про охорону праці та здоров'я (Occupational Safety and Health Act 738/2002), Закону про статус і права пацієнтів (Act on the Status and Rights of Patients 785/1992) та ін. [10].

Система охорони здоров'я країни базується на муніципальній системі соціального захисту і охорони здоров'я, що субсидується державою. Значна частина державних соціальних і медичних послуг фінансується за рахунок муніципального оподаткування.

Крім громадського сектора, послуги в цій галузі надають приватні підприємства й недержавні організації.

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються, головним чином, за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки). Згідно із Законом про національну систему охорони здоров'я (1972 р.), усі особи, що проживають на території Фінляндії мають право на отримання медичної допомоги в рамках цієї системи.

Система фармацевтичної служби є важливим елементом фінського добробуту і системи охорони здоров'я. Фармацевтична галузь є досить регульованим сектором та складається із наступних гравців.

Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я Фінляндії (Ministry of Social Affairs and Health) відповідає за загальне функціонування системи соціальних та медичних послуг, а також готує законодавчі акти, визначає стратегію розвитку галузі, розробляє ключові реформи і координує процес їх втілення. Міністерство також відповідає за зв'язки з органами влади на національному рівні та із підпорядкованими йому структурами.

Діяльність Міністерства соціальних справ та охорони здоров'я базується на політиці, передбаченій Програмою Уряду. Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я готує програми та проекти та передає їх на затвердження Уряду, після чого на їх основі (раз у чотири роки) розробляється Національна програма розвитку соціального забезпечення та охорони здоров'я (Kaste) – стратегічного інструменту управління та реформування соціальної та медичної сфери. Головне завдання Kaste – сприяти соціальному благополуччю, рівності,

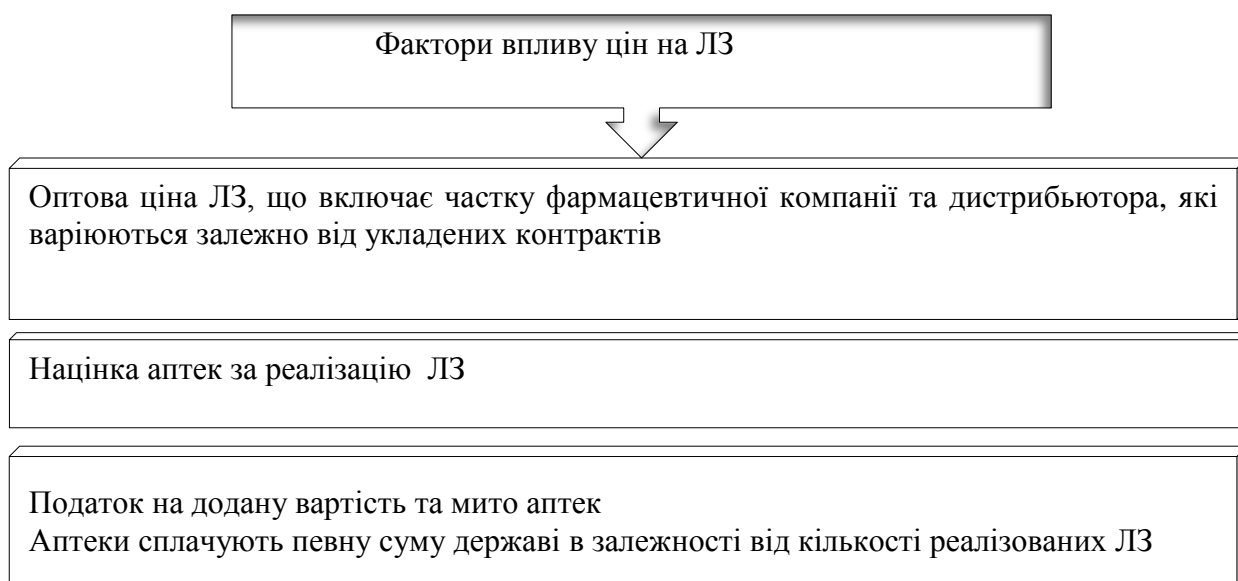
покращенню сфери надання медичних послуг. Програма визначає основні цілі соціальної та медичної політики, містить інструкції та рекомендації щодо їх реалізації.

Поряд з Міністерством соціальних справ та охорони здоров'я, функціонують установи та організації, підвідомчі Міністерству, які відповідають за виконання завдань у сфері обігу, реєстрації, проведення клінічних досліджень, реалізації та контролю якості лікарських засобів (ЛЗ) та виробів медичного призначення.

У Фінляндській Республіці питаннями державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення опікується Рада з питань встановлення цін на фармацевтичні препарати (Pharmaceuticals Pricing Board/Hila) – державний орган, який підпорядковується Департаменту з питань страхування Міністерства із соціальних справ та охорони здоров'я. Окрім встановлення оптимальних оптових цін на лікарські засоби, клінічні харчові добавки і мазі, Hila затверджує суми відшкодувань на лікарські препарати (у рамках Загальнодержавної системи медичного страхування Фінляндії відповідно до Закону про медичне страхування) і здійснює моніторинг цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення. Разом із тим, регулювання у сфері лікарських засобів здійснюється у відповідності до норм та положень законодавства ЄС, зокрема Правил управління лікарськими засобами у Європейському Союзі (The rules governing medicinal products in the European Union).

У частині порушення порядку проведення доклінічних досліджень, клінічних тестувань, державної реєстрації лікарських засобів, законодавством Фінляндії передбачено накладення штрафів чи позбавлення ліцензії

Ціни на ЛЗ формуються під впливом трьох факторів, що наведені на рис. 1.



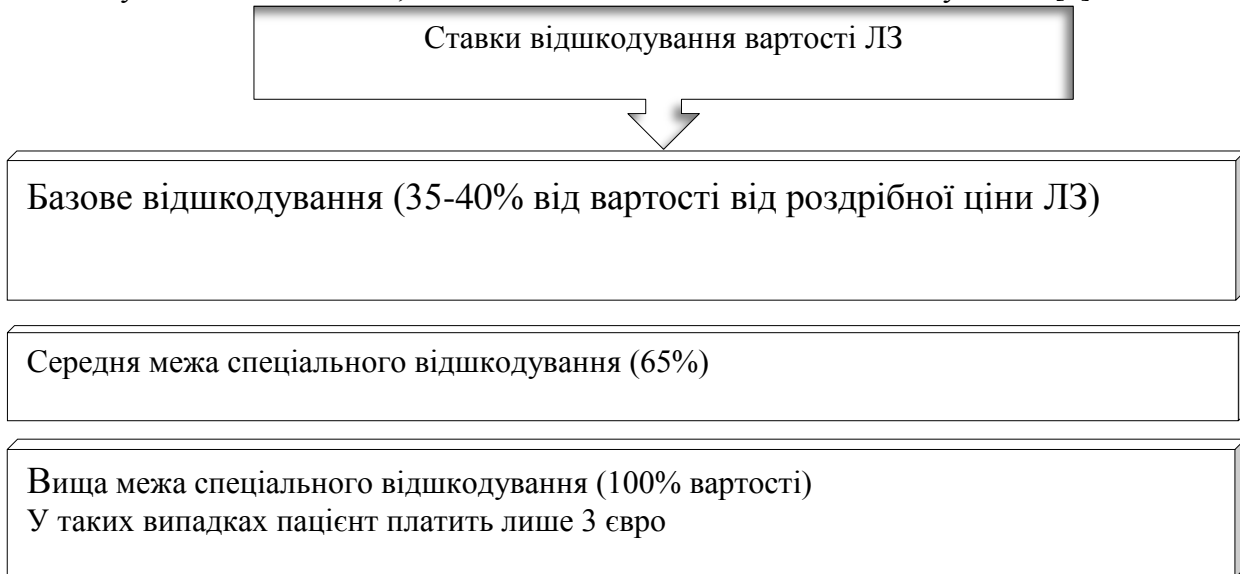
**Рис. 1. Фактори впливу цін на лікарські засоби**

Фармацевтичні компанії можуть визначити оптову ціну ЛЗ, яка повинна бути однаковою для всіх ліцензіатів.

У Фінляндії оптової торгівлі ЛЗ можуть вести тільки спеціалізовані компанії. Роздрібна торгівля здійснюється через приватні аптеки, а також мережу університетських аптек. У країні налічується більше 800 аптечних торгових точок. Фармацевтичний ринок регулюється ціновою конкуренцією.

Реалізація ЛЗ відбувається здебільшого через аптечні, лікарняні, оптові та торговельні мережі. Частка поставок аптечним мережам складає приблизно 72%, лікарням – 25%, торговельним мережам – 2%.

Більшість рецептурних ЛЗ підлягають відшкодуванню, якщо є включеними до системи відшкодування. 60% всіх ЛЗ, наявних в аптеках підлягають відшкодуванню [8].



**Рис. 2. Ставки відшкодування вартості лікарських засобів**

Якщо протягом року пацієнт купує ЛЗ на суму 612,62 євро і більше, то у подальшому до кінця поточного року, пацієнт сплачуватиме лише 1,5 євро за кожну наступну одиницю ЛЗ.

У 2016 р. відомство Kela повинне заощадити 58 млн євро, оскільки держава, із метою скорочення держвитрат, скоротила видатки на відповідні виплати на 26 млн євро.

Фінляндське агентство лікарських засобів (Finnish Medicines Agency/Fimea) - центральний адміністративний орган, що створений у 2009 р. при Міністерстві соціальних справ та охорони здоров'я, який контролює та регулює ринок лікарських засобів та фармацевтичний сектор зокрема.

Fimea запобігає порушенням у сфері незаконної реклами та реалізації ЛЗ і медичних виробів, керуючись при цьому національним законодавством та положеннями Директиви Європейського Парламенту та Ради ЄС 2001/83/ЕС щодо регулювання виробництва, реалізації та застосування ЛЗ. Тобто, реалізовуватись можуть лише ті ЛЗ, на які мають ліцензію на продаж, видану Fimea або Європейською Комісією, та безпека, якість і ефективність яких була доведена. Метою діяльності Fimea є поліпшення фармацевтичного обслуговування населення.

Що стосується діяльності аптек то, відповідно до розділу 40 «Закону про лікарські препарати», аптечний бізнес вимагає наявності ліцензії (ліцензії аптеки), виданої Fimea громадянину держави ЄСП, який має ступінь магістра фармації, і не був оголошений банкрутом або. Якщо є більше, ніж один заявник, ліцензія надається заявнику, який має переваги, тобто відповідний досвід, навички.

Крім того, аптеки, що працюють у Фінляндії, повинні платити щорічний внесок державі, розмір якого розраховується основі їхнього обороту. Мета збору - нівелювати різницю у доходах між аптеками. Розмір плати визначається на основі таблиці, встановленої Законом про формаційний платіж. Останніми роками внесок становив у середньому 7% від обороту.

Відповідно до «Закону про лікарські препарати», Fimea може дати дозвіл на ЛЗ без ліцензії на продаж, який буде випущений для споживання в окремих випадках та для спеціальних терапевтичних цілей, коли інші методи лікування є непридатними або не дають бажаного ефекту. Відповідні ЛЗ мають бути призначені лікарем конкретному пацієнту із відповідною аргументацією щодо необхідності у них.

Крім того, Fimea збирає, оцінює і розподіляє на основі фактичних даних об'єктивну інформацію про лікарські препарати серед населення. Фармацевтична інформація - інформація про ЛЗ та фармакотерапію, яка доступна для споживачів та представників галузі охорони здоров'я.

Комітет з нагляду (Supervision Committee) розглядає питання, що стосуються видачі ліцензій на промислове виробництво лікарських засобів, оптової реалізації, діяльності лабораторій та аптек, а також вилучення цих ліцензій і вжиття відповідних заходів.

При цьому, у вільному обігу перебувають нерецептурні препарати (over the counter OTC medicines). Так, 26 січня 2015 р. Fimea опублікувала Національну програму безрецептурних медичних препаратів «National self-medication, or over-the-counter (OTC) medicines programme», яка містить рекомендації, роз'яснення та перелік ЛЗ, визначених як «препарат для самолікування, який відпускається без рецепта».

Національний орган нагляду у галузі соціального забезпечення та охорони здоров'я (Valvira) – здійснює контроль над діяльністю медичних закладів та соціальних служб, постачальників медичних та лікарських засобів, здійснює перевірку відповідності вимог продукції діючим нормативам. Крім того, Valvira веде реєстр видачі наступних ліцензій: на право здійснення професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, на медичну практику, ліцензування виробництва, імпорту, продажу алкоголю, ліцензії на здійснення досліджень у галузі та ліцензії на медичне обладнання. Тобто, головним завданням є захист прав споживачів та гарантування якості і безпечності медичних послуг.

Національний інститут охорони здоров'я і соціального забезпечення (National Institute for Health and Welfare/THL) – науково-дослідна установа, що об'єднує майже 1000 фахівців у галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення. Основними функціями THL є нагляд за дотриманням прав населення на належне забезпечення медичними послугами, публікація досліджень та статистичних даних задля вироблення виваженої політики у сфері охорони здоров'я, а також проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт та сприяння інноваціям у галузі медицини.

У Фінляндії один із найбільших показників чисельності населення у віці понад 65 років у порівнянні з іншими країнами Північної Європи. За останніми прогнозами, до 2016 р. згадана вікова група складе 21% від загальної чисельності населення. У зв'язку із цим, система охорони здоров'я Фінляндії все більше орієнтується на надання населенню профілактичного медичного обслуговування [9].

**Висновки.** Система охорони здоров'я Фінляндії формувалася протягом багатьох років, її відмінні риси – фінансування за рахунок податків, надання переважної більшості медичних послуг державними закладами й установами муніципального управління.

Організація обігу та доступності ЛЗ для населення в Фінляндії ґрунтується на покритті витрат на ЛЗ за допомогою системи соціального страхування, але за участю держави. Зростання витрат на лікарську допомогу призводить до того, що держава все частіше замислюється про стримування витрат. Рівень співфінансування (співоплат) пацієнтами зростає, одночасно вживаються заходи щодо обмеження відпускної вартості ЛЗ. Існуюча система референтних цін сприяє виходу на ринок дженериків і, судячи з усього, цей напрямок буде розвиватися. Фінська система охорони здоров'я намагається зберегти свої досягнення в умовах зростання витрат на охорони здоров'я.

Характерною рисою системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення в країнах Скандинавського регіону є координація, що реалізується на різних рівнях та в багатьох формах прояву.

Однак пріоритетними спільними аспектами функціонування національних систем охорони здоров'я країн Скандинавського регіону залишаються: координація між лікарями та визначення сфер їхньої діяльності; координація між службами загальної практики та спеціалізованими центрами допомоги; координація фармацевтичного забезпечення та медичної допомоги для окремих категорій пацієнтів (пільгові категорії, хворі з онкологічними захворюваннями, ін.); координація фармацевтичного забезпечення та

медичних послуг хворим із хронічними захворюваннями (діабет та ін.); координація надання довгострокового фармацевтичного забезпечення та медичної допомоги особам літнього віку.

### **Список літератури.**

1. Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M. M., Anderson, C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. 2014. *Health Affairs*, 33.
2. Pulkki JM, Rissanen P, Raitanen JA, Viitanen EA. Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. *Int J Rehabil Res*. 2011. Sep;34(3):255-60.
3. Råholm MB, Hedegaard BL, Löfmark A, Slettebø A. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden — from Bachelor's degree to PhD. / *J. Adv Nurs*. 2010. Sep;66(9):2126-37.
4. Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Organizational ethics: a literature review. *Nurs Ethics*. 2011. May;18(3):285-303.
5. T. Iversen et al. / *Nordic Journal of Health Economics*. 2016. Vol. 4. No. 1. P.1311-1319.
6. 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 / Y. Vashchenko // *Jurisprudence*. 2013. Vol. 20 (3). P. 1231-1248.
7. Vashchenko Y. Energy Regulator in Ukraine: Legal Aspects of the Independence in the Light of the EU Requirements / Y. Vashchenko // *Jurisprudence*. 2014. Vol. 21 No. 1. P. 185-203.
8. 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.164. P. 333-338.
9. Wettermark B, Zoëga H, Furu K, Korhonen M, Hallas J, Nørgaard M, Almarsdottir A, Andersen M, Andersson Sundell K, Bergman U, Helin-Salmivaara A, Hoffmann M, Kieler H, Martikainen J, Mortensen M, Petzold M, Wallach-Kildemoes H, Wallin C, Sørensen H. The Nordic prescription databases as a resource for pharmacoepidemiological research — a literature review. 2013. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Vol.227. No. 5. P. 691-699.
10. Zbrozhek C. Medical and pharmaceutical legislation: normative and legal regulation of healthcare specialists' activities in Finland. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*. 1 (1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.53933/ssppmp.v1i1.5>.