

УДК 339.97

К.О. Никонюк, асистент кафедри європейської інтеграції,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

**ЗАСТОСУВАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ
В РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(В КОНТЕСТІ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ)**

АНОТАЦІЯ. У статті проаналізовано сучасний стан впровадження реформи системи охорони здоров'я України в контексті пілотного проекту; виявлено його слабкі сторони. З урахуванням досвіду ЄС запропоновано альтернативні механізми активізації трансформаційних процесів за рахунок розвитку приватного ринку медичних послуг. Виходячи з цього надано рекомендації щодо подальших дій у рамках реформи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пілотний проект реформи, реформа системи охорони здоров'я, приватний ринок медичних послуг, фінансування системи охорони здоров'я.

АННОТАЦИЯ. В статье проанализирован современный этап внедрения реформы здравоохранения Украины в контексте пилотного проекта; выявлены его слабые стороны. Учитывая опыт ЕС, предложены альтернативные механизмы активизации трансформационных процессов за счёт развития частного рынка медицинских услуг. Исходя из этого, автор даёт рекомендации по поводу дальнейших действий в рамках реформы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пилотный проект, реформа системы охраны здоровья, частный рынок медицинских услуг, финансирование системы охраны здоровья.

ABSTRACT. The article gives the analysis of the modern stage of Ukrainian healthcare reform implementation concerning the pilot project; its weak sides are covered. Taking into account the EU experience, author proposes alternative mechanisms of activation of transformation processes at the expense of private healthcare market development. Based on it the author recommends further activities within reform.

KEY WORDS: pilot project, healthcare system reform, private healthcare market, health care system financing.

Постановка проблеми. На сучасному етапі система охорони здоров'я України, успадкована від СРСР, виявилась абсолютно неефективною, що позначається, в першу чергу, на національних медико-демографічних показниках. Ситуація у післякризовий період лише загострилась. Виснажені роками економічного занепаду державний, обласні та міські бюджети не здатні акумулювати достатню кількість коштів для підтримання в належному стані наявного державного лікарняного фонду та забезпечення громадянам надання мінімального обсягу медичних послуг. Відтак питання реформування системи охорони здоров'я постало надзвичайно гостро. З метою подолання кризових явищ було запропоновано пілотний проект реформи, що на сьогоднішній день реалізовується в трьох областях (Донецькій, Вінницькій, Дніпропетровській) і місті Києві. Попри свою прогресивність у деяких аспектах, проект вже на початковому етапі впровадження, виявляє свою невідповідність масштабам необхідної реформи. Здекларовані принципи організаційно-правової та фінансово-економічної

трансформації потребують надзвичайно потужної фінансової підтримки з боку держави, яку вона, з об'єктивних причин, надати не може. Логічним є пошук альтернативних шляхів подолання системної кризи у галузі охорони здоров'я України.

Виходячи з цього, **метою** статті є дослідження альтернативних механізмів реалізації реформи охорони здоров'я України, зокрема за рахунок застосування європейського досвіду розвитку приватного ринку медичних послуг.

Аналіз останніх джерел та публікацій. У статті використані останні дослідження та експертні висновки Національного інституту стратегічних досліджень України, Міністерства охорони здоров'я України ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Державного комітету статистики («Національні рахунки охорони здоров'я України у 2010 р.», «Діяльність підприємств сфери послуг у 2011 р.»). Крім того автором враховано критику реформи охорони здоров'я України міжнародними дослідниками USAID. Пропозиції, викладені у статті, базуються на висновках проекту «Соціальні наслідки євроінтеграції України. Система охорони здоров'я», проведеного ДВНЗ «Київський національний економічний університет» спільно з регіональним представництвом Фонду ім. Фрідріха Еберта та Інститутом демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи.

Виклад основного матеріалу дослідження.

З моменту набуття Україною незалежності одним з найскладніших завдань залишається реформа системи охорони здоров'я, що безпосередньо впливає на якість вітчизняних трудових ресурсів та ефективність функціонування економічної системи в цілому. Десятки законодавчих актів, поданих на розгляд до Верховної Ради, мали безсистемний характер, спрямовувались на лобювання інтересів певних бізнесових і владних кіл. З рештою поєднання економічного та політичного тиску змусило уряд затвердити план всеосяжної реформи охорони здоров'я на 2010—2014 роки відповідно до Закону про «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (від 01.08.2012 р.) і Закону «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і місті Києві» [1].

Реформа передбачає три основні напрямки. Перший напрямок полягає в оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, з метою зменшення кількості порожніх ліжок, раціоналізації надання послуг на всіх рівнях, розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги з особливим акцентом на розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Другий важливий напрямок — реформа фінансування охорони здоров'я шляхом запровадження контрактних відносин з постачальниками медичних послуг та надання їм максимальної автономії. Третью складовою реформи є зміцнення системи стандартів і контролю якості на центральному рівні [2].

У теоретичному розрізі пілотний проект реформи виглядає досить прогресивним. Проте на практиці, враховуючи невідповідність масштабів необхідних трансформацій і наявних ресурсів, реформа може стати причиною загострення кризових явищ у галузі охорони здоров'я. Відповідно до Національних рахунків охорони здоров'я за 2012 рік, видатки на цю сферу складають близько 7,8 % від ВВП (причому 50 % становлять приватні внески), що не суперечить нормати-

вам ВООЗ та відповідає середнім показникам по Європейському Союзу [3]. Якщо ж розглянути абсолютні показники, наведені у табл.1, стає зрозумілим, що збільшені майже в 1,5—2 рази обсяги державного фінансування галузі в рамках пілотного проекту не здатні вирішити амбітні завдання уряду щодо реорганізації лікарняного фонду, перекваліфікації та мотивації медичного персоналу, забезпечення нових госпітальних округів необхідним сучасним обладнанням і транспортом.

Розуміючи обмеженість бюджетних ресурсів, держави — члени Європейського союзу все більше тяжіють до неоліберальної парадигми в рамках реформування систем охорони здоров'я, що передбачає максимальне сприяння розвитку приватного ринку медичних послуг. Формування потужного приватного сектору дозволяє полегшити бюджетний тягар за рахунок альтернативних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я, серед яких можна виокремити наступні:

- державні, приватні (особисті та корпоративні) страхові фонди;
- державно-приватні партнерства;
- кредитні програми для оплати медичних послуг;
- допомога міжнародних урядових і неурядових організацій.

Таблиця 1

ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

	2008	2009	2010	2011
Фінансування на одного жителя, грн	600,84	674,29	803,82	1 024,80
Залучено позабюджетних коштів, тис. грн	157 278,90	214 744,20	251 593,00	343 838,60
Фінансування на один ліжко-день у МЛ, грн	135,80	155,34	177,81	202,08
Фінансування на один ліжко-день у ДМЛ, грн	220,70	248,95	290,17	303,83
Сума витрат на придбання ліків, тис. грн	148 121,44	176 971,61	212 349,93	229 085,20
Сума витрат на придбання обладнання, тис. грн	1 229,53	11 521,50	50,00	186 083,80
Середня зарплата лікарів, грн	1 085,00	1 385,78	1 770,65	2 181,00
Середня зарплата середніх медичних працівників, грн	768,00	999,87	1 300,36	1 517,70
Середня зарплата сімейних лікарів, грн	1 450,00	1 784,00	2 496,00	3 030,00

Джерело: [4].

На сьогоднішній день медичну допомогу в Україні мають право надавати державні та приватні заклади охорони здоров'я, проте приватний сектор розвинений досить слабо, на відміну від європейського. Так, у країнах ЄС частка приватного ринку медичних послуг в окремих випадках перевищує 50 % і має чітку тенденцію до зростання, що є зайвим доказом того, що європейські системи охорони здоров'я тяжіють до неоліберальної парадигми розвитку. В Україні ця частка становить менше 1%, хоча частково за рахунок цього госпіталізація в державних лікарнях скоротилась майже на 20 %, а частота викликів державної «швидкої допомоги» — на третину [5].

На нашу думку, розвиток приватної медицини посприяв би підвищенню якості медичних послуг, а також забезпеченню для певного контингенту більш високого рівня обслуговування. Крім того для менш забезпечених верств населення звільнилися б місця у державних лікарнях і збільшилися би обсяги державного фінансування, що виділяється з бюджету у розрахунку на душу населення.

Складність ситуації полягає в тому, що приватна медицина розвивається в Україні досить безсистемно. Так, у загальній кількості приватних медичних закладів лікувально-профілактичні клініки складають лише 10 %, тоді як стоматологічні заклади — 75% (рис. 1).

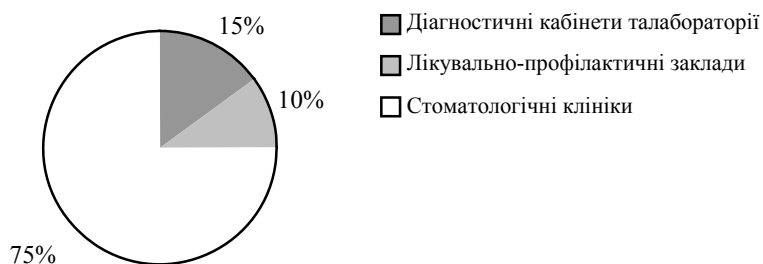


Рис. 1. Структура приватних закладів охорони здоров'я в Україні, станом на 2011 рік [5].

При цьому повноцінних багатопрофільних приватних клінік в Україні налічується не більше 50-ти. Лише 10 з них становлять крупні, що провокує асиметрію в рівнях конкуренції у галузі:

- дуже високий рівень — у стоматології;
- високий рівень — у діагностиці;
- надзвичайно низький рівень серед лікувально-профілактичних закладів,

насамперед між багатопрофільними медичними центрами, оскільки заклади даного типу вимушені конкурувати в основному не між собою, а з державними лікарнями, в яких різні види лікувальних і діагностичних процедур коштують на 15—20 % дешевше.

Можливість розвитку приватного ринку медичних послуг закладено в ст. 49 Конституції України, що підкреслює необхідність державного сприяння створенню медичних закладів всіх форм власності [6]. Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» доповнює положення Конституції і визначає, що приватна медична практика може здійснюватися підприємствами всіх форм власності з реєстрацією та діяльністю згідно порядку, встановленого законодавством [6]. За державними органами влади законодавство України закріплює дві основні функції:

- формування «правил гри» на ринку медичних послуг;
- контроль за дотриманням регуляторного законодавства.

Аналітики стверджують, що обсяги українського приватного ринку медичних послуг можуть щорічно зростати на 10—15 %, однак для цього необхідне подальше вдосконалення нормативно-правової бази [5]. Враховуючи досвід європейських країн, уряд України повинен здійснити наступні кроки задля розвитку приватного ринку медичних послуг:

— вироблення чітких правил функціонування та взаємодії основних суб'єктів ринку (постачальники медичних послуг (державні та недержавні), страхові компанії, пацієнти, фармацевтичні компанії та виробники медичного обладнання, професійні спілки та об'єднання медичних працівників, контролюючі органи);

— вичерпне розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга»;

— чітке формування прозорих механізмів регуляції приватного сектору охорони здоров'я;

— розроблення та запровадження нормативної бази, що фіксує умови виведення на міжнародні ринки українських виробників медичних послуг, а також умови експансії європейських компаній на вітчизняному ринку.

Під впливом цих процесів можна очікувати не лише посилення конкуренції серед провайдерів медичних послуг, а й трансформацію її характеру та структури, що передбачає:

— створення умов щодо чесної конкуренції, що відповідає правилам, встановленим національними та наднаціональними органами влади;

— відхід від монополії держави на надання медичних послуг;

— посилення суперництва між медичними закладами різного профілю та форм власності.

Позитивним наслідком можна вважати те, що конкуренція з приватними провайдерами змусить державні клініки підвищувати якість та асортимент медичних послуг: пацієнти звертатимуться до тих закладів, що мають кращі конкурентні переваги щодо лікувальних, діагностичних процедур, рівня обслуговування, умов перебування в стаціонарі та постопераційної реабілітації.

Можна стверджувати, що конкуренція з приватними медичними закладами суттєво не вплине на вартість послуг, а сама процедура ціноутворення стане прозорішою та більш зрозумілою для населення. Варто також очікувати, що розвиток медичних установ різного рівня та форм власності дозволить скоротити обсяги тіньового ринку, де оплата здійснюється з кишені громадян (на сьогоднішній день в Україні обсяги тіньового ринку складають близько 80%) [7].

Гармонізація стандартів з ЕС, обмін досвідом, долучення до сучасних методик лікування, дозволить з плином часу вивести українські медичні послуги на європейський ринок. З огляду на це Україна могла б долучитися до запровадження певних форм кооперації:

— медичного туризму;

— відкриття філій українських медичних центрів у Європі;

— інтеграцію з альянсами європейських постачальників медичних послуг;

— реалізація міжурядових програм і програм, що фінансуються ЄС;

— обмін спеціалістами та стажування українських студентів.

Висновки

1. Пілотний проект реформи, запропонований для впровадження в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях і в м. Києві може призвести до поглиблення системної кризи у галузі охорони здоров'я України через брак джерел фінансування.

2. Досвід проведення реформ охорони здоров'я у країнах Європейського Союзу дозволяє зробити висновки про необхідність трансформації системи охорони здоров'я України в розрізі неоліберальної парадигми, що передбачає розвиток потуж-

ного приватного сектору охорони здоров'я. Ринкові важелі дозволять залучити додаткові джерела фінансування у галузь у вигляді страхових фондів, медичного кредитування, державно-приватних партнерств, міжнародних грантів.

3. Формування приватного сектору охорони здоров'я потребує вагомій ролі держави у формуванні «правил гри» для вітчизняних і міжнародних суб'єктів діяльності на ринку медичних послуг.

4. Активна діяльність приватних постачальників медичних послуг зумовить оновлення системи охорони здоров'я України за рахунок залучення сучасних технологій у галузь, пожевлення конкуренції і, як наслідок, підвищення якості медичних послуг і відповідальності медичного персоналу, дозволить зняти частину фінансового тягаря з держави, що розширить можливості уряду щодо захисту найменш захищених верств населення.

Література

1. Єрмолова Ю. Медична реформа очима киян // Український медичний часопис. — 4 (90) — VII/VIII. — 2012. — С. 12—13.
2. Устинов А. Хід реформи охорони здоров'я в 2012 р. // Український медичний часопис. — 5 (91) — IX/X. — 2012. — С. 28—29.
3. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я в регіоні / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — К., 2012. — С. 6.
4. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році: Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України. К., 2012. — 150 с.
5. Діяльність підприємств сфери послуг. Статистичний бюллетень. Державна служба статистики України. — К., 2012. — 153 с.
6. Попченко Т.П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. — К.: НІСД, 2011. — 41 с.
7. Ліза Тарантіно; Славеа Чанкова; Елізабет Прібл, Джош Розенфелд, Субрата Раут. Аналіз системи охорони здоров'я України, 2011. Бетесда, МД: Проект Системи охорони здоров'я 20/20, Abt Associates Inc — 179 р.

Статтю подано до редакції 20.10.2012 р.

УДК

Є.Л. Поштар, здобувач кафедри міжнародного бізнесу
Інституту міжнародних відносин
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка

КОНФЕДЕРАТИВНІСТЬ І ФІНАНСОВА ГАРМОНІЗАЦІЯ ЄС: ГЕОЕКОНОМІЧНІ ІНТЕРЕСИ ТА ВИКЛИКИ

АНОТАЦІЯ. Стаття присвячена аналізу особливостей процесів використання бюджету ЄС, єдиної податкової політики на сучасному етапі фінансової гармонізації, дається характеристика її важливим тенденціям і перспективам в умовах фінансово-торгової кризи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Європейський валютний союз, валютно-фінансова інтеграція, фінансова гармонізація, фінансово-торгова криза.