

ОСОБЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ІСПАНІЇ В РОКИ ПРАВЛІННЯ ІСПАНСЬКОЇ СОЦІАЛІСТИЧНОЇ РОБІТНИЧОЇ ПАРТІЇ (1982-1996 рр.)

Годлевська В.Ю. Анотація. У статті досліджується процес модернізації системи охорони здоров'я Іспанії в умовах утвердження демократичного режиму. Автор висвітлює процес становлення Національної системи охорони здоров'я, її відповідних служб, а також формування системи медичного страхування в Іспанії. Дослідження особливостей перебігу зазначених процесів здійснено на підставі аналізу законодавчої бази 1980-х- середини 90-х років.

Ключові слова: консолідація демократії, реформа, система охорони здоров'я, медичне обслуговування, медичне страхування, соціальне забезпечення.

Роль системи охорони здоров'я в соціально-економічному розвитку будь-якої країни, її теперішньому та майбутньому значна. Управління системою медичного обслуговування населення є найважливішим напрямом соціальної політики держави, що визначає комфортність проживання населення на її території.

Системи охорони здоров'я можуть відігравати важливу роль в поліпшенні здоров'я населення в цілому, здійснюючи свої чотири функції: надання послуг; фінансування; формування кадрових та інших ресурсів; стратегічне управління. Ці системи включають надання послуг усьому населенню і окремим громадянам для досягнення як суспільних, так і індивідуальних цілей і результатів відносно здоров'я.

Керівна роль уряду, міністерства охорони здоров'я, інших ключових медичних установ і відповідальних осіб є життєво важливою частиною цього процесу. Вона забезпечує можливість впроваджувати цілі відносно

здоров'я в інші стратегії і здійснювати міжвідомчі дії, спрямовані на поліпшення здоров'я [2, С.84-85].

В останній чверті XX ст. Іспанія зробила успішний перехід від авторитарного до демократичного суспільства. Окрім змін в політичній сфері, істотні перетворення торкнулися усіх інших сфер життєдіяльності держави.

Реформи у сфері охорони здоров'я, особливо в трансформаційних умовах, - один з найбільш важливих і соціально значущих напрямів державної політики, що вимагає зваженого підходу. Оскільки в Україні стартувала медична реформа, доцільно було б звернутись до досвіду інших країн, які успішно модернізували систему охорони здоров'я і досягли позитивних результатів.

Досліджувана проблема не досить глибоко вивчена в країнах СНД. Основні історіографічні роботи - це результат плідних праць зарубіжних колег, в першу чергу іспанських. Ґрунтовними, на наш погляд, є дисертаційні дослідження М. А. Родрігеса Ар'єро і Е. Хурадо Сальвана [29; 31]. М. А. Родрігес Ар'єро розглядає процес реформування системи охорони здоров'я в Іспанії на основі публікацій щоденної газети "Ель Паіс". У своєму дослідженні автор робить акцент на важливості передачі інформації про стан системи охорони здоров'я, про її реформування, результати, основні проблеми тощо. Е. Хурадо Сальван представив аналіз еволюції інформування громадян про події в медичній сфері в перехідному періоді. Так, учений окремо розглядає питання, пов'язані з політикою у сфері медицини; виникненням, розвитком і вирішенням основних конфліктів у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я. Ним вивчені матеріали ЗМІ про основні недоліки, проблеми нової системи, а також про пропозиції щодо поліпшення ситуації. Цікавим є його підхід до розподілу усіх публікацій в інформаційному просторі на періоди: 1). 1980-1985 рр.- рівень новин про медицину перевищують рівень інформації про реформу охорони здоров'я; 2). 1985-1991 рр. – поява інформування про

реформу охорони здоров'я і вторгнення СНІДу, 3). 1991-1996 рр. – поширення інформації про те, що СНІД - це вже проблема усіх і кожного; 4). з 1996 р. - громадянин - споживач, головний адресат інформації в кінці століття. Також автор вказує на той факт, що інформація про погане функціонування системи охорони здоров'я в 80-і – на початку 90-х років (листи очікування, медичні помилки) була використана політичною опозицією для дискредитації уряду.

Реформа соціального забезпечення і медичного обслуговування вивчена Ф. Х. Севілья. Учений представив короткий огляд основних законодавчих актів, що супроводжували медичну реформу, структуризацію іспанської системи охорони здоров'я, різні моделі організації охорони здоров'я з державним фінансуванням, а також взаємозв'язок між новою системою охорони здоров'я і проблемами соціального захисту громадян. Критикуючи Національну систему охорони здоров'я Іспанії, Ф. Х. Севілья вказує на її «нашарованість», на відсутність універсального медичного обслуговування для усіх громадян [32, Р. 131-146].

Результати медичної реформи в Іспанії, що була розпочата у 1986 р. міністром охорони здоров'я та захисту споживачів Е. Льючем, досліджено Ф.Ламата Котандою та К. Перес Андрес. Автори визначили, що сучасна система охорони здоров'я Іспанії є однією з найкращих в ЄС і це, на думку дослідників, є результатом модернізації системи соціалістичними урядами Ф. Гонсалеса. Науковці наводять статистичні дані, які переконливо свідчать, що реформування медичної сфери мало позитивні наслідки для іспанських громадян [7, Р. 421-426].

Роль і взаємодія медичних організацій та їх інтересів на політичній арені протягом демократичних перетворень (1977-1990 рр.) досліджена Х. А. Родрігесом. Він проаналізував використані механізми і стратегії організацій медиків для участі в процесі формування медичної політики.

Автором спеціальна увага приділена відмінностям в стратегіях цих організацій в політичних акціях [30, Р. 121-160].

Різні аспекти політичного і громадського життя Іспанії розглянуті в колективній праці «Історія соціалістичної епохи: Іспанія, 1982-1996». Ця збірка статей - результат однойменного міжнародного конгресу, проведеного у Мадриді в 2011 р. Питання реформування системи охорони здоров'я висвітлені в роботах Ф. Х. Барбадо Кано і Ч. Пауелла «Соціалістична партія Іспанії і Санітарна Реформа: нова модель?», а також М. дель Кармен Хіменес Муньйос «Перехід до медичної реформи: Загальний закон про охорону здоров'я (1986)» [6, Р. 38; 20, Р.40].

Автори статті «Легітимність Загального закону про охорону здоров'я: двадцять п'ять років потому» Х. Кріадо Альварес, Х.Р. Репульйо Лабрадор, А. Гарсія Міліан, дослідили спроби влади уніфікувати систему охорони здоров'я в Іспанії. Перші кроки соціалістичного уряду були досить успішні, але, врешті-решт, процес становлення нової системи привів до її неадаптованості до сучасних умов. Детально проаналізувавши «Загальний закон про охорону здоров'я», автори дійшли висновку, що сьогодні 74,2 % його статей «втратили реальну ефективність» [8, 437-448].

Досить інформативною є стаття М. Теннера, в якій автор порівнює системи охорони здоров'я в різних країнах, у тому числі і Іспанії, а також міркує про їх переваги та недоліки [33].

Наукова новизна цієї статті полягає в тому, що на основі аналізу документальних джерел, а також робіт українських, іспанських і російських дослідників, зроблена спроба охарактеризувати особливості реформування системи охорони здоров'я в Іспанії в період консолідації демократичного режиму.

У роки існування франкістського авторитарного режиму (1939-1974 рр.) і до 1977 р. питання медичного обслуговування населення знаходилися в компетенції Міністерства внутрішніх справ. У липні 1977 р. демократичний уряд А. Суареса ухвалив закон, яким були змінені

центральні органи влади. Центральна адміністрація держави організовувалася в міністерських відомствах, серед яких виділялося Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення (ст. 1) [22, Р.15035].

У 1978 р. із затвердженням іспанської Конституції сталася серія фундаментальних перетворень. Так, з цього року управління і адміністрування охорони здоров'я в системи соціального забезпечення було покладено на створений додатковий орган в системі охорони здоров'я - Національний Інститут Здоров'я (INSALUD).*

У 1981 р. відповідно до початку територіальної децентралізації, почалося перенесення функцій відносно охорони здоров'я і соціального забезпечення від цього інституту до автономій, процес, який завершився в 2001 р.

У 1981 р. у зв'язку з черговою реструктуризацією було створено Міністерство охорони здоров'я і захисту споживача [23].

У жовтні 1982 р. на парламентських виборах перемогла Іспанська соціалістична робітничка партія (ІСПП). Знаходячись при владі до 1996 р., міністерство очолювали соціалісти: Е. Льюч (1982 - 1986); Х. Гарсія Варгас (1986 - 1991); Х. Гарсія Вальверде (1991 - 1992); Х. Антоніо Грін'ян (1992 - 1993); А. Амадор (1993 - 1996).

У своїй виборчій програмі 1982 р. стосовно медичної сфери соціалісти гарантували захист державної охорони здоров'я, а також виступали за легалізацію терапевтичного аборту.

Міністерство охорони здоров'я і захисту споживача розробило норми, що визначили мінімальні стандарти і вимоги до надання медичної допомоги, які набули силу закону, дозволили налагодити інформаційну систему і гарантувати взаємодію між національними медичними фахівцями і округами. Міністерство також було наділене повноваженнями

* Він був створений в результаті ліквідації Національного Інституту Прогнозу (INP).

для написання і публікацій порівняльних медичних звітів за результатами своєї внутрішньої і міжнародної діяльності, проведення оціночних досліджень і висвітлення практичних досягнень.

Кардинальні зміни в системі охорони здоров'я були зроблені лише у кінці першої каденції уряду Ф. Гонсалеса в квітні 1986 р. з ухваленням «Загального закону про охорону здоров'я» [17].

Згідно з ним була створена Національна система охорони здоров'я (SNS), яка забезпечила медичне обслуговування усіх категорій населення.

У перших главах закону було визначено право на захист здоров'я, на медичне обслуговування усіх іспанців, а також іноземців, що знаходяться на національній території за місцем їх проживання; встановлено загальні принципи, заходи стосовно психічного, трудового здоров'я, функції інспекцій, порушення і санкції; вказано на виняткову компетенцію держави, а також автономій і місцевих корпорацій у сфері охорони здоров'я.

Загальними принципами закону були визначені наступні: пріоритет підтримки здоров'я та профілактика хвороб; розширення допомоги для усього населення; доступність медичного обслуговування в умовах рівності; подолання нерівності (територіальної та суспільної); загальноєвропейська участь за допомогою територіальної співпраці; встановлення прав і обов'язків пацієнтів [17, Р. 15209-15213].

Третя глава представила структуру медичної державної системи, яка засновувалася як мережа служб здоров'я під керівництвом держави і автономій для надання і реалізації права на захист здоров'я. Також тут прописувалися і фундаментальні характеристики системи (стаття 46): координація і інтеграція усіх медичних державних ресурсів в єдине управління; фінансування за допомогою ресурсів державних управлінь, податку на додаткову вартість і прибуткового податку; високий рівень якості обслуговування, належним чином оцінений і контрольований [17, Р. 15214-15219].

В наступних главах було визначено право на свободу приватного підприємництва у сфері охорони здоров'я, основні критерії зв'язків між державною і приватною системами; різні аспекти, пов'язані з дозволом, наданням пільг, контролем за якістю фармацевтичної продукції; проблеми медичної освіти, науки і досліджень (було відрегульовано структуру системи університетської і післядипломної медичної освіти).*

Законом засновувався «Інститут здоров'я Карлоса III» як орган підтримки наукових відомств охорони здоров'я і різних медичних служб співтовариства Мадрида. Серед функцій Інституту були визначені наступні: підготовка спеціального персоналу для служб здоров'я і медичного управління; вивчення проблем мікробіології, вірусології і імунології; контроль над медикаментами і медичними товарами; санітарний контроль над продуктами харчування і хімічними потенційно небезпечними продуктами; контроль над інфекційними, імунологічними та хронічними хворобами; проведення клінічних і генетичних досліджень; медична просвіта населення.

«Загальний закон про охорону здоров'я» був потрібний з двох причин. Перша полягала в необхідності привести законодавство у сфері охорони здоров'я відповідно до Конституції, оскільки статті 43 і 49 встановили право усіх громадян на охорону здоров'я, у тому числі рівний доступ до профілактичних, лікувальних і реабілітаційних послуг. Друга причина - організаційного характеру, оскільки глава VIII Конституції наділила автономні співтовариства широкими повноваженнями відносно охорони здоров'я. В Іспанії державна система охорони здоров'я була вкрай децентралізована: основні функції по наданню медичних послуг

* У Іспанії немає аналога нашим медучилищам, що випускають молодший медичний персонал. Початковий цикл навчання на лікаря триває 4 роки, після закінчення якого присвоюється ступінь Grado, що відповідає бакалаврові. Перший цикл навчання grado en enfermería надає право працювати медсестрою в будь-якому лікувальному закладі Європи. Якщо ж освіту захочеться продовжити, то дорога майбутнього медика-професіонала лежить в магістратуру. Іспанського магістра називають Master. Він вже може працювати в клініці, але якщо є бажання довести освіту до логічного кінця, отримати можливість займатися науковою діяльністю і звання Doctor, треба приступати до третього циклу навчання - роботи над дисертацією.

населенню делеговані владі 17 регіонів країни. Автономії отримали в медичній сфері первинну трансцендентність, а закон дозволив перемістити управління медичними службами за місцем проживання громадян в його відповідній юрисдикції. Стаття 149.1.16 Конституцій, на яку спирався цей закон, встановила принципи і критерії, що дозволило надати новій медичній системі загальні характеристики, які стали основою охорони здоров'я на усій території держави [3, С. 43, 45, 83].

«Загальним законом про охорону здоров'я» була створена Міжтериторіальна рада Національної системи здоров'я (CISNS), як орган загальної медичної координації між державою і автономіями. До її складу увійшли представники окружних і державних адміністрацій. Рада була наділена повноваженнями сприяти роботі системи охорони здоров'я: координувати основні напрями медичної політики, укладати контракти, вирішувати питання, що стосуються фармацевтичної, медичної продукції і інших товарів і служб, а також розробляти основні принципи роботи з персоналом.

Створення відповідних автономних «Служб здоров'я» здійснювалося поступово з перенесенням компетенцій від Національного Інституту Здоров'я до кожної автономії. Стаття 41 «Загального закону про охорону здоров'я» встановила, що «автономії здійснюватимуть повноваження, прийняті у відповідному статуті, а також ті, які будуть перенесені в їх компетенцію державою».

Стаття 42 вказаного закону визначила, що функції муніципалітетів у сфері охорони здоров'я обмежаться в основному санітарним контролем: за станом довкілля; за діяльністю промисловості, транспорту; за станом будівель, жител, центрів харчування, перукарень, саун і центрів особистої гігієни, готелів і житлових центрів, шкіл, туристичних таборів; за постачанням продуктами харчування, напоїв і іншими продуктами, прямо або побічно пов'язаних з людським використанням або споживанням.

Функції муніципалітетів, таким чином, стали доповнюючими складовими системи охорони здоров'я автономій і держави в цілому.

Таким чином, округи самостійно вирішували, як організовувати, або здійснювати медичне обслуговування відповідно до національного законодавства.

У роки правління ІСРП тільки 7 з 17 автономних співтовариств встигли здійснити перенесення функцій стосовно охорони здоров'я від Національного Інституту Здоров'я під своє керівництво: Каталонія (липень 1981 р.), Андалусія (лютий 1984 р.), Країна Басків і Валенсія (листопад 1987 р.), Галісія та Наварра (грудень 1990 р.), Канарські острови (березень 1994 р.), про що свідчать відповідні королівські декрети [24].

Більшість установ Національної системи охорони здоров'я були віднесені до бюджетної сфери. Охорона здоров'я фінансується з системи оподаткування, із засобів, отриманих від податку на додаткову вартість і прибуткового податку, а також регіональних податків. Регіони отримали право змінювати ставку оподаткування на своєму рівні до порогу, встановленого національним урядом. Деякі автономії отримують дотації від уряду. Дві автономії, Країна Басків і Наварра, мають свою фіскальну систему.

Витрати на охорону здоров'я на одну людину (у песетах) Таблиця 1.

	1973-74 pp.	1980-81pp.	2000 p.
Медичні послуги	1.894	5.582	22.705
Загальна сума витрат	71.713	236.66	839.986

Джерело: La sociedad española tras 25 años de Constitución. – М.: INE. – 2003. – Р. 101.

Як ми бачимо з наведеної таблиці, рівень витрат на охорону здоров'я виріс. Хоча протягом першої каденції соціалістичного уряду (до ухвалення «Загального закону про охорону здоров'я») державні витрати у сфері медицини відносно внутрішнього валового продукту знизилися. Так,

відсотковий вміст витрат на охорону здоров'я в 1982 р. склав 6,72 % ВВП, тоді як в 1986 р. знизився до 6,28 % " [29].

Об'єм витрат на охорону здоров'я в різних регіонах варіювався. Ця різниця, а також відмінності в пріоритетах, зумовили значні неспівпадіння в доступності медичних ресурсів. Так, в Каталонії кількість ліжко-місць зафіксована менше, ніж у Валенсії. Механізми оплати внутрішньолікарняних витрат в округах також були різні [33].

Усі державні лікарні були зобов'язані надавати цілодобову невідкладну медичну допомогу. У кожному адміністративному окрузі Іспанії була організована як мінімум одна державна лікарня, обладнана новітньою медичною апаратурою, з висококваліфікованим персоналом.

Надання допомоги пацієнтам в державних медичних установах було визначене практично безкоштовним. Громадяни повинні оплачувати близько 40% вартості медикаментів, прописаних для прийому після виписки з лікарні. Пенсіонери, тобто особи у віці 65 років і старше, а також безробітні змогли отримувати медикаменти безкоштовно. В цілому держава фінансує 70 % фармацевтичних товарів, що продаються на внутрішньому ринку, що є одним з найвищих показників у ЄС [5].

В Іспанії пацієнти не отримали право вибирати собі лікарів - будь то терапевтів або фахівців. Замість цього їх прикріплювали до терапевтів, що працюють за місцем проживання громадянина. Якщо виникала необхідність в спеціалізованих медичних послугах, терапевт направляв пацієнта до одного з лікарів, що входять до сформованого списку [33].

Разом з державними установами, в Іспанії з'являлися приватні медичні центри. Іспанський уряд заохочував розвиток таких центрів за допомогою зниження податків підприємцям, які мали приватну медичну страховку. В деяких випадках державні лікарні вдавалися до послуг фахівців з приватних клінік для особливих консультацій або для надання медичної допомоги пацієнтам державних медичних установ у разі їх перевантаження. Фінансування приватної охорони здоров'я служило

доповненням до суспільної охорони здоров'я у вигляді готівкових доплат, таких як оплата ліків.

Окрім системи лікарень, була створена велика мережа амбулаторних центрів. У реформованій моделі забезпечення відбувалася ротація членів команди фахівців з клінічних відділень для роботи в амбулаторних центрах, в яких працювали групи лікарів загальної практики [4, С.16].

Відповідно до «Загального закону про охорону здоров'я» первинна медична допомога (ПМП) надавалася незалежно від соціального статусу пацієнта. Лікар першого контакту - це лікар загальної практики, який відіграв роль диспетчера. Традиційна система надання ПМП передбачала спілкування з частково зайнятим лікарем загальної практики. Первинну медичну допомогу надавали як державні лікарні, так і приватні лікарі. Подальшу допомогу надавали державні установи.

Формально метою реформи було поліпшення системи ПМП. Основою для неї був низький рівень надання медичної допомоги громадянам - тривале очікування лікування в стаціонарах.

Працюючі іспанці і всі члени їх сімей змогли отримати картки соціального страхування. Ці картки дозволили звертатися за різною медичною допомогою в центри здоров'я. Таким чином, надавалася первинна допомога. Усім, хто потребував екстреної допомоги її могли надати і у відділеннях Іспанського червоного хреста.

В Іспанії з'явилося немало страхових медичних компаній. Вони надали широкий спектр страхових полісів : індивідуальні, сімейні, з різною величиною оплачуваних послуг. Кожна компанія мала мережу клінік і госпіталів, а також лікарів приватної практики, які укладали з нею договори на обслуговування пацієнтів. Якщо пацієнт звертався в клініку, з якою у страхової компанії не підписаний договір, клієнт сам оплачував лікування, а потім компанія повертала його повну або часткову вартість залежно від умови страховки.

Добровільне медичне страхування в Іспанії засновано на положеннях розділу IV закону «Про договір страхування» від 8 жовтня 1980 р. [15] Ним передбачалось страхування на випадок хвороби та на надання медичної допомоги. Закон містив імперативні норми, що застосовуються у відсутності інших спеціальних законів щодо усіх без виключення договорів страхування.

Страховка покривала первинне медичне обслуговування, у тому числі терапевтичне і педіатричне, хірургічне втручання - як в стаціонарі, так і амбулаторне, надзвичайну і невідкладну допомогу, лікування тривалих захворювань, а також рецептурний відпуск ліків (хоча для деяких медикаментів передбачалася пайова участь споживачів). На багато послуг, пов'язаних з лікуванням психічних захворювань, особливо амбулаторних, а також косметичну хірургію, страхування не поширювалося.

80-і роки XX століття були дуже плідними з точки зору медичного страхування іспанських громадян. У 1982 р. у 84,5 % населення було державне медичне страхування, в 1986 р. - 96,1 % і в 1993 р. - 98,5 % [32, Р. 134].

Таким чином, загальний закон визначив сучасний шлях іспанської охорони здоров'я, і найважливішим наслідком його прийняття стала видозміна надання первинної медичної допомоги. У Іспанії усі громадські ресурси були інтегровані в єдину загальнонаціональну систему охорони здоров'я з децентралізованим управлінням і фінансуванням.

Для спільного планування в розвитку медичної сфери і проведення відповідної політики «Загальний закон про охорону здоров'я» в главі III, підрозділі IV встановив, що кожна автономія буде повинна розробляти «План охорони здоров'я» для виконання основних цілей служб охорони здоров'я. Таким чином, держава і автономії отримали можливість розробляти спільні плани. Також закон передбачив формування «Інтегрованого плану охорони здоров'я», який являв собою поєднання різних автономних і державних планів. Уряд був зобов'язаний розробляти

загальні критерії медичної координації відповідно до прогнозів автономій, Міжтериторіальної ради національної системи здоров'я, синдикатів і комерційних організацій. Загальні критерії координації, прийняті урядом, направлялись автономіям для їх використання при складанні автономних планів охорони здоров'я та річних бюджетів [17, Р. 15217].

В результаті, в липні 1989 р. був прийнятий королівський декрет, яким встановлювалися процедура і період для формування «Інтегрованих планів охорони здоров'я». Плани повинні були включати наступні глави: 1) аналіз медичних проблем; 2) формування цілей (захист здоров'я; допомога при хворобі); 3) програми, які необхідно розвивати; 4) фінансування; 5) виконання і оцінка заходів [25].

Розвиток базових положень «Загального закону про охорону здоров'я» ми бачимо в наступних нормативно-правових актах. Так, в грудні 1990 р. був ухвалений «Закон про медикаменти» [16]. Його основна мета полягала в тому, щоб сприяти використанню безпечних, ефективних і якісних ліків, правильно ідентифікованих і з відповідною інформацією. Для досягнення поставлених цілей, закон встановив: а) початок державного втручання з метою отримання висновків про юридичне визнання медикаментів; б) формування чіткого списку категорій законних медикаментів; в) визначення умов, в яких необхідно проводити апробацію ліків; г) визначення умов виготовлення і поширення медикаментів за допомогою «Реальної іспанської Фармакопеї», «Національного формуляру» і «Норм правильного виготовлення»; д) регулярну ревізію ліків; е) введення курсу фармакології до програм університетської і післядипломної освіти; є) визначення принципів медичних рецептів.

У вересні 1989 р. був прийнятий Королівський указ, за яким страхування у сфері охорони здоров'я, що надається службами соціального забезпечення, поширилося і на людей без достатніх економічних ресурсів, тобто на тих, які отримували мінімальну заробітну платню [27].

У червні 1994 р. був прийнятий оновлений «Загальний закон про соціальне забезпечення». Так, 38 стаття включила усередині страхових заходів соціального забезпечення заходи стосовно охорони здоров'я (глава IV включила цілком главу II указу № 2.065 від 20 липня 1974 р.) Закон визначив право на медичне обслуговування у разі виробничої травми, нещасного випадку, професійного або загального захворювання та материнства [26, Р. 20669].

Конституційний закон 1/1996 «Про юридичний захист неповнолітнього», в статті 10.3 визнавав право на медичне обслуговування неповнолітніх іноземців, які перебувають на території Іспанії [18, Р. 1230].

Отже, ми бачимо, що діюча влада намагалася охопити усі можливі категорії людей для надання їм медичного обслуговування.

В січні 1995 р. був прийнятий Королівський декрет про порядок надання медичного обслуговування в рамках державної системи охорони здоров'я [28]. Згідно ст. 1 Королівського декрету медичні послуги і медичне обслуговування надавалися відповідно до положень «Загального закону про охорону здоров'я». Під медичним обслуговуванням і медичними послугами розумілося таке обслуговування і такі послуги, які надавалися населенню безпосередньо установами державної системи охорони здоров'я. Медичні послуги надавалися лікарями-професіоналами, медичними службами первинного прийому та іншими фахівцями і фінансувалися за рахунок засобів системи соціального забезпечення або цільових державних фондів системи охорони здоров'я згідно з переліком медичних послуг Додатка I до Королівського декрету. У цей перелік не включалися: послуги, недостатньо безпечні для здоров'я і клінічно ефективні з наукової точки зору; послуги, спрямовані на створення атмосфери відпочинку, комфорту, що носять естетичний або косметичний характер та ін. (ст. 2 Королівського декрету)[1].

Як результат втілення в життя основних положень медичної реформи, спостерігалися позитивна динаміка відносно середньої тривалості життя, зменшення дитячої і материнської смертності, а також смертності з окремих медичних причин.

Показники стану здоров'я. Таблиця 2.

	1978 г.	2000 г.
Середня тривалість життя	75	79
Дитяча смертність (на 1000 новонароджених)	1.2	0.5
Материнська смертність (на 100 000 породіль)	21,6*	3,5

* 1975 г.

Джерело: La sociedad española tras 25 años de Constitución. – М.: INE. – 2003. – Р. 101

Смертність з окремих медичних причин (загальна кількість) Таблиця 3.

Причина	1978 г.	1990 г.	2000 г.
Захворювання судин мозку	49.300	43.263	36.596
Материнська смертність	82	22	14
Умови в перинатальному періоді	4.251	1.363	859

Джерело: La sociedad española tras 25 años de Constitución. – М.: INE. – 2003. – Р. 105

Значно збільшилося число медичних працівників. Якщо в 1978 р. кількість лікарів на 1000 чоловік дорівнювала 2,04, то в 2000 р. вже 4,35; стоматологів - відповідно 0,1 і 0,42. Також простежується зростання кількості спеціалізованих медичних служб: 2,64 на 1000 чоловік в 1978 р. і 4,97 - в 2000 р. [14, Р. 101]

Реформування системи охорони здоров'я супроводжувалося тривалими дебатами, як в парламенті, так і в середовищі медпрацівників і простих громадян. Так, приміром, 22-26 жовтня 1985 р. в Барселоні був

проведений конгрес, організований шістьма науковими асоціаціями медиків (Іспанським епідеміологічним співтовариством, Іспанською асоціацією адміністрацій госпіталів, Іспанською асоціацією охорони здоров'я, Каталанським товариством охорони здоров'я, Комісією економістів здоров'я Економічного коледжу Каталонії та Асоціації інспекторів охорони здоров'я Мадрида). Ці організації представляли 4.000 професіоналів, відповідальних за механізми адміністрування і ресурси в сфері охорони здоров'я. Вони в цілому підтримали проект закону[21].

Не залишилися осторонь і громадські медичні організації, особливо «Федерація асоціацій захисту суспільної охорони здоров'я» (FADSP) і «Медична колегіальна організація» (ОМС). Перша активно підтримувала соціалістичний проект, виділяючись своєю участю майже в усіх політичних проектах. ОМС ніяк не могла знайти консенсус з Міністерством охорони здоров'я відносно інтеграції лікарень приватного сектора в єдину мережу держави. Із їхньої точки зору, це припускати дискримінацію приватних центрів і обмежувати свободу вибору лікаря [9].

Не менш дискусійним був і законопроект «Про медикаменти». Так, представники фармацевтичної сфери були стурбовані недемократичною, з їхньої точки зору, процедурою призначення експертів, не увагою до їх позиції. Вони вказували на порушення 23 статті іспанської Конституції, яка встановила, що «громадяни мають право брати участь в державних питаннях». А їх, як вони стверджували, позбавили цього права [13].

Не торкався безпосередньо реформування системи охорони здоров'я, але дуже важливим в цій сфері став органічний закон про зміну 417 статті Кримінального кодексу (1985 р.): в Іспанії юридично дозволили робити аборти. Цей закон дозволяв аборт в трьох передбачуваних випадках: у разі зґвалтування (до 12 тижнів вагітності); для запобігання небезпеці для життя або фізичного/ психічного здоров'я вагітної жінки без визначення термінів вагітності; для запобігання

народженню дитини з важкими фізичними або психічними вадами (до 22 тижнів вагітності) [19].

Ухвалення цього закону викликало опір усіх консервативних сил і викликало велику полеміку, як в політичних секторах, так і в суспільстві. Супротивники законопроекту виступили на захист 15 статті Конституції, яка проголосила, що «усі мають право на життя, на фізичну і моральну недоторканість» [3, С. 30; 9; 10].

Упродовж 1980-1990-х рр. іспанська система охорони здоров'я зазнала істотних змін, які виразилися в значному розширенні надання допомоги, розвитку нової реформованої мережі першої медичної допомоги і раціоналізації як системи фінансування, так і управління. Надалі система піддалася істотній децентралізації з передачею повноважень округам.

В умовах консолідації демократичного режиму відбувався процес формування нової системи охорони здоров'я, який спирався на демократичні принципи іспанської конституції. В результаті, було підвищено ефективність функціонування системи охорони здоров'я; забезпечено доступність і якість медичної допомоги; поліпшено стани здоров'я дітей і матерів; забезпечено громадян якісними і безпечними лікарськими засобами і виробами медичного призначення; завершено перехід від обмеженої системи соціального страхування до універсальної загальнонаціональної системи охорони здоров'я, що фінансується за рахунок загального оподаткування; був зроблений акцент на профілактичні заходи щодо загрозливих життю і здоров'ю станів. Про це красномовно свідчили статистичні дані.

За роки демократичних перетворень в країні склалась стійка думка (в тому числі на підставі опитування осіб з більш високими прибутками і які користуються послугами приватних клінік), що саме державна система охорони здоров'я надає більш надійне (особливо стосовно забезпечення сучасним медичним обладнанням), більш дешеве, але не менш якісне медичне обслуговування, ніж приватна.

Всесвітня Організація Охорони здоров'я щорічно виступає із звітом про рівень надання медичної допомоги приблизно в 200 країнах світу. По даним ВОЗ, Іспанія стабільно утримується в першій десятці. Іспанці - одна з найздоровіших націй у світі. В 2003 р. середній рівень життя іспанців склав 78,7 років (вік жінок склав 82,2 роки, чоловіків – 75,3). Це найвищий показник в усьому Європейському Союзі [12, Р. 13, 16].

Список використаних джерел

1. Беликова К.М. Государственная медицина в системе социального обеспечения Испании: правовые аспекты / К. Беликова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2012. – № 1. – С. 68-77;
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 218 с.;
3. Испания. Конституция и законодательные акты. — М.: Прогресс, 1982. – 351 с.;
4. Лазаренко О. Современный путь испанского здравоохранения/ О. Лазаренко // Здоров'я України.– № 24. – 2007.– с. 16;
5. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Испания. ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – с. 1-9;
6. Barbado Cano F. J., Powell Ch. El PSOE y la Reforma Sanitaria: ¿un nuevo modelo?/ F. Barbado Cano, Ch. Powell // Historia de la época socialista: España, 1982-1996 / coord. por Luis Carlos Hernando Noguera, Antonio Martínez; Abdón Mateos López (dir. Congr.), Alvaro Soto Carmona (dir. Congr.): Asociación de Historiadores del Presente. Congreso Internacional. - Madrid, 2011. - P. 38;
7. Cotanda F. Lamata, Pérez Andrés C. 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch /F. Cotanda Lamata, C. Pérez Andrés //Revista Española de Salud Pública.vol.85 no.5. – P. 421-426;
8. Criado Álvarez J. J., Repullo Labrador J. R., García Millán Á. Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años/ J. Criado Álvarez, J. Repullo Labrador, Á. García Millán //Revista Española de Salud Pública.- vol.85, № 5. – Madrid, 2011.- P. 437-448. ISSN 1135-5727;
9. Desacuerdo entre la Organización Médica y el ministerio sobre hospitales privados// El Pais. - 19 de octubre de 1984;
10. El aborto podrá practicarse en caso de urgencia sin dictamen médico ni permiso de la mujer//El Pais. -1 de mayo de 1985;
11. El voto del presidente del Tribunal constitucional, García Pelayo, decidió el fallo contra la ley del aborto//El Pais. – 12 de abril de 1985;
12. Esperanzas de vida en salud en espana1986-2007. Informacion y estadísticas sanitarias. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Centro de publicaciones Paseo del prado. Madrid, 2010. - 118 p.;
13. Gómez de Agüero P. Medicamento, democracia y expertos / P. Gómez de Agüero //El Pais. - 16 de septiembre de 1985;
14. La sociedad española tras 25 años de Constitución. – М.: INE. – 2003. - 245 p.;
15. Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro// Boletín Oficial del Estado, núm. 250 de 17 de octubre de 1980. – P. 23126 – 23133;
16. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento// Boletín Oficial del Estado, núm. 306 de 22 de diciembre de 1990. – P. 38228- 38246;
17. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad// Boletín Oficial del Estado, núm. 102 de 29 de abril de 1986. – P. 15207 – 15224;
18. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil// Boletín Oficial del Estado, núm. 15 de 17 de enero de 1996. – P. 1230;
19. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal// Boletín Oficial del Estado, núm. 166 de 12 de julio de 1985. – P. 22041-22041;
20. Muñoz María del Carmen Giménez. La transición hacia la reforma sanitaria la Ley General de Sanidad (1986)/ María del Carmen Giménez Muñoz// Historia de la época socialista: España, 1982-1996 / coord. por Luis Carlos Hernando Noguera, Antonio Martínez; Abdón Mateos López (dir. Congr.), Alvaro Soto Carmona (dir. Congr.): Asociación de Historiadores del Presente. Congreso Internacional. Madrid, 2011. P. 40;
21. Organizaciones científicas y de gestión abogan por la reforma de la sanidad//El Pais. -13 de junio de 1985;
22. Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados Organos de la Administración Central del Estado// Boletín Oficial del Estado, núm. 159 de 5 de julio de 1977. – P. 15035 -15037;
23. Real Decreto 2823/1981, de 27 de noviembre, por el que se reestructuran determinados Organos de la Administración del Estado// Boletín Oficial del Estado, núm. 288 de 2 de diciembre de 1981. – P. 28197 -28198;
24. Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO) // Boletín Oficial del Estado, núm. 176 de 24 de julio de 1981. – P. 16832- 16848;
- Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud// Boletín Oficial del Estado, núm. 51 de 29 de febrero de 1984. – P. 5463 -5467;
- Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)// Boletín Oficial del Estado, núm. 299 de 15 de diciembre de 1987. – P. 36734- 36747;
- Real

Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud // Boletín Oficial del Estado, núm. 312 de 30 de diciembre de 1987. – P. 38171- 38176; *Real Decreto* 1679/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud // Boletín Oficial del Estado, núm. 313 de 31 de diciembre de 1990. – P. 38937- 38939; *Real Decreto* 1680/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Foral de Navarra de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) // Boletín Oficial del Estado, núm. 313 de 31 de diciembre de 1990. – P. 38940-38942; *Real Decreto* 446/1994, de 11 de marzo, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud // Boletín Oficial del Estado, núm. 85 de 9 de abril de 1994. – P. 10884-10888; 25. *Real Decreto* 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud // Boletín Oficial del Estado, núm. 179 de 28 de julio de 1989. – P. 24217- 24218; 26. *Real Decreto Legislativo* 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social // Boletín Oficial del Estado, núm. 154 de 29 de junio de 1994. – P. 20669; 27. *Real Decreto* 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes // Boletín Oficial del Estado, núm. 216 de 9 de septiembre de 1989. – P. 28657- 28658; 28. *Real Decreto* 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud // Boletín Oficial del Estado, núm. 35 de 10 de febrero de 1995. – P. 4538 a 4543. 29. *Rodríguez Arriero Miguel Á.* La reforma sanitaria a través del diario “EL PAÍS”. Memoria resentada para optar al grado de doctor / *A. Arriero Miguel Rodríguez*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2001.- 370 p. ISBN: 84-669-2219-9; 30. *Rodríguez Josep A.* La política de las organizaciones de intereses médicos / *A. Rodríguez Josep* // *Reis*.- № 39.-1992.- P. 121-160; 31. *Salván E. Jurado*. Evolución de la información sanitaria en la prensa escrita durante la transición española / *Enrique Jurado Salván*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2003. – 487 p.; 32. *Sevilla Francisco J.* La reforma de la seguridad social y la atención sanitaria / *Francisco J. Sevilla* // *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. - Nº Extra 1, 2006. – P. 131-146; 33. Michael D. Tanner. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // *Policy Analysis*. – 2008. - № 613.

Годлевская В.Ю. ОСОБЕННОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИСПАНИИ В ГОДЫ ПРАВЛЕНИЯ ИСПАНСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РАБОЧЕЙ ПАРТИИ (1982-1996 гг.)

Аннотация. В статье исследуется процесс модернизации системы здравоохранения Испании в условиях утверждения демократического режима. Автор освещает процесс становления Национальной системы здравоохранения, ее соответствующих служб, а также формирования системы медицинского страхования в Испании. Исследование особенностей протекания отмеченных процессов осуществлено на основании анализа законодательной базы 1980 - середины 90-х годов.

Ключевые слова: консолидация демократии, реформа, система здравоохранения, медицинское обслуживание, медицинское страхование, социальное обеспечение.

Godlevska V. FEATURES OF REFORMATION OF SYSTEM OF HEALTH PROTECTION IN SPAIN IN YEARS OF RULE OF SPANISH SOCIALISTIC WORKING PARTY (1982-1996)

Annotation. In the article the process of modernization of the system of health protection of Spain is investigated in the conditions of claim of the democratic mode. An author lights up becoming of the National system of health protection, her corresponding services, and also forming of the system of medical insurance in Spain. Research of features of flowing of the noted processes is carried out on the basis of analysis of legislative base of 1980- middle of 90.

Keywords: consolidation of democracy, reform, system of health protection, medical service, medical insurance, public welfare.