

8. Офіційний сайт податково-митного департаменту міністерства фінансів Естонії [Електронний ресурс] / Міністерство фінансів Естонії. – Режим доступу : <http://www.emta.ee>.
9. Офіційний сайт Європейської комісії ЄС [Електронний ресурс] / Європейський Союз. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/taxation_customs/.
10. Семенченко А. І. Підхід до електронного урядування в умовах сучасних викликів та загроз в Україні [Електронний ресурс] / А. І. Семенченко. – Режим доступу : <http://www.e-gov.in.ua/idata/files/140612-123637-4897.pdf>.
11. E-Government Survey 2012. E-Government for the People / Department of Economic and Social Affairs. – New York, 2012. – 144 s.
12. Government Survey 2014. E-Government for the Future We Want / Department of Economic and Social Affairs. United Nations. – New York, 2014. – 264 s.
13. The Global Information Technology Report 2012 / World Economic Forum 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www3.weforum.org/docs/Global_IT_Report_2012.pdf.
14. The Global Information Technology Report 2013 / World Economic Forum 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www3.weforum.org/docs/WEF_GITR_Report_2013.pdf.
15. The Global Information Technology Report 2014 / World Economic Forum 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalInformationTechnology_Report_2014.pdf.

Надійшла до редколегії 17.03.2015 р.

УДК 361

Д. С. Гайдаш,

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ, м. Київ

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОЛЬЩІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Розглянуто стан функціонування та будову механізму фінансування системи охорони здоров'я Республіки Польща, а також запропоновано шляхи трансформації та покращання функціонування медичної галузі України.

Ключові слова: державна політика, система охорони здоров'я, механізми фінансування, заклади охорони здоров'я, медичне страхування.

D. S. Gaidash,

Postgraduate student of Public Healthcare Administration Department of NAPA, Kyiv

FINANCING HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND: EXPERIENCE FOR UKRAINE

The article covers performance and components of the funding facility for the healthcare system in Poland. The author also suggests ways to transform and improve the performance of healthcare in Ukraine.

Key words: public policy, healthcare system, funding facility, healthcare institutions, medical insurance.

На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу в умовах здійснення масштабних реформ адміністративної, політичної, соціальної та інших систем відбувається подальший пошук засобів підвищення ефективності діяльності органів державної влади. Політичні й соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних засад вимагають наукового обґрунтування й удосконалення механізмів державного управління у галузі охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб та міжнародних норм і стандартів, в тому числі з питань фінансування.

Неефективне використання та обмеження фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я негативно впливає на загальний стан здоров'я населення України. За показником тривалості життя Україна перебуває на 150 місці з 223 країн у світі. Очікувана тривалість життя населення в Україні становить 68,46, у Польщі – 75,85 років [1, с. 32].

Реформування медичної галузі є невід'ємною складовою соціально-економічних перетворень в Україні. Ці перетворення мають бути системними, торкатися одразу всіх політичних, економічних та соціальних інституцій. Саме тому Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020”, затверджена Указом Президента України № 5/2015, передбачає 60 реформ та спеціальних програм, серед яких однією з пріоритетних визначено реформу галузі охорони здоров'я [2].

Окремі важливі аспекти управління охороною здоров'я вже стали предметом розгляду багатьох дослідників. Вагомий внесок у розвиток особливостей теорії та практики державного управління охороною здоров'я здійснили М. Бадюк, В. Білий, М. Білинська, М. Бойчак, Ю. Вороненко, З. Гладун, Л. Голик, Л. Жаліло, В. Журавель, В. Загородній, В. Косарчук, Ф. Левченко, В. Лехан, В. Лобас, В. Мегедь, Я. Радиш, І. Рожкова, В. Рудень, І. Солоненко, А. Степаненко, А. Уваренко та ін.

У процесі формування нової парадигми національної системи охорони здоров'я України перед органами державного управління постає необхідність вивчення та узагальнення зарубіжного досвіду державної політики реформування системи охорони здоров'я. У цьому зв'язку актуальним вбачається (і є метою дослідження) здійснення аналізу діяльності та фінансування медичної галузі деяких країн Вишеградської групи, зокрема Польщі.

Система охорони здоров'я Республіки Польща, як і переважної більшості країн колишнього соціалістичного табору, продовжує перебувати у процесі реформ.

Пусковим фактором для початку реформи стало прийняття закону про заклади охорони здоров'я (1991) та закону про обов'язкове медичне страхування (1997). Важливе значення для процесу реформування системи охорони здоров'я має також низка прийнятих законів, що стосуються професійної діяльності лікарів, медичних сестер та їх самоврядування [3].

З 1 січня 1999 р. почали діяти законодавчі положення, які:

- запровадили новий адміністративний поділ території держави і територіальне самоврядування;

- передали у відання самоврядування заклади охорони здоров'я (які дещо раніше позбулися статусу бюджетних установ і набули статусу повноцінних

суб'єктів господарської діяльності з можливістю укладення зовнішніх контрактів на надання послуг з відповідними платниками та внутрішніх контрактів з власними працівниками, тобто, медичним персоналом);

- дозволили будь-якому юридичному суб'єкту (фізичній чи юридичній особі, в тому числі релігійним громадам, різним громадським асоціаціям, профспілкам тощо) виступати засновником і забезпечувати діяльність закладів охорони здоров'я (при цьому заклади, засновані державними органами та органами самоврядування, отримали статус громадських закладів охорони здоров'я);

- відокремили амбулаторну допомогу від стаціонарної;

- забезпечили посилення ролі інституту сімейних лікарів та поступове зростання у структурі медичної допомоги питомої ваги більш дешевих за вартістю та ефективних з клінічної і профілактичної точки зору стаціонарозамінюючих технологій;

- запровадили фінансування абсолютно переважної більшості видів медичних послуг за рахунок обов'язкового медичного страхування шляхом укладення контрактів між платниками (в особі страхових фондів) та надавачами медичних послуг (сімейними лікарями, лікарнями та бригадами швидкої допомоги), відокремили фінансові ресурси на охорону здоров'я, зробивши їх цільовими і незалежними від державного бюджету [4, с. 54].

З початком реформи всі рівні самоврядування отримали відповідні повноваження у сфері охорони здоров'я. Було проведено чіткий розподіл повноважень у вказаній сфері поміж органами державної адміністрації та органами самоврядування, які у даний час виглядають наступним чином.

Державні адміністрації на рівні воєводств забезпечують:

- ведення реєстру закладів охорони здоров'я на підпорядкованій території, прийняття рішень про внесення чи вилучення з цього реєстру громадських та негромадських закладів;

- утворення публічних закладів охорони здоров'я у випадках, встановлених законом про санітарну інспекцію;

- рекомендаційні оцінки рішень органів територіального самоврядування щодо ліквідації або реорганізації громадських закладів охорони здоров'я;

- призначення представників до громадських рад, що діють при публічних закладах охорони здоров'я;

- контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я, які функціонують на території воєводства.

Воєводське самоврядування забезпечує:

- реалізацію завдань, віднесених до його компетенції законами, в тому числі й завдань у галузі охорони та сприяння здоров'ю;

- вплив на діяльність відповідного регіонального фонду обов'язкового медичного страхування (каси хворих) шляхом вибору членів наглядової ради цього фонду;

- виконання функції засновника стосовно громадських закладів охорони здоров'я (прийняття колективних рішень про створення, реорганізацію та ліквідацію закладів, призначення керівника і громадської ради закладу; нагляд за діяльністю закладів) [5, с. 24–28].

Майже 99 % усіх закладів охорони здоров'я у Польщі є громадськими закладами, і належать органам місцевого самоврядування. Міністерство охорони здоров'я має у своєму безпосередньому підпорядкуванні лише близько 30 установ на загальнодержавному рівні. За рахунок бюджету воєводств фінансується система державної санітарно-епідеміологічної служби, яка перебуває у підпорядкуванні державних адміністрацій воєводств та повітів.

Міністерство охорони здоров'я за рахунок державного бюджету повністю або частково фінансує високо-спеціалізовані медичні послуги, зокрема хірургічні втручання на серці та судинах, трансплантацію органів тощо. Контракти на надання цих послуг укладаються безпосередньо Міністерством охорони здоров'я з відповідними медичними закладами, що можуть забезпечити здійснення відповідних втручань.

Фінансове покриття вартості решти медичних послуг забезпечується за рахунок обов'язкового медичного страхування. Через систему обов'язкового медичного страхування покривається й вартість ліків, ортопедичних виробів та пристосувань (частково або повністю у визначених законом випадках), а також деяких профілактичних послуг, зокрема деяких профілактичних щеплень, спрямованих на імунопрофілактику інфекційних хвороб [5, с. 42].

Відповідно до закону про обов'язкове медичне страхування, з 1 січня 1999 року кожен громадянин сплачує обов'язковий страховий внесок, який компенсується відповідним зниженням прибуткового податку, що означає зменшення надходжень до державного бюджету на суму внесків, які спрямовуються на обов'язкове медичне страхування. Спочатку цей внесок сплачувався у розмірі 7,5 % величини доходів бруто, а з січня 2001 р. – у розмірі 7,75 % зазначеного показника. Зазначені кошти акумулюються Пенсійним фондом, який розподіляє їх між створеними згідно із законом 16 повністю автономними регіональними (на рівні кожного з воєводств) та 1 відомчим (розрахованим на обслуговування військовослужбовців, поліції та службовців інших воєнізованих формувань) фондами обов'язкового медичного страхування (16 регіональних та 1 галузева так звані “каси хворих”). При цьому кожен з пацієнтів має право на вибір каси хворих, який обмежується однією з двох можливих для вибору кас.

Законом також встановлено перелік медичних послуг, які не надаються за рахунок обов'язкового медичного страхування. До них, зокрема, віднесено послуги, спосіб фінансування яких окреслено спеціальними законами (наприклад, послуги служби медицини праці); надання медичних висновків про здатність керувати механічними транспортними засобами та інших медичних висновків і довідок, які видаються за бажанням застрахованого, якщо необхідність їх видачі не пов'язана з подальшим лікуванням, реабілітацією, втратою працездатності, продовженням навчання учнів та студентів, вирішенням питань щодо призначення соціальної допомоги та соціального догляду тощо; деякі види стоматологічних послуг. Ці послуги в порядку, що встановлений відповідними документами, фінансуються за рахунок власних коштів пацієнтів, за рахунок державного бюджету або інших визначених нормативними актами коштів [6].

Планування видатків на укладення контрактів забезпечується касами хворих на основі статистичних демографічних та епідеміологічних даних, які надаються

офіційними статистичними органами. Формально усі громадяни, охоплені обов'язковим медичним страхуванням, мають закріплене законом право вільного вибору надавача медичних послуг, передусім сімейного лікаря та лікарні з числа тих, що уклали контракт з відповідною касою хворих.

Однак, сімейні лікарі та громадські лікарні за законом не мають права приймати пацієнтів поза умовами, передбаченими законом, тобто без забезпечення оплати за медичні послуги через каси хворих (через систему обов'язкового медичного страхування). Крім того, сімейний лікар має право відмовити пацієнту від прикріплення до нього, якщо максимально можливі встановлені законодавством ліміти кількості прикріплених до сімейного лікаря пацієнтів вже вичерпані. Для отримання безоплатної медичної допомоги застрахований у системі обов'язкового медичного страхування пацієнт має право звернутися до лікаря-спеціаліста лише за направленням свого сімейного лікаря. В такому разі оплата спеціалізованих послуг застрахованому пацієнту забезпечується за рахунок каси хворих, що має контракт з відповідним лікарем-спеціалістом. В той же час, лікарі-спеціалісти наділені правом приймати будь-якого пацієнта, який звернувся до них за послугами самостійно, з оплатою вартості цих послуг пацієнтом безпосередньо лікарю.

Крім того, без направлення сімейного лікаря, пацієнт за законом має право самостійно безпосередньо звертатися за послугами до 8 видів лікарів-спеціалістів (як то: дерматовенеролог, стоматолог, онколог, фтизіатр, гінеколог, офтальмолог, психіатр і нарколог).

Що стосується надання стаціонарної допомоги, то лікарня, яка є самостійною юридичною особою і уклала контракт з відповідною касою хворих, укладає внутрішні контракти з лікарями стаціонару, з лікарями-спеціалістами спеціалізованої поліклініки, яка, як правило, поки що залишається структурним підрозділом лікарні (однак, лікарі-спеціалісти дедалі частіше засновують свої приватні практики, і укладають контракти безпосередньо з касою хворих), бригадами швидкої медичної допомоги, технічно-експлуатаційними службами. При цьому лікарні мають право укладати контракти не лише з регіональною касою хворих тієї території, на якій вони розташовані, а й з касами хворих інших регіонів і з галузевою касою хворих, що обслуговує військовослужбовців, поліцію та службовців інших воєнізованих формувань [7].

Розміри заробітної платні сімейних лікарів, іншого медичного персоналу, відповідального за первинну медико-санітарну допомогу, та лікарів стаціонарів, які працюють у громадських закладах охорони здоров'я, регулюються державою. В той же час, розміри заробітної плати в закладах охорони здоров'я приватного сектору, не підпадають під державне регулювання і встановлюються керівництвом вказаних закладів самостійно.

Усі ліки, що надаються застрахованим, розбито на три категорії: життєво необхідні (основні) – ліки, необхідні для порятунку життя або є незамінними для лікування і підтримання здоров'я (найбільш поширені у відповідній фармако-терапевтичній групі); допоміжні – ті, що носять допоміжний характер або посилюють дію основних ліків, та ліки найновішої генерації з близькими до основних властивостями, але більш дорогі від них за ціною; рецептурні – ті, що готуються в аптеці *ex tempore* (тимчасові) за рецептами.

Забезпечення ліками осіб, застрахованих в рамках обов'язкового страхування, відбувається двома шляхами. Лікарні, які мають контракт з касою хворих, забезпечують пацієнтів ліками безкоштовно, тобто, вартість ліків входить у структуру вартості медичних послуг, що оплачуються касою хворих. Лікарі, які працюють у громадських амбулаторіях або мають приватний контракт з касою хворих, уповноважені касою хворих видавати рецепти на життєво необхідні (основні) ліки, перелік яких визначений спеціальним розпорядженням Міністра охорони здоров'я. За ці ліки, а також за прописані лікарем екстемпоральні ліки, застраховані вносять аптеці так звану договірну оплату.

Згідно з законом про обов'язкове медичне страхування, ця оплата не може перевищувати 0,5% розміру офіційно встановленого розміру мінімальної заробітної платні для життєво необхідних (основних) лікарських засобів (понад 110 найменувань), та 1,5 % мінімальної заробітної платні у випадку придбання рецептурних ліків. При цьому, якщо ціна таких ліків є нижчою, ніж розмір договірної оплати (тобто 0,5 % або 1,5 % розміру мінімальної заробітної платні відповідно), застрахований сплачує повну вартість. За ліки, які входять до переліку допоміжних, застраховані вносять часткову оплату у розмірі 30 % (понад 80 найменувань) чи 50 % (понад 130 найменувань) вартості (ліміту ціни). Принципи договірної та часткової оплати ліків стосуються однієї упаковки основних та допоміжних ліків.

Слід зазначити, що існують додаткові можливості отримання ліків за низькими цінами для пацієнтів з деякими особливими видами хвороб, до яких віднесено 30 хронічних захворювань, в тому числі цукровий діабет, глаукома, епілепсія тощо. Зазначені пацієнти отримують ліки безкоштовно (понад 120 найменувань), за договірною оплатою (близько 50 найменувань), а також за оплатою, яка становить 30 % (більше 40 найменувань) та 50 % (10 найменувань) ліміту ціни [7].

Існує також певний перелік груп пацієнтів, які мають пільги по забезпеченню ліками: інваліди війни, інваліди з числа військовослужбовців, заслужені донори крові. Інвалідам війни усі ліки надаються безкоштовно, а інвалідам з числа військовослужбовців та заслуженим донорам крові – безкоштовно ліки тільки із зазначених переліків.

Таким чином, запровадження реформи системи охорони здоров'я у Польщі має як позитивні, так і негативні моменти.

До безумовно позитивних моментів реформи слід віднести, перш за все, відокремлення цільових коштів на охорону здоров'я від бюджету, що дозволяє запобігти негативним наслідкам, пов'язаних з можливими “провалами” бюджету, що є особливо важливим для країн з перехідною економікою.

Крім того, позитивом є надана реформами можливість забезпечення громадського контролю за коштами в системі охорони здоров'я, та розвиток цієї системи на солідарній основі, поступове формування ринку медичних послуг і підвищення їх якості.

Наступним важливим процесом у реформування охорони здоров'я Польщі є створення загальної бази даних – OSOZ. Така база дозволила стандартизувати та перевести в електронну форму інформацію про лікарні, аптеки та пацієнтів.

Окрім загального опису процесів реформування охорони здоров'я у Польщі, потрібно виокремити дві сфери медичного обслуговування – сімейна медицина та

охорона психічного здоров'я, оскільки сьогодні в Україні дуже гостро стоїть питання якнайшвидшого реформування цих галузей [8].

Психічне здоров'я у Польщі вважається невід'ємною частиною суспільного здоров'я. З початку реформування охорони здоров'я та запровадження системи медичного страхування витрати на психіатричну допомогу у середньому становлять 3,5 % від загального бюджету медичних послуг [9, с. 53-55].

Проте запровадження реформи призвело і до ряду негативних явищ. Як головний недолік необхідно відмітити слабе інформаційне просування реформи. Багато труднощів зумовлені також затримкою у підготовці відповідних підзаконних актів на рівні виконавчої влади та самоврядування, необхідність яких було визначено законом про обов'язкове медичне страхування. Іншим важливим недоліком системи є необґрунтовано велика автономія лікарняних кас.

Наслідком цього є відсутність універсальних підходів до змісту та структури документації, що вимагається касами від надавачів послуг, а також у змісті та процедурах отримання статистичної, медичної та фінансової звітності останніх; відсутність універсальних методів фінансування надавачів послуг та принципів визначення вартості медичних послуг і відповідних контрактів на їх постачання і, як наслідок, відсутність гарантій рівності доступу до медичних послуг для пацієнтів, які застраховані у різних касах [10, с. 17].

Досвід Польщі показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування, і в рамках соціального медичного страхування. У багатьох країнах Європейського Союзу держава бере участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій, або іншим чином). Отже, вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному: 1) зберегти бюджетну систему фінансування, 2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування, чи 3) створити змішану систему, запровадивши обов'язкове медичне страхування і зберігши при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги.

Отримуючи потрібні уроки з досвіду реформування сектору охорони здоров'я європейських країн, зокрема Польщі, Україна може і повинна побудувати власну ефективну модель, яка забезпечить справедливість і рівність у доступності якісної медичної допомоги для усіх верств населення.

Перспективами подальших досліджень є пошук нових, максимально ефективних механізмів регулювання та фінансування системи охорони здоров'я України, доступність та якість надання медичної допомоги, забезпеченість населення ліками, а також сучасних підходів до регулювання фармацевтичного ринку в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Література:

1. Чепелевська Л. А. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. Б. Ященко // Україна. Здоров'я нації. – 2014 – № 2 (26). – С. 30–34.
2. Указ Президента України № 5/2015 “Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020” <http://www.president.gov.ua/documents/18688.html>

3. Здоров'я. Чехія. Польща. Реформа охорони здоров'я: європейський вектор. Чехія. Польща [Електронний ресурс] / О. Приходько. – Режим доступу : http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=173:2011-06-11-16-1858&catid=34:2011-02-27-21-08-08&Itemid=53.

4. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos ; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген : ВОЗ, 2013. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17).

5. Kutzin Joseph. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой / Kutzin Joseph, Cashin Cheryl, Jakab Melitta (ред.) // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. М. : Изд. дом “Практическая медицина”, 2004. – 463 с.

6. Финанси країн Європейського Союзу [Електронний ресурс] / М. І. Карлін. – К., 2012. – Режим доступу : http://pidruchniki.ws/15840720/finansii/finansii_krayin_yevropeyskogo_soyuzu_-_karlin_mi.

7. Довідник законів. Skonowidz przepisów prawnych 1918 – 2015 r.. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.mz.gov.pl>.

8. Про охорону психічного здоров'я в Республіці Польща [Електронний ресурс] / Ю. Закаль // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2011 – № 2. – Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/27208>

9. Green Paper. Improving Mental Health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union / European Commission, Health&Consumer Protection Directorate-General. – Brussels, 14.10.2010. – 484 с.

10. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

Надійшла до редколегії 21.04.2015 р.

УДК 351.78:614. 84 (477.83/86)

З. Г. Гонтар,

*здобувач кафедри європейської інтеграції і права ЛПІДУ НАДУ,
викладач кафедри права та менеджменту у сфері цивільного захисту
Львівського держ. ун-ту безпеки життєдіяльності, м. Львів*

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ДОБРОВІЛЬНОГО ПОЖЕЖНИЦТВА В ГАЛИЧИНІ І СУЧАСНА ПРАКТИКА ПОЖЕЖНОГО ВОЛОНТЕРСТВА В КРАЇНАХ ЄС

Проведено дослідження ролі і значення історичного досвіду управління діяльністю добровільного пожежництва в Галичині та країнах ЄС для забезпечення пожежної безпеки населення України.

Ключові слова: добровільна пожежна охорона, пожежне волонтерство, державне управління, історичний досвід, Галичина, Україна, Польща, ЄС.