

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

УДК 351

ПОЛЬСЬКИЙ ДОСВІД ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ УКРАЇНИ

Кульгінський Є.А.

Національна академія державного управління
при Президенті України

Метою дослідження є пошук оптимальної моделі консолідації фінансових ресурсів об'єднаних громад для ефективного забезпечення надання послуг з охорони здоров'я в Україні. Наведено пропозиції щодо формування видатків бюджету громади на різні види медичної допомоги. Досліджено і проаналізовано позитивний досвід Республіки Польща реформування сфери охорони здоров'я в умовах децентралізації влади, який доцільно використати в Україні.

Ключові слова: децентралізація, охорона здоров'я, Україна, модель консолідації фінансів.

Вступ. Актуальність дослідження, висвітленого в статті, пов'язана з проголошенням європейського вектору розвитку Української держави, започаткуванням низки реформ в публічному управлінні. Стратегія розвитку «Україна 2020», проголошена Президентом України Петром Порошенком у 2014 році, серед найважливіших визначає реформу системи управління, проведення децентралізації влади. Це обумовлює нові механізми управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні. Польська Республіка в своєму русі до Європейського Союзу здійснила низку реформ в сфері охорони здоров'я. вивчення і застосування яких доцільне в Україні. Сучасна система охорони здоров'я України характеризується застарілим способом надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на рівні сіл, селищ та нерідко міст. Це пов'язано із її штучною фрагментарністю та подрібненістю. Наслідком цього є суттєва затримка в часі зі встановлення діагнозу пацієнтам і їх відповідного лікування. Нерідко для цього громадянам потрібно здійснити до шести звернень до різних лікарів. Це суттєво збільшує вартість витрат як для бюджету домогосподарств, так і громад в цілому.

Такий спосіб пропозиції спеціалізованих медичних послуг у ПМСД запроваджений в Україні в середині ХХ ст. шляхом будівництва поліклінік. В загальному бюджеті такого закладу традиційно близько 41% складають неформальні платежі громадян [1]. У більшості цих установ відсутній доступ громадян до інформації про тарифи на медичні послуги. Комунальна власність у цих закладах нерідко використовується для надання приватних послуг без надходжень платежів у бюджет громади (так звана повзуча приватизація).

Слід враховувати, що сучасний медичний корпус спеціалізованої медичної допомоги нерідко чинить супротив будь-яким інфраструктурним змінам на користь профілактичної і первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Нинішній нерозвинений стан системи охорони України пояснюється заниженою відповідальністю громадян за своє здоров'я, редукованою вимо-

гливістю до якості і доступності медичної допомоги, відсутністю вмотивованості лікаря сімейної медицини за своєчасне профілактичне обстеження й ефективне лікування пацієнта. Фактично проходить безконтрольне «дозрівання» громадянина до стану хворого із нерідко заданими смертельно небезпечними захворюваннями, які потребують негайної спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги. Передчасна смертність, насамперед серед чоловіків у працездатному віці в Україні, яку можна попередити своєчасним наданням медичної допомоги, є однією з найвищих у Європі.

«Відкритість» спеціалізованої медичної допомоги для пацієнта в обхід сімейного лікаря (крім екстрених випадків) робить її фінансово домінуючою над профілактичною та ПМСД.

Нормативно-правова база України демонструє очевидні преференції спеціалізованій медичній допомозі за вимогами «звичайного права», не враховуючи «права справедливості».

В умовах помітного старіння населення сучасною формою для забезпечення фізичної та фінансової доступності громадян до якісної ПМСД в розвинених країнах, зокрема в Республіці Польща, є фаховий сімейний лікар. Це певним чином дозволило зазначеним країнам протягом тридцяти років досягти зменшення передчасної смертності та інвалідації громадян за рахунок своєчасної діагностики та якісного лікування пацієнтів насамперед приватними сімейними лікарями.

Наразі в Україні здійснюються процеси децентралізації влади, основне місце в яких займає зміцнення фінансової самостійності і відповідальності громад.

В Україні є досить успішні приклади реформування сфери надання медичних послуг на засадах сімейної медицини, чий досвід доречно використати. Одне з них – місто Комсомольськ Полтавської області, яке протягом 15 років є майданчиком для розвитку ПМСД. В цьому місті відпрацьовувались пілотні проекти щодо запровадження практики сімейного лікаря в Україні. Після прийняття законів України та постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України (КМУ)

у 2015 році частка податку від доходів фізичних та юридичних осіб, яка вірогідно залишиться у бюджеті громади м. Комсомольськ Полтавської області складе у доходах загального фонду 62,7%. При цьому податок на доходи фізичних осіб складе 29,6%, а місцеві податки – 14% у обсязі надходжень до загального фонду. Складає державного бюджету у структурі бюджету громади буде становити 37,3% – як трансферт у вигляді субвенцій. При цьому частка внесків у щомісячних відрахуваннях від заробітної плати працівників та податків на юридичних осіб на сферу охорони здоров'я не виокремлюється.

За досвідом Республіки Польща (РП), для надання реального права громадам і районам формувати бюджет запроваджені ефективні механізми його наповнення. Так частка від загальнонаціональних податків складає 25% від фізичних і 15% від юридичних осіб. Збори від податку на землю, нерухомість, сільсько-господарську діяльність, спадщину на 100% залишаються на місцях [1].

До бази надходжень повітів та міст, які порівняні до повітів, входять місцеві платежі від торгівлі, паркінгів, платних послуг. Частка державного бюджету в загальному бюджеті місцевого самоврядування складає лише 0,4%. Кошти Європейського Союзу (ЄС) складають 9%.

Межею перевищення бюджетного доходу на душу населення є 15%. Для вирівнювання можливостей воєводства застосовується механізм субсидій і дотацій, кошти Фонду охорони навколишнього середовища, Міжнародного інвестиційного банку, дотації на освіту, кредити, облигації.

Протягом 17 років РП брала участь у європейській програмі створення спеціальних економічних зон. Нині їх діє 14. Обмеження до 2020р. стосується площі їх функціонування – до 20 гектарів кожної з них.

Підприємства звільняються від податку на прибуток і на нерухомість. Передбачена компенсація інвестиційних коштів – 55% для малих підприємств і 45% для середнього бізнесу. Впровадж зазначеного періоду щорічно інвестовано в економічні зони більше 1 млрд. євро та створено 15 тис. робочих місць [2].

Після вступу до ЄС з 2004-2006 рр. Республіка Польща щорічно отримувала 3 млрд. євро для вирішення зазначених завдань, із яких 30% направлялись в регіони для витрат на власний розсуд. Протягом 2007-2013 років було освоєно 37 млрд. євро (щорічно близько 9 млрд. євро). На наступні 7 років з 2014-2020 рр. передбачено 82 млрд. євро. Із них 25% спрямовано в регіони [2].

Вжиття зазначених заходів дозволило в РП збільшити валовий внутрішній продукт на душу населення на 19% (з 49% у 2004 р. до 68% у 2013 р.) [2]. Це дозволило сформулювати належні організаційно-фінансові умови для розбудови сучасної охорони здоров'я.

До системних ризиків при проведенні адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування в РП слід віднести:

1. Намагання уряду навантажити самоврядування «незручними» повноваженнями або забрати повноваження і гроші у громад. У зв'язку з цим необхідні чіткі юридичні і адміністративні інструменти для реалізації повноважень. Це сто-

сується відмов уряду від практики внесення змін до законів на свою користь.

2. Надання повноважень і формування фінансів повітам та впровадження відносин: сильні гміна і повіт; повіт і сильне місто; повіт і територія повіту. Формування рад повітів доцільно здійснювати шляхом делегування депутатів рад гмін.

Розглянемо можливу стратегію дій української влади і суспільства зі створення нової системи охорони здоров'я.

Сутність адміністративно-територіальної реформи в Україні має полягати в формуванні інституційних механізмів дієвого функціонування сфери соціальних послуг насамперед громад сіл, селищ та міст.

Тому першими кроками по створенню нової системи охорони здоров'я в Україні на основі формування сучасних, соціально орієнтованих у ринковому середовищі механізмів місцевого самоврядування мають бути:

- Забезпечення прийняття низки нових законів, які сприятимуть демонополізації, детінізації та дотриманню реальних прав власності у соціальної інфраструктурі, насамперед системи охорони здоров'я та її функціонального і фінансового структурування за видами надання медичної допомоги.

- З точки зору політичної – сприяння формуванню чутливої до потреб охорони здоров'я політики наново обраними органами місцевого самоврядування, які мають забезпечити умови для пріоритетного фінансування профілактичної та ПМСД на засадах сімейної медицини;

- Реальне відокремлення місцевих фінансів від державних, передача громадам прав на реальне формування і наповнення бюджету та його використання, в тому числі й в сфері охорони здоров'я;

- Передача громадам у власність, у тому числі в сфері охорони здоров'я, землі, будівель, медичного обладнання;

- Здійснення закупівель медичних послуг за прозорими схемами;

- Забезпечення реальної самостійності сільських голів;

Ми пропонуємо виокремлювати такі умови розбудови нової системи охорони здоров'я України

1. Політична воля керівництва держави та посадових осіб місцевого самоврядування в обґрунтуванні і реалізації модернізації країни, регіону, району та громад, спроможність долати опір змінам;

2. Активне залучення експертного середовища до розробки стратегій запровадження змін;

3. Підтримка громадян, насамперед, молоді у віці до 35 років;

4. Підтримка прогресивної, насамперед державницької мислячої молодіжної частини медичної громадськості;

5. Функціонування професійних незалежних ЗМІ;

6. Розвиток професійних компетентностей сучасних управлінців.

З точки зору забезпечення інтересів громадян у сфері охорони здоров'я проведення адміністративно-територіальної реформи та реформи місцевого самоврядування має передбачати створення: на рівні громад:

- в селах і селищах – амбулаторій сімейної медицини по наданню ПМСД, невідкладної і па-

ліативної та хоспісної медичної допомоги. При цьому має бути забезпечено перерахування коштів на пацієнтів, направлених ПМСД до закладів спеціалізованої медичної допомоги. Насамперед це стосується дітей, інвалідів, вагітних та осіб, про яких нікому потурбуватись;

– в містах – розгортання центрів ПМСД на засадах сімейної медицини, розвиток спеціалізованої медичної допомоги.

в районах:

– інтеграція закладів спеціалізованої медичної допомоги, виходячи із потреб пацієнтів і можливостей бюджету.

в обласних центрах:

– фінансування потреб пацієнтів із громад та районів і інших регіонів для надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Висновок. Спираючись на вищенаведене, можна виділити наступні завдання з формування і консолідації фінансів для надання послуг у сфері охорони здоров'я України.

Громади в селах, селищах та містах повинні мати можливості фінансувати функціонування амбулаторій сімейної медицини, надання невідкладної і паліативної та хоспісної медичної допомоги або делегувати ці функції на районний рівень. В громаді має бути здійснена система оцінки потреб мешканців у послугах консультативно-діагностичної та іншої спеціалізованої медичної допомоги (лікарень). Фактично це є обґрунтованим фінансовим ресурсом на районному рівні. Контроль за використанням цих коштів має здійснюватися депутатами села, селища та міста, які мають входити до складу районних рад. За досвідом РП місцеві депутати громад мають делегуватися в районні ради для контролю за ефективним використанням коштів, насамперед у сфері охорони здоров'я. Тобто залучення послуг вторинної медичної допомоги має здійснюватися управлінням охорони здоров'я району під контролем уповноваженого від громади депутата районної ради. За таких умов структура надання вторинної медичної допомоги буде чітко відповідати реальним потребам в отриманні медичних послуг громадами сіл, селищ, міст, районів, враховуючи їх фінансові можливості.

Слід передбачити зростання витрат на профілактичну, ПМСД на засадах сімейної медицини,

паліативну та хоспісну допомогу, невідкладну та реабілітаційну медичну допомогу – в 3 рази. Відповідно мають скоротитись витрати на вторинну медичну допомогу – в першу чергу на застарілу інфраструктуру лікарень. Це дозволить частково детінізувати ресурси громад для фінансування вторинної медичної допомоги.

Для громади міст це буде локалізація коштів для надання всіх зазначених видів допомоги при чіткому їх фінансуванні відповідно до 10%, 35%, 10%, 10%, 35% від загального обсягу фінансування. В містах доцільно сформувати єдиний пул із автономних модулів кожного із видів надання медичної допомоги. В селах і селищах це буде стосуватись фінансування своїми можливостями профілактичної, ПМСД, невідкладної, паліативної та хоспісної допомоги, або передачу цих функцій на районний рівень.

Дискусійним питанням, яке потребує додаткового дослідження, є фінансування екстреної медичної допомоги. Громади повинні мати можливості обраховувати реальні потреби в такій допомозі і контролювати (делегувати) фінансовий ресурс на районний або обласний рівні.

Консолідація фінансового ресурсу на базовому рівні (громад) має здійснюватися навколо сімейного лікаря та сімейних медичних сестер, які працюють в амбулаторії сімейної медицини або центрі ПМСД. На районному рівні, який відповідатиме за спеціалізовану медичну допомогу, – навколо лікарні.

На перехідному етапі від діючої до нової системи адміністративно-територіального устрою та місцевого самоврядування України доцільним є єднання закупівель послуг ПМСД і вторинної медичної допомоги на рівні управління охорони здоров'я районів. Це певним чином співпадає з рекомендаціями ЕРВ ВООЗ [14] щодо об'єднання закупівель первинної і вторинної медичної допомоги.

Враховуючи досвід Республіки Польща, наступним кроком децентралізації управління (мінімум за кілька років) має стати створення сучасних районних та обласних рівнів місцевого самоврядування. Оскільки це кардинально вплине на сферу охорони здоров'я, освіти, житлово-комунальне господарство, управління шляхами та зв'язком, необхідним є підготовка та прийняття низки нормативно-правових актів.

Список літератури:

1. Попова О. Реформуємо місцеве самоврядування «як у Польщі»: хто більше? / О. Попова // Дзеркало тижня. – 7 лютого 2015 р. – № 4 (200). – С. 4, 5.
2. Ведернікова І. Децентралізація: чи вийде Україна у відчинені двері, як Польща 1989-го? / І. Ведернікова // Дзеркало тижня. – 19 липня 2014 р. – № 26 (172). – С. 1, 4.
3. Закон України Про добровільне об'єднання територіальних громад № 676-VIII від 04.09.2015 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/157-19>
4. Закон України «Про співробітництво територіальних громад» від 17.06.2014 № 1508-VII [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1508-18>
5. Закон України «Про ратифікацію Додаткового протоколу до Європейської хартії місцевого самоврядування про право участі у справах органу місцевого самоврядування» від 02.09.2014 № 1664-VII [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1664-18>
6. Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001. 56 – С. 171-204.
7. Lekhan V., Rudy V., Shishkin S. The Ukrainian health financing system and options for reform. Copenhagen, WHO, 2007. – 33 p. [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf
8. Проект Закону України від 01.07.2015 № 2217а «Про внесення змін до Конституції України (щодо децентралізації влади)» [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=55812

9. AGRICULTURE AND RURAL ECONOMY IN POLAND [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.minrol.gov.pl/eng/Reports-and-Publications/AGRICULTURE-AND-FOOD-ECONOMY-IN-POLAND>
10. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К.: ВЕРСО – 04, 2009. – 72 с.
11. Lekhan V., Rudyi V., Shishkin S. (2007) The Ukrainian health financing system and options for reform. A thorough analysis of the health care financing system in the Ukraine and suggestions for feasible changes. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 38 p.
12. Закон України № 1197-VII від 10.04.2014 «Про здійснення державних закупівель» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1197-18?test=qY4Mfbtc78fVxyRUZiyyBrh9H14KMs80msh81e6>
13. Калачова І. (2011) Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році. Державний комітет статистики України, 130 с.
14. Health for All by the year of 2000. The Finnish National Strategy. Ministry of Social Affairs and Health, 1987.
15. Розпорядження КМУ № 333-р від 01.04.2014 р. «Про схвалення концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні». [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>
16. Ганущак Ю. Реформа територіальної організації влади / [Ю. Ганущак – К.]; Швейцарсько-український проєкт «Підтримка децентралізації в Україні – DESPRO». – К.: ТОВ «Софія-А». – 2013. – 160 с. [Електронний ресурс] // Режим доступу: [http://despro.org.ua/upload/14-Book-Ганущак 21 08 2013.pdf](http://despro.org.ua/upload/14-Book-Ганущак%2021%2008%202013.pdf)

Кульгинський Е.А.

Национальная академия государственного управления
при Президенте Украины

ПОЛЬСКИЙ ОПЫТ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ УКРАИНЫ

Аннотация

Целью исследования является поиск оптимальной модели консолидации финансовых ресурсов объединенных общин для обеспечения эффективного предоставления медицинской помощи в Украине. Изложены предложения по формированию расходов общины для различных видов медицинской помощи. Исследован и проанализирован положительный опыт Польши в реформировании сектора здравоохранения при децентрализации власти, который предлагается использовать в Украине.

Ключевые слова: децентрализация, здравоохранение, Украина, модель консолидации финансов.

Kulhynskiy E. A.

National Academy for Public Administration
under the President of Ukraine

POLISH EXPERIENCE IN DECENTRALIZATION OF PUBLIC ADMINISTRATION OF HEALTH CARE SYSTEM FOR UKRAINE

Summary

The aim of the study is to find the optimal model of consolidating financial resources combined communities to ensure effective provision of health care in Ukraine. The proposals on the formation of community expenditures for various kinds of medical care. Investigated and analyzed the positive experience of Poland reforming the health sector under decentralization of power that should be used in Ukraine.

Keywords: decentralization, healthcare, Ukraine, model of consolidating financial.