

8. Лебедева Л. В. Сучасна інноваційна політика держави в Україні: проблеми та перспективи реформування [Електронний ресурс] / Л. В. Лебедева // Ефективна економіка. – 2014. – № 1. – Режим доступу : [www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2664](http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2664).

9. Лисюк В. М. Інноваційна політика – основа модернізації економіки держави / В. М. Лисюк, М. Г. Скрипник // Економіка: реалії часу. – 2013. – № 1 (6). – С. 147–152. – Режим доступу : <http://economics.opu.ua/files/archive/2013/n1.html>.

10. Одолюк І. В. Сучасна інноваційна політика України: передумови, основні підходи та напрями реформування [Електронний ресурс] / І. В. Одолюк, О. М. Фащевська, С. М. Щегель // Вісник НАН України. – 2012. – № 7. – Режим доступу : [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/.../cgiirbis\\_64.exe](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/.../cgiirbis_64.exe)?

11. Сільченко І. А. Державна інноваційна політика в умовах формування інноваційної моделі розвитку / І. А. Сільченко // Вісник Бердянського ун-ту менеджменту і бізнесу. – 2010. – № 1 (9). – С. 31–35.

*Надійшла до редколегії 04.11.2014 р.*

УДК 351.773 : 35.082.2

*Є. А. КУЛЬГИНСЬКИЙ*

## **ОСНОВНІ КРОКИ В РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРАЇН ВИШЕГРАДСЬКОЇ ЧЕТВІРКИ**

*Наведено перші ефективні кроки з реформування систем охорони здоров'я країн Вишеградської четвірки після підписання угод про асоціацію з Європейським Союзом. Зазначено, що осмислення такого позитивного досвіду дасть можливість Україні, яка перебуває в умовах імплементації Угоди з ЄС, знайти найуспішніший шлях реформ галузі.*

**Ключові слова:** реформування системи охорони здоров'я, країни Вишеградської четвірки, імплементація Угоди з ЄС.

*The article is dedicated to the actualization of first effective steps to the creation of a new management in health care system based on an Agreement about the Association of Ukraine with European Union. The comprehension of such positive experience will be given by possibility Ukraine which is in the conditions of implementation of Agreement from ES, to find the most successful way of reforms of the sphere.*

**Key words:** reformation of the public health care system, of Vyshegrad's four countries, implementation of Agreement with EU.

В Україні сучасний етап державотворення обумовив значне падіння рівня життя населення. Країна, яка перебуває в умовах війни та нечуваної внутрішньої міграції, може постати перед загрозою погіршення стану здоров'я своїх громадян. І саме ця обставина повинна змобілізувати систему державного управління сферою охорони здоров'я на проведення повномасштабних реформ. Можна очікувати, що опір змінам і незадоволеність населення будуть мінімальними, оскільки громадяни відчують реальну загрозу здоров'ю та життю в умовах неефективної, непрозорої, необгрунтовано вартісної або недоцільно безкоштовної системи охорони здоров'я України.

У найближчі роки Україні не вдасться витратити більше коштів на підтримку та поліпшення загальних норм у державній системі охорони здоров'я, зокрема запобігання епідемій, таких як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, пропагування відмови від куріння й зловживання алкогольними напоями та ін. Це необхідно для боротьби з демографічним спадом, а також для подовження середньої тривалості життя нових поколінь, але кошти на такі державні програми можна знайти або із донорською допомогою, або через надзвичайно ефективне використання обмежених бюджетних ресурсів.

Українські дослідники М. Білинська [1; 4], Д. Карамішев [6], З. Надюк [3], Л. Джафарова [5] та інші у своїх розробках доводили, що первинна медицина повинна мати краще обладнання для виявлення тяжких хвороб і точнішого визначення правильного лікування для пацієнтів. О. Виноградов показав, що страхові компанії з приватним фінансуванням та управлінням повинні конкурувати за гроші пацієнтів, тимчасом як заклади вторинної та третинної медицини (тобто лікарі-спеціалісти та інтенсивна терапія в стаціонарі) – за контракти зі страховими компаніями. Якщо впливові професіонали стають на бік пацієнтів, становище останніх відчутно поліпшується і якість медичних послуг суттєво покращується.

Л. Мельник у своєму дослідженні стверджує, що фінансування системи охорони здоров'я також має змінюватися з плином часу [5]. Внески на охорону здоров'я, які сплачують працевдавці, потрібно зменшити, й загальна сума таких внесків має відповідати вартості надання основних медичних послуг для всього зайнятого населення. Усі доходи громадян потрібно обкладати єдиною низькою ставкою податку для системи охорони здоров'я, щоб підтримувати соціальну солідарність у системі. Окрім того, всі громадяни мають вибирати між конкурентними страховиками здоров'я й мати змогу оплачувати різний рівень покриття витрат для них самих і для їхніх сімей. Державний бюджет, зрозуміло, залишиться відповідальним за надання коштів і державним фондам страхування здоров'я, і приватним страховикам від імені всіх людей, які не мають постійного доходу, наприклад громадян, які перебувають у відпустці по догляду за дитиною тощо. Цілком доречно також розглянути запровадження спільних платежів за відвідання лікарів, хоч би якими символічними вони були.

На думку В. Рудого та В. Лехан, цей крок важливий для запобігання зловживанню первинною медичною допомогою та зменшення темпів зростання вживання й зловживання ліками за рецептами [3]. Автори стверджують, що подальша децентралізація фінансування закладів амбулаторного й стаціонарного лікування необхідна для того, щоб поліпшити управління й контроль за цими установами. Після проведення обережного планування та аналізу можна розглядати запровадження обов'язкового приватного страхування здоров'я. Воно має суттєво поліпшити інформованість населення щодо вартості медичних послуг і забезпечити достатньо стимулів до самопомоги.

Метою даної статті є виокремлення перших кроків з реформування систем охорони здоров'я країн Вишеградської четвірки після підписання угод про асоціацію цих країн з ЄС. Осмислення такого позитивного досвіду дасть можливість Україні, яка перебуває в умовах імплементації Угоди з ЄС, знайти найуспішніший шлях реформ галузі.

Коли у країнах Вишеградської четвірки прийшли до влади перші демократично обрані уряди, приватизацію було поставлено чи не на перше місце в порядку денному. Однак приватизація соціальних послуг, зокрема в системі охорони здоров'я, вважалася дискусійним питанням. Самі лікарі також не були одностайними щодо того, яка частина їхньої професії має керуватися ринковими законами. Першим кроком стало запровадження інституту сімейного лікаря. Реформи почалися із запровадження договірних відносин між державою та особою для професії лікарів широкого профілю, так званої професії “сімейний лікар” – зазвичай це перша точка контакту пацієнтів із системою охорони здоров'я. Здебільшого приватизація не потребувала фізичного продажу громіздкого обладнання – необхідна була лише система ліцензування такої діяльності. Вважали, що цей перший рівень послуг системи охорони здоров'я найкраще надають лікарі, які отримали ліцензії від органів місцевого самоврядування найнижчого рівня.

Таким чином, органи місцевого самоврядування найнижчого рівня отримали також право видавати ліцензії та продавати на конкурсній основі право займатися лікарською практикою у випадках, де потенційно існувало більше одного кандидата на посаду. Фінансування діяльності лікарів широкого профілю змінилося на краще. Тепер пацієнти здобули право вибирати між достатньою кількістю дипломованих лікарів, що зумовило певний рівень конкуренції, а отже, посилило економічні стимули до поліпшення якості послуг.

Наступним важливим кроком став вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я. Іншим важливим аспектом ранніх реформ була можливість створювати нові заклади охорони здоров'я. Однак ці заклади залишилися на узбіччі системи охорони здоров'я, бо люди не мали багато грошей для оплати всіх витрат, і більшість з тих, хто мав їх достатньо,

досі могли використовувати свої зв'язки та вплив для отримання послуг прийнятної якості в державних закладах охорони здоров'я за рахунок фонду соціального страхування. Приватний капітал знаходив інші цінні сегменти ринку, особливо в галузі високотехнологічного амбулаторного й стаціонарного лікування пацієнтів. Але чим далі, державні фонди соціального страхування почали частково сплачувати певні послуги, які пропонували приватні клініки, бо це допомагало полегшувати тягар державних закладів охорони здоров'я, які уже були занадто перевантажені.

Наступним кроком можна вважати вдосконалення управління фондами соціального страхування. Тим часом як удосконалення слабких потужностей не давало будь-яких відчутних результатів через запеклу політичну опозицію та опір самих лікарів (більшість лікарів чинили опір втраті свого правового статусу державних службовців з усіма привілеями та пільгами), влада успішно вдосконалювала управління й адміністрування у фондах страхування здоров'я, що зазвичай є найбільшими позабюджетними фондами (після пенсійних) у фінансовому секторі.

Після запровадження цих критично важливих змін було прийнято рішення про подальші реформи системи охорони здоров'я. Однією з таких реформ стало започаткування спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит. У Словаччині владі вдалося запровадити систему спільних платежів і за візити до лікарів широкого профілю, і за відвідання закладів, що пропонують амбулаторне лікування, а також плати за день стаціонарного лікування в лікарні. Виявляється, це досить важливо для обмеження зайвих візитів, медичних оглядів і рецептів; це само собою спричиняє зменшення зловживання лікарями – дуже поширеного явища у країнах Вишеградської групи.

Наступним рішенням було визначення основних і додаткових послуг.

Важливість ідеї відокремлення цих двох комплексів медичних послуг не можна недооцінювати. Широкий загальний громадян змушений прийняти той факт, що обсяг медичних послуг, фінансованих за рахунок держави, не безмежний, і універсальне право на отримання медичних послуг не означає невіддільного права громадян отримувати всі види медичних послуг без будь-якої компенсації вартості цих послуг.

Це привело до укладання каталогу та класифікації медичних послуг. Нове законодавство Словаччини надало уряду повноваження створити комісію, яка описуватиме всі хвороби, а також визначатиме можливу терапію в кожному окремому випадку. Це необхідно для того, щоб система страхування (і державна, і приватна) мала доступ до інформації про свої кінцеві фінансові зобов'язання, а також, щоб лікарі могли підраховувати, яку суму страхового доходу вони мають право отримати в кожному окремому випадку обстеження та лікування. Класифікація медичних послуг вкрай необхідна для пацієнтів – вона визначатиме частку їхньої оплати (і через страхування, і завдяки спільним платежам).

Уряди країн Вишеградської четвірки наразі розглядають можливість запровадження багатоканальної системи фінансування медичних послуг з обов'язковим приватним страхуванням здоров'я. Ця система може бути аналогічною до тієї, що вже є поширеною практикою в реформованих системах пенсійного забезпечення: Франції, ФРН, Великій Британії, Швеції. Багатоканальна система фінансування, яку пропонують потужні приватні заклади цих країн, що захищають інтереси пацієнтів і водночас конкурують за їхні гроші, може слугувати прикладом створення майбутньої подібної системи в Україні. З часом, коли новостворена система нагляду за страхуванням здоров'я набере сили та досвіду, дедалі більше з того, що зараз покривають державні страховики, можна передавати конкурентним приватним компаніям, які займаються страхуванням здоров'я.

Наразі в зазначених країнах широко обговорюється питання запровадження конкуренції серед закладів стаціонарного обслуговування й аконкуренції серед закладів стаціонарного й амбулаторного лікування. Тривають запеклі дискусії щодо приватизації лікарень і клінік, які пропонують амбулаторне лікування. Представники урядів країн наголошують, що питання форми власності закладів вторинної й третинної медицини менш важливі, ніж питання їхнього фінансування. Без підтримки жорсткої конкуренції серед лікарень і клінік неможливо поліпшити якість надаваних ними послуг. Конкуренцію можна створити завдяки вільному входу на цей ринок і виходу з нього, а також лібералізації права власності за умови, що наявні заклади не мають бути обов'язково приватизованими.

Наразі на порядку денному країн, які розглядаються, перебуває процес децентралізації вторинної й третинної медицини. Більшість лікарень та амбулаторних клінік залишаються в руках або місцевих, або регіональних органів самоврядування. У країнах Вишеградської групи, зокрема в Польщі, уряд вирішив децентралізувати управління державними фондами страхування здоров'я; лікарні та більші підрозділи амбулаторного лікування зараз підпорядковуються місцевій владі. У країнах, менших за розміром, наприклад у Словаччині, Угорщині й Чехії, немає такого очевидного рівня прив'язки управління більшими медичними закладами в ієрархії державного управління, але децентралізація однак можлива й декларована як бажаний варіант розвитку реформ.

Таким чином, країни Вишеградської четвірки у своєму поступі щодо реформ систем охорони здоров'я зробили певні подібні кроки, а саме: приватизація соціальних послуг, зокрема в системі охорони здоров'я; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; вдосконалення управління фондами соціального страхування; започаткування спільних платежів як способу обмежити надлишковий попит;

визначення основних і додаткових послуг з укладанням каталогу та класифікацією медичних послуг тощо.

Такі реформи спричинили до покращання якості медичних послуг, зростання задоволення населення рівнем медичної допомоги, покращання показників популяційного здоров'я і оптимізацію використання обмежених бюджетних асигнувань на систему охорони здоров'я країн і можуть бути запропоновані українській системі державного управління охороною здоров'я як варіант виходу із системної кризи цієї галузі суспільних відносин.

Література:

1. Білинська М. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні / М. Білинська, Л. Жаліло, О. Мартинюк // Вісник НАДУ. – 2013. – № 3. – С. 92–98.

2. Білинська М. Сучасні управлінські проблеми формування і реалізації демографічної політики / М. Білинська, Н. Рингач // Реформування системи державного управління та державної служби: теорія і практика : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, Львів, 8 квітня 2011 р. : у 2 ч. / за наук. ред. В. С. Загорського, А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2011. – Ч. 2. – С. 313–319.

3. Білинська М. Перспективи державної політики України щодо охорони репродуктивного здоров'я / М. Білинська, С. Мокрецов // Держава та регіони. – Серія : Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 196–200.

4. Белинская М. Межотраслевая стратегия в государственном управлении охраной экологического общественного здоровья в Украине / М. Белинская // Стратегия инновационного развития регионов России в посткризисный период : материалы I Славянского Форума “Проблемы и перспективы государственного и муниципального управления в инновационной экономике посткризисного периода” и междунар. науч.-практ. конф. В 2-х т. Т. 1 ; под общ. ред. О. П. Овчинниковой. – Орел : Изд-во ОРАГС, 2010. – 290 с.

5. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. монографія : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ. – 2013. – Ч. 1. – 396 с.

6. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / НАДУ ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. – .

Т. 3: Історія державного управління / наук.-ред. колегія : А. М. Михненко (співгол.), М. М. Білинська (співгол.) та ін. – 2011. – 788 с.

*Надійшла до редколегії 17.11.2014 р.*