

ПОЛИТИЧЕСКИЕ НАУКИ

ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ СХІДНІЙ ЄВРОПИ

Кринична Ірина Петрівна

*доктор наук з державного управління, професор,
кафедри державного управління та місцевого самоврядування,
Дніпропетровського регіонального інституту державного управління
Національної академії, державного управління при Президентові України*

EXPERIENCE OF PUBLIC ADMINISTRATION OF THE PROCESSES OF REFORMATION OF HEALTH PROTECTION SYSTEM IN THE COUNTRIES OF EASTERN EUROPE

Krynychna Iryna Petrivna,

*doctor in Public administration, professor of
Public administration and local government
department,*

*Dnipropetrovs'k regional institute of public administration
National academy for public administration under the President of Ukraine*

АНОТАЦІЯ

У статті вивчено досвід державного управління процесами реформування системи охорони здоров'я в країнах Східній Європи, а саме у Чехії та Польщі для імплементації його в Україні. З'ясовано, що існує нагальна необхідність вирішення соціально-державних суперечностей між наявною системою державного управління охороною здоров'я й реальними умовами медичного забезпечення громадян України, спричинених змінами життя та реформуванням економічних відносин у державі, тому досвід реформування системи охорони здоров'я у країнах Східної Європи є корисним для практичної реалізації впровадження реформ даної системи в Україні. Аналіз досвіду функціонування системи охорони здоров'я в Чехії і Польщі показав наявність таких складових, які дають можливість системі успішно існувати, а саме: "приватизація" професії сімейних лікарів; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; створення та вдосконалення управління фондами соціального страхування; концентрація спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит визначення основних і додаткових послуг; укладання каталогу та класифікації медичних послуг; багаторівнева система фінансування медичних послуг з обов'язковим приватним страхуванням здоров'я; конкуренція серед закладів стаціонарного й амбулаторного лікування.

АННОТАЦИЯ

В статье изучен опыт государственного управления процессами реформирования системы здравоохранения в

странах Восточной Европы, а именно в Чехии и Польше для имплементации его в Украину. Установлено, что существует необходимость решения социально-государственных противоречий между имеющейся системой государственного управления здравоохранением и реальными условиями медицинского обеспечения граждан Украины, которые обострены изменениями жизни и реформированием экономических отношений в государстве, поэтому опыт реформирования системы здравоохранения в странах Восточной Европы является полезным для практической реализации реформ данной системы в Украине. Анализ опыта функционирования системы здравоохранения Чехии и Польши показал наличие таких составляющих, которые дают возможность системе успешно существовать, а именно: "приватизация" профессии семейных врачей; свободный допуск частного капитала в систему здравоохранения; создание и совершенствование управления фондами социального страхования; концентрация совместных платежей как способ ограничить избыточный спрос; определение основных и дополнительных услуг; заключения каталога и классификации медицинских услуг; многоуровневая система финансирования медицинских услуг с обязательным частным страхованием здоровья конкуренция среди учреждений стационарного и амбулаторного лечения.

ANNOTATION

In the article there is studied the experience of public administration of the processes of reformation of health protection

system in the countries of Eastern Europe in particular in Czech Republic and Poland for implementation thereof in Ukraine. It is determined that there is an urgent necessity for salvation of existing social and public contradictions between the current system of public administration of health protection and actual conditions of medical provision of citizens of Ukraine caused by the changes of life and reformation of economic relations in the country therefore the experience of reformation of health protection system in the countries of Eastern Europe is useful for practical realization of implementation of reforms of this system in Ukraine. The analysis of experience of functioning of health protection system of Czech Republic and Poland demonstrated the existence of such components which provide system with an opportunity to successfully exist that are: "privatization" of profession of family doctors; free access of private capital to health protection system; creation and improvement of administration of social insurance funds; concentration of joint payments as the method to limit the excess demand of determination of the main and additional services; composition of catalogue and classification of medical services; multi-level system of medical services financing with obligatory private health insurance; competition among the institutions of hospital and ambulatory treatment.

Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, реформування, медичне страхування, первинна ланка, медична допомога, медичні послуги, ресурси охорони здоров'я.

Ключевые слова: государственное управление, система здравоохранения, реформирования, медицинское страхование, первичное звено, медицинская помощь, медицинские услуги, ресурсы здравоохранения.

Key words: public administration, health protection system, reformation, medical insurance, primary component, medical aid, medical services, resources of health protection.

Постановка проблеми. Поліпшення системи охорони здоров'я населення потребує скоординованих дій державного управління. Системний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України про стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення, матеріали підсумкових колегій Міністерства охорони здоров'я та періодичні звіти керівництва галузі на "Днях Уряду України" у Верховній Раді України "Про стан справ у вітчизняній охороні здоров'я" свідчать, що наявний рівень державного управління системою охорони здоров'я України виявився неадекватним новим умовам і потребує формування якісно нової системи управління. Зважаючи на це, Верховною Радою України були прийняті нормативні акти: Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві", а також на його основі розроблено новий Проект Закону України "Про внесення змін до Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві", що передбачає подовження терміну "пілоту" до 31 грудня 2016 року та поширення його дії на регіони, які найбільш підготовлені до запровадження реформування, а саме Закарпатська, Одеська, Полтавська області [1], а також Закон України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги" [2; 3]. Ці Закони передбачають реалізацію у зазначених областях та місті Києві протягом 2011–2016 років пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я. Проміжні

результати, отримані в пілотних регіонах, свідчать, що об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги на регіональному рівні дозволить підвищити доступність цього виду допомоги за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечить можливість вибору медичного закладу для отримання допомоги адекватного стану пацієнта, привести видатки на медикаменти та харчування в установах, що надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу до єдиних нормативів.

Актуальність дослідження обумовлена також нагальною необхідністю вирішення соціально-державних суперечностей між наявною системою державного управління охороною здоров'я й реальними умовами медичного забезпечення громадян України, спричинених змінами життя та реформуванням економічних відносин у державі, тому досвід реформування системи охорони здоров'я у країнах Східної Європи, на нашу думку, є дуже корисним для практичної реалізації впровадження реформ системи охорони здоров'я в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження, присвячені проблемам державного управління, були започатковані в 90-х рр. такими українськими науковцями, як: І.Акімова, В.Бакуменко, О.Валевський, О.Дем'янчук, Т.Дігтяр, О.Кілієвич, В.Рибало, В.Романов, О.Сулема, В.Тертичка та ін., які сформулювали та розробили базові наукові підходи до державного управління, теоретичні та методологічні засади прийняття державних рішень [4–13].

Також, за останні роки в Україні чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем державного управління у сфері охорони здоров'я таких вітчизняних учених як В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, І.М.Солоненко, Я.Ф.Радиш, Л.І.Жаліло

та ін., які вважають, що галузь охорони здоров'я перебуває в кризовому стані [14–18].

Виділення раніше невирішених частин загальної проблеми. Система охорони здоров'я – це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Для функціонування цієї системи необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, устаткування й матеріали, транспорт, комунікації, а також загальне керування й керівництво. Внутрішня еволюція самої системи охорони здоров'я й методи регулювання її життєдіяльності підлеглі законам суспільного розвитку. Саме виходячи із цих об'єктивних законів, що визначають, з одного боку, сутність системи охорони здоров'я як специфічної галузі державного устрою, з іншого боку – формуючих науково обґрунтовані методи регулювання її життєдіяльності, можливі забезпечення й практичне здійснення конкретних планів розвитку системи.

Система охорони здоров'я України на сьогоднішній день нагально потребує послідовних та глибоких структурних перетворень, спрямованих на поліпшення показників здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі. Тому, для обґрунтування доцільності запланованих перетворень, необхідно вивчити досвід реформування системи охорони здоров'я у Східній Європі.

Ціль статті – аналіз досвіду реформування системи охорони здоров'я у країнах Східної Європи для імплементації його в Україні.

Виклад основного матеріалу. Розглянемо найбільш прийнятний досвід країн з огляду на перспективне зостосування його в нашій країні. Світовий досвід показує, що 80% хворих повинні розпочинати та закінчувати лікування на амбулаторно-поліклінічному рівні. Тому одним із напрямів розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги в сільській місцевості – є перехід на засади сімейної медицини. Перший рівень послуг системи охорони здоров'я найкращим чином надають лікарі, які отримали ліцензії. Це так звані “сімейні лікарі”.

Так, за результатами аналізу досвіду реформування галузі охорони здоров'я в різних країнах, Європейським бюро ВООЗ визначено та обґрунтовано напрямки реформування із застосуванням ринкових моделей, сімейної та страхової медицини, а також вимог менеджменту. Основні з них це: “приватизація” професії лікарів широкого профілю; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; створення та вдосконалення управління фондами соціального страхування; концентрація спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит, тобто така система намагається не покрити частину витрат, а зробити населення чутливим до витрат загалом. Наприклад, у Польщі, Угорщина та Чехії запроваджена система оплати пацієнтами за кращу

якість і комфортніше розміщення в лікарнях; визначення основних і додаткових послуг, укладання каталогу та класифікації медичних послуг; багаторівнева система фінансування медичних послуг з обов'язковим приватним страхуванням здоров'я; конкуренція серед закладів стаціонарного й амбулаторного лікування [19; 20].

Так, у Чехії після отримання незалежності в країні була впроваджена система страхової медицини і чітко розмежоване надання громадянам первинної, вторинної і третинної медичної допомоги. Первинна допомога була організована на регіональному рівні, медичну допомогу якої склали 98% лікарів, що займалися приватною практикою. Громадяни Чехії мають право вільно обирати лікарів первинної ланки, до яких належать спеціалісти загальної практики для дорослих, для дітей та підлітків (окремо), а також гінекологи і стоматологи. Робота фахівців, що надають послуги первинної медичної допомоги, фінансується за принципом подушної оплати, що передбачає оплату за кожного пацієнта, частково суміщену із оплатою за медичну послугу та надається в медичних центрах, які перебувають у муніципальній власності і використовуються лікарями загальної практики і лікарями-спеціалістами первинної ланки на умовах оренди. Вторинна медична допомога надається амбулаторно і в умовах клінік. Спеціалізовану медичну надають амбулаторно лікарі, що займаються приватною практикою. Переважна більшість лікарень знаходиться у комунальній власності району або муніципалітету. У державній власності перебувають університетські клініки і спеціалізовані медичні заклади. Існують, також, і приватні лікарні (як комерційні, так і некомерційні), частка яких складає 9% від загальної кількості. Страховими фондами компенсуються лише операційні витрати лікарень, що знаходяться у державній власності, а також університетських клінік. Капітальне інвестування лікарень здійснюється державою або регіональними органами влади. Всі лікарні, незалежно від форми власності, укладають контракти з фондами страхування здоров'я.

Лікарські засоби в Чехії поділені на три категорії: генеріки, вартість яких покривається медичною страховкою; негенеріки, вартість яких компенсується страховою кампанією за медичними показаннями; негенеріки, вартість яких пацієнти сплачують за власні кошти. Більшість аптек перебуває у приватній власності, а фармацевтична продукція, в своїй більшості, імпортується.

Фінансування системи охорони здоров'я в Чехії ґрунтується на принципі солідарності і справедливості, його головним джерелом є державні кошти. Фінансування первинної ланки медичної допомоги здійснюється із фонду обов'язкового медичного страхування, що забезпечує майже 80% всіх витрат на охорону здоров'я в Чехії. Фонд

обов'язкового медичного страхування наповнюється за рахунок внесків працюючих громадян і роботодавців. Приватні підприємці відраховують 13,5%, але не більше 35% від задекларованого ними прибутку. В Чеській республіці існує дев'ять фондів медичного страхування, які працюють в умовах здорової конкуренції, що забезпечує належну якість контрактних умов для пересічних громадян. Загальний фонд страхування здоров'я є найбільшим і його платіжна спроможність гарантується державою. Сьогодні система охорони здоров'я Чехії спрямована на продовження впровадження стандартів ЄС та подальше підвищення рівня соціального захисту громадян.

Польща з 1999 року перейшла до децентралізованої системи охорони здоров'я з 16 регіональними фондами страхування здоров'я. Але нова система охорони здоров'я Польщі зустрілась із низкою суттєвих перешкод у вигляді недостатності регуляторної і законодавчої бази, а також обмеженістю фінансових ресурсів. Зважаючи на це, у квітні 2003 року в країні були прийняті закони, якими було регламентовано створення Національного фонду здоров'я, який підпорядковувався Міністерству охорони здоров'я Польщі, що дозволило відновити роль Міністерства охорони здоров'я в управлінні і спостереженні за розподілом фінансів для системи охорони здоров'я. Функції фінансування, планування, організації і нагляду за закладами первинної медичної допомоги були покладені на місцеві органи влади. Нова система охорони здоров'я Польщі орієнтована на послуги первинної допомоги, тобто медичні послуги в спеціалізованих центрах та лікарнях надаються лише за умови направлення від лікаря загальної практики. Лікарні знаходяться в державній власності, однак вони є окремими адміністративними одиницями, які діють за принципами самоуправління і самофінансування. Головними нагальними проблемами стаціонарних закладів у Польщі є неадекватний розподіл ліжок, відсутність чіткого механізму фінансування в розрізі окремих груп населення, неофіційні платежі та корупційні відносини між лікарнями, лікарями і фармацевтичними компаніями. Для вирішення означених проблем урядом приймаються спеціальні політичні програми. Фармацевтична галузь, яка грає важливу роль в системі охорони здоров'я Польщі, швидко розвивається завдяки державній підтримці у вигляді пільгового оподаткування. Із 20 тисяч польських фармацевтів 6 тисяч працює в приватному секторі. Відшкодування вартості витрат на ліки залежить від їх типу. Існує основний перелік ліків, ціна на які доступна і фіксована до мінімальної заробітної плати, а також додатковий перелік ліків, за які пацієнт сплачує 30-50% від їхньої вартості. Витрати на ліки пацієнтам із хронічними захворюваннями, а також ветеранам війни

відшкодовуються в повному обсязі. З 2003 року в Польщі введено обов'язкове медичне страхування. Громадяни, які не застраховані роботодавцем, або ті, що працюють на умовах приватного підприємництва, можуть придбати поліс добровільного медичного страхування здоров'я. Додатково громадяни Польщі можуть придбати так звані "пакети здоров'я", які пропонуються деякими приватними клініками і страховими компаніями для розширення гарантованого покриття обсягу медичних послуг. Вони часто пропонують такі "пакети здоров'я" власним робітникам. Міністерство фінансів Польщі виділяє кошти із державного бюджету лише на покриття вкрай високовартісних медичних послуг, таких як пересадка органів та складні онкологічні втручання. В усіх інших випадках основним платником є Національний фонд здоров'я, кошти з якого не проходять через Міністерство фінансів. З даного фонду сплачуються послуги первинної медичної допомоги, а лікарі загальної практики укладають із ним угоди у яких зазначається розмір подушної оплати. Обов'язковий внесок до Національного фонду здоров'я становить близько 9% доходу громадянина. Слід зазначити, що Польща має значну тіньову економіку в рамках якої доходи не реєструються державними службами, тому внески із них не надходять в соціальне медичне страхування.

Висновки ш пропозиції. Проведений аналіз зарубіжного досвіду функціонування системи охорони здоров'я вказує на те, що основою успіху реформ охорони здоров'я в країнах Східної Європи є створення потужної первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, досвід функціонування системи охорони здоров'я Чехії і Польщі показав наявність таких складових, які дають можливість системі успішно існувати, а саме: "приватизація" професії сімейних лікарів; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; створення та вдосконалення управління фондами соціального страхування; концентрація спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит (так, у Польщі та Чехії запроваджена система оплати пацієнтів за кращу якість і комфортніше розміщення в лікарнях); визначення основних і додаткових послуг; укладання каталогу та класифікації медичних послуг; багаторівнева система фінансування медичних послуг з обов'язковим приватним страхуванням здоров'я (у приватному секторі, також поширюється на державний); конкуренція серед закладів стаціонарного й амбулаторного лікування.

Таким чином, основними пріоритетами розвитку систем охорони здоров'я в Україні повинні стати: запровадження та розвиток системи обов'язкового медичного страхування; поєднання бюджетного та страхового джерела фінансування системи охорони здоров'я; зростаюче бюджетне фінансування системи охорони здоров'я; розвиток первинної ланки;

врегулювання державних гарантій відповідно до державних фінансових можливостей; збільшення оплати праці медичних працівників; пошук нових організаційних форм діяльності закладів охорони здоров'я; збільшення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я; роздержавлення та удосконалення структури системи медичної допомоги.

Список літератури

Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 №3612-VI.

Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 19 – 20.

Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 №3611VI.

Акімова І.М. Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения // Зеркало недели. Украина. – 2011. – №4. – С. 12 – 13.

Сулима О.М. Охорона здоров'я: агонія чи реформи // Новості медицини і фармації. – 2007. – №14 (220). – С. 18 – 22.

Бакуменко В. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Монографія. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – 328 с.

Валевський О. Соціологічний вимір деяких макрополітичних тенденцій у громадській думці та аналіз їхнього впливу на політичну ситуацію // Стратегічна панорама. – 1999. – №1/2. – С.69-76.

Дем'янюк О. “Державна політика” та “публічна політика”: варіант перехідного періоду // Наук. зап. НаУКМА. – Т. 18: Політ. науки. – 2000. – С. 31 – 36.

Дігтяр Т. Аналіз політики: можливості впровадження в Україні // <http://www.icps.kiev.ua/doc/policy-analysis-ukraine-ukr.doc>.

Кілієвич О., Юрчишин В. Стосовно моделі держави у глобалізованому світі // Вісник УАДУ: Наук. журн. – 2001. – №1. – С. 213 – 220.

Ребкало В., Гаєвський Б. Українське політичне управління: деякі сучасні риси // Вісник УАДУ: Наук. журн. – 2000. – №2. – С. 169 – 186.

Романов В. Державна політика й реформи // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 2. – Ч. 2. – С. 72 –78.

Тертичка В. Державна політика як фактор життєдіяльності суспільства // Командор. – 2000. – № 2 – 3. – С. 20 – 22.

Лехан В.М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір (частина 1) // Новості медицини і фармації. – 2010. – №4 (309). – С. 23 – 30.

Лехан В.М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір (частина 2) // Новості медицини і фармації. – 2010. – №5 (311). – С. 28 – 35.

Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб // Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. – К., 2005. – С. 424 – 431.

Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія / Я.Ф. Радиш; Передм., заг. ред. Н.Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 359 с.

Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посіб. / Кол. авт.: Л. Жаліло (кер.), І. Солоненко, Б. Волос та ін. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 142 с.

Галайда В. світовий досвід з реформування системи фінансування лікувально-профілактичних установ // <http://www.healthfin.kiev.ua>

Моделі охорони здоров'я в розвинутих країнах світу // <http://www.likar.info>