

Інна Вошко

директор комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоград-Волинської міської ради, Житомирська обл.
ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4939-4018>.

ОСОБЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄВРОПИ

Досліджено особливості реформ національних систем охорони здоров'я в країнах Європи. З'ясовано, що вони були: обумовлені зростанням витрат на медичну допомогу і необхідністю посилення здатності системи охорони здоров'я до покращення здоров'я населення; зосередженні на пріоритеті первинної медичної допомоги і запровадженні механізмів, що забезпечують ощадливість системи охорони здоров'я і підвищення її спроможності до якісного надання медичної допомоги в умовах ринку. Ці механізми представлено механізмами: децентралізації системи охорони здоров'я; участі громадян в управлінні цією системою; права вибору лікаря, лікарні і страховика, участі пацієнта у прийнятті медичних рішень; забезпечення фінансування і ощадливості системи охорони здоров'я в умовах ринку; посилення її спроможності щодо покращення здоров'я населення. На процеси реформ впливали: децентралізоване управління, вибір часу її проведення, протидія незацікавлених груп, ресурсне обмеження, зокрема нестача підготовлених кадрів. Основними акторами реформ були населення, медичні працівники, політичні еліти і зацікавлені групи. Останні три актори чинили найбільший спротив.

Ключові слова: реформа; політика; охорона здоров'я; досвід; Європа; країна; механізм; процес; медична допомога; медична послуга; медичний заклад.

Inna Voshko

Director of the municipal non-profit enterprise
«Center of Primary Health Care» Novograd-Volyn City Council,
Zhytomyr region, Novograd-Volynskyi
ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4939-4018>.

**PECULIARITIES OF REFORMS OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS
IN EUROPEAN COUNTRIES**

The state health care policy in Ukraine is: socially significant, relevant for statesmen, politicians, public servants, doctors, public figures; the most important tool for ensuring the proper preservation and development of domestic society. The success of this policy depends on many factors, including awareness and consideration of the positive and negative foreign practices of health care reform. The experience of European and CIS countries is interesting for Ukraine. Learn from this experience to overcome the internal challenges of health care reform. This experience is analyzed by a wide range of researchers. The need to reform health care by increasing health care costs and the need to increase the health care system's ability to improve public health. Health care reform in Europe has been carried out by: giving priority to primary health care; introduction of mechanisms for saving money and increasing the capacity for quality medical care in market conditions. The introduction of primary health care has had positive achievements. However, her 40 years of experience show that today only 50% of the world's population has access to basic medical services. In the process of reforms, mechanisms were introduced: decentralization of the health care system, participation of citizens in the management of local health care; the right to choose a doctor, hospital and insurer, the patient's participation in medical decisions; providing financing and savings of the health care system in market conditions; strengthening its capacity to improve the health of the population by improving the management of medical facilities and the quality of medical services.

The implementation of reforms in Europe has been difficult and with unpredictable consequences. The reform process took place under the influence of external and internal factors. In the process of reform, the main obstacles were: decentralized management of the reform, the wrong choice of time for its implementation, the opposition of disinterested groups, resource constraints, especially the lack of trained personnel. The main actors in the reforms were the population, health workers, political elites and interest groups. The last three actors were the biggest opposition.

Key words: reform; policy; health; experience; Europe; country; mechanism; process; medical care; medical service; medical institution.

Постановка проблеми

Реформа національної системи охорони здоров'я (далі – НСОЗ) в Україні нині є найактуальнішим пріоритетом держави, її першорядною функцією і завданням щодо забезпечення належного збереження, функціонування і розвитку суспільства. НСОЗ глибоко реформується, отримано певний досвід, втілено механізми реалізації державної політики охорони здоров'я (далі – ДПОЗ). Проте, здобутки свід-

чать про слабку успішність цієї реформи, низку недосконаlostей, значне відставання від інших країн СНД. Вивчення зарубіжного досвіду сприятиме подоланню вітчизняних проблем реформи НСОЗ.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що зарубіжні реформи НСОЗ розглядає широкое коло дослідників, зокрема: М. Білінська,

© Вошко І. В., 2021.

Л. Бондарева, В. Воробйова, Я. Радиш, Д. Гайдаш [5]. Дослідження реформ, що відбулися в останні десятиліття ХХ ст. в країнах Європи і СНД, торкаються механізмів реформування НСОЗ [2; 3; 6; 10], у т. ч. щодо їх фінансування.

Мета Мета статті полягає в у формуванні концептуального теоретико-прикладного уявлення про реформи НСОЗ в країнах Європи. У дослідженні опрацьовано розробки визнаних вітчизняних і зарубіжних науковців; використано методи аналізу, узагальнення, систематизації і моделювання.

Виклад основного матеріалу Цінним є розуміння Р. Салтманом і Дж. Фігейрасом [6, с. 13–16] терміну «реформа», який і нині є популярним в стратегічних комунікаціях політиків, державників, інших суб'єктів громадськості. Поняття «реформа охорони

здоров'я» трактується як:

- життєвий цикл реформи НСОЗ з етапами визначення пріоритетів, розробки політики і інституційних перетворень;
- керований публічною владою всіх рівнів процес довгострокових, масштабних, цілеспрямованих і радикальних змін; сукупність заходів, визначення специфічних характеристик нової НСОЗ;
- цілеспрямований спосіб розв'язання суспільно значущих проблем в медичній галузі (рис. 1).

Реформи НСОЗ в Європі були обумовлені: з одного боку, невинним зростанням фінансових витрат на медичну допомогу (далі – МД) унаслідок старіння населення, збільшення обсягів хронічних захворювань і інвалідності, впровадженням нових методів і технологій лікування, нових очікувань суспільства, а з іншого боку, необхідністю посилення здатності цих систем

покрощити здоров'я населення згідно з цілями ВООЗ. Ці проблеми вирішувалися шляхом (рис. 1, [6, с. 61, 346–366]): по-перше, виокремлення первинної медичної допомоги (далі – ПМД) і її утвердження головною в НСОЗ, як широко доступну і найменш витратну, здатну забезпечити масову профілактику хронічних захворювань і інвалідності, спроможну лікувати хвороби і протидіяти їх поширенню; по-друге, запровадження механізмів ощадливого витрачання коштів і підвищення спроможності до якісного надання МД в умовах ринку.

У світі активне впровадження ПМД забезпечувалося глобальним розвитком її інституціональних засад [5]. 40 річний досвід її розвитку свідчить про значні досягнення. Однак, основні медичні послуги (далі – МП) недоступні для 50 % населення світу [7]. Для подолання цієї проблеми ВООЗ пропонує збільшити видатки на ПМД: більше 1 % від ВВП країни.

В ході реформ охорони здоров'я (далі – ОЗ) в Європі (рис. 1) [6, с. 72–94] було запроваджено механізм децентралізованого управління і фінансування. Цей механізм:

- раціоналізував розподіл ресурсів, залучив місцеву владу і населення до вирішення проблем місцевої МД; сприяв її покращенню і рівності доступу до нього; делегував прийняття політичних рішень на місцевий рівень;
- забезпечив більш вищий рівень гнучкості, швидкості реакції, ефективності у вирішенні проблем і відповідальності місцевої влади.

Однак, цей механізм: ослабив центральну владу; він є життєво спроможним тільки за наявності професійно підготовлених кадрів; недоцільний при прийнятті стратегічних рішень щодо принципів і ресурсів ОЗ, громадської безпеки, моніторингу, оцінювання і аналізу стану здоров'я і роботи органів управління.



Рис. 1. Проблеми і механізми посилення ощадливості і спроможності НСОЗ.

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Також, було впроваджено (рис. 1, [9; 6, с. 72–94]) механізми забезпечення права:

- участі громадян в управлінні місцевою ОЗ, зокрема через: їх участь у місцевих радах і комітетах щодо ОЗ, в консультаціях органів влади з місцевими громадами (Фінляндії, Великобританії); утворення громадських організацій із захисту інтересів пацієнтів; зростання активності ЗМІ щодо прав громадян у виборі МП (в країнах Центральної і Східної Європи, далі – ЦСЄ);
- пацієнта отримати якісні МП (Польща, Великобританія, Фінляндія, Нідерланди) сучасного рівня і інформацію про стан здоров'я; догляд від членів сім'ї і друзів; послуги священника, конфіденційного і достойного поводження з пацієнтом; можливість відмови від частини МП, доступу до засобів зв'язку, листування інше;
- свободи вибору лікаря, лікарні і страховика, участі у прийнятті медичних рішень (рис. 1, [6, с. 100–104]). Ці механізми в кожній країні неподібні і складні у застосуванні.

В Європі моделі механізму фінансування НСОЗ відомі здавна; вони поєднують фінансування обов'язкове (податки і внески соціального страхування) і добровільне (внески добровільного страхування і пряма оплата МП пацієнтом) [6, с. 179-190]. В Європі поширені три основні моделі:

- Бісмарка, в якій переважає медичне страхування в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччина, Люксембург, Нідерланди і Швейцарія);
- Беверіджа, в якій переважає бюджетне фінансування в Данії, Фінляндії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Швеції, Великобританії);

ходу запозичила Великобританія у США, а потім вона поширилася в країнах Західної і Східної Європи.

Механізми посилення спроможності НСОЗ представлені механізмами підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання МД (рис. 1, [6, с. 304–316]). Перші механізми засновані на запозиченні методів управління з інших секторів економіки і бізнесу. Втілення механізмів якості набуло рівня державної політики. Зокрема, в державних медичних закладах Франції, Нідерландів і Великобританії участь лікарів у забезпеченні якості є обов'язковою. Основними критеріями якості вважаються: ефективна і своєчасна допомога; ефективне використання ресурсів; задоволення потреб пацієнта і результативність лікування. Вивчаючи досвід зарубіжжя, В. Карлаш [4] пропонує створити ефективну систему контролю якості МП, посилити мотивацію медичних працівників, інше. Порівнюючи зарубіжні країни з найвищою тривалістю життя, О. Худоба [8] доводить, що: європейські НСОЗ мають переваги; для України вважає привабливим досвід Австралії, Нідерландів, Естонії, Норвегії, Франції, Чехії і Швейцарії. Однак, у повному обсязі їх досвід адаптувати до реалій України проблематично.

Реалізація реформ НСОЗ в Європі виявилася досить складною, у багатьох випадках проявилися неждані наслідки і неадекватність планування реформ, інше [6, с. 367-400]). Використовуючи напрацювання Р. Салтмана і Дж. Фігейраса і ідею системно-діяльничого методу, проаналізуємо реформаторську діяльність, як відкрити систему, що поєднує зовнішні і внутрішні складові (рис. 2).

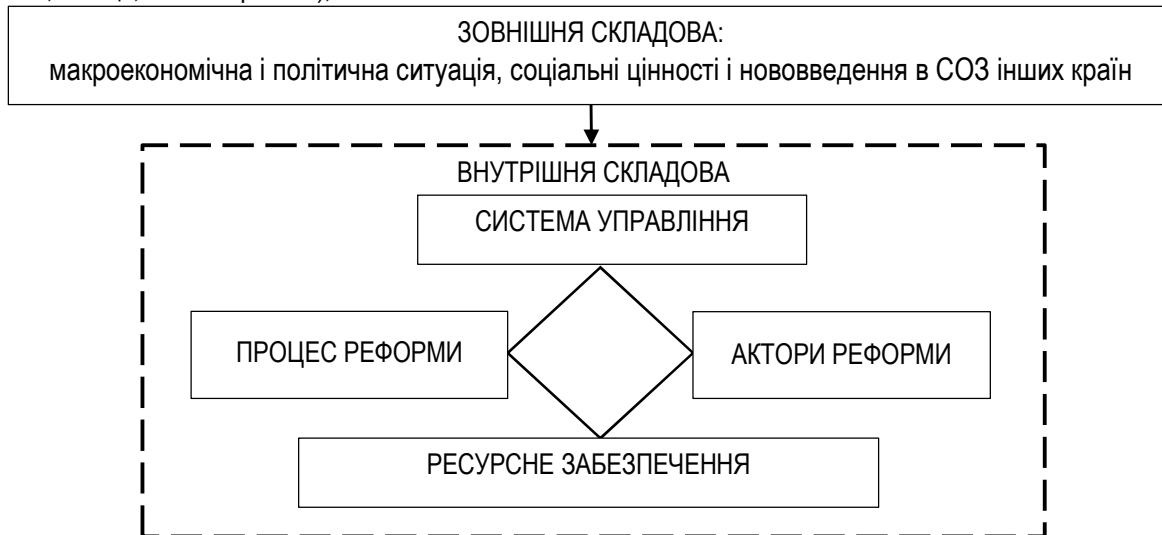


Рис. 2. Модель взаємодії складових реформи НСОЗ

- змішана, яка поєднує попередньо зазначені моделі (притаманна Греції, Ізраїлю, Італії, Португалії, Іспанії і Туреччині).

Тобто, ці моделі єднають різні фінансові джерела, але в кожній із них одне є домінуючим. Зазначені моделі є новими для країн ЦСЄ і СНД. Безпосередньо НСОЗ фінансуються Національною службою охорони здоров'я, яка реалізує конкурсно-контрактний підхід між замовником послуг і їх надавачем. Ідею цього під-

Зовнішня складова включає такі основні елементи: 1) макроекономічна і політична ситуація, 2) соціальні цінності і 3) нововведення в НСОЗ інших країн. Елемент 1 характеризує достатність рівнів розвитку і стійкості економіки країни для здійснення реформи НСОЗ. Політичні інститути, індивідуальні, колективні і корпоративні інтереси до ДПОЗ, відповідні зв'язки в будь-якій країні також вплинули на здатність її уряду успішно проводити реформу. Зокрема, багатопартійний парламент або його нестійка коаліція, складні вза-

емовідносини «президент ↔ парламент ↔ регіональна влада» породили протилежні підходи до ДПОЗ. Вагомим є рівень ваги міністерства охорони здоров'я (далі – МОЗ) в політичній ієрархії в країні. Заміна досвідчених на непрофесійних фахівців в деяких країнах спричинила потужний спротив реформі. Елемент 2. Соціальні цінності були слабо враховані при розробці і реалізації ДПОЗ, зокрема: вплинув конфлікт цінностей політиків, фахівців і суспільства; у складі цих груп проявилися суперечливі погляди на механізми реалізації реформи НСОЗ. Їх просуванню сприяло уміння уряду переконати суспільство в необхідності проведення реформи через призму позитивних наслідків. Елемент 3. Запозичення нововведень є закономірністю, способом наслідування доцільних моделей і концепцій зарубіжних реформ. Однак, коли політики опираються в своїх програмах на нововведення, не розуміючи ресурсних потреб для втілення, виникають негативні наслідки.

Внутрішня складова. Система публічного управління визначала успішність процесу реформи ОЗ (рис. 2, [6, с. 367–400]). Більшість урядів: розподілили повноваження у цій системі між центральним, регіональним і місцевим рівнями; запровадили жорсткий і ліберальний контроль за діями нижчих рівнів влади. Ключовим фактором впливу на реформи мав політичний статус МОЗ, його повноваження і легітимність. Проблемними теж постали: ресурси для побудови нових управлінських структур і інформаційних систем, підготовка професійних кадрів; взаємодія учасників реформи державного і приватного секторів; протиріччя політичних цілей і соціальних цінностей.

Ключовим фактором реалізації реформи визначено Стратегію реформи НСОЗ. Її розробка потребує стільки ж зусиль, скільки і відпрацювання ДПОЗ. Універсальна Стратегія для всіх країн відсутня, оскільки є суттєві національні, економічні і історичні відмінності; особливості державного устрою і груп впливу. Розробка національної Стратегії полягала у виробленні ефективних стратегічних напрямів. Важливим показником процесу реформи обрано темп її здійснення (рис. 2), який може бути:

- швидким, за наявності структури управління, політичної волі, знань про стан економіки, підтримки основних зацікавлених груп, директивного плану крупного масштабу;
- помірними за наявності експериментів і поширення їх досвіду у просторі країни, що забезпечує вищу ефективність реформ, соціальну стійкість і більш придатний для слабкої політичної інфраструктури.

Темпи реформи тісно пов'язані із політичними факторами: видом державного устрою або участю окремих акторів, які сприяють / протидіють реформі. Найбільш впливовими на темп реформи [6, с. 384–391] є: доцільний вибір пори і протяжності «вікна можливостей» для її проведення, фінансова підтримка, політична воля і керування, стратегічні союзи, підтримка суспільства, управління процесом, технічна інфраструктура і потенціал. «Вікно можливостей» це той інтервал часу, коли вже склалися необхідні і конкретні умови, придатні для проведення реформи. Відрізок цього «вікна» не може перевищувати 5 років. Інакше зростає суттєвий соціальний спротив. Політична воля і керівництво також є найважливішими факторами для досягнення успіху

реформи. У ході реалізації реформи активізуються учасники і зацікавлені групи, особливо у випадку пасивності уряду. Для згуртування політичних прихильників реформи створюються стратегічні союзи.

Основними акторами реформ (рис. 2, [6, с. 379–384]) були: населення, медичні працівники, політичні еліти і зацікавлені групи. Здатність населення (окремих індивідів, їх організованих груп) впливати на реформу НСОЗ є відносною і залежить від участі держави у цьому процесі. Механізм участі краще відпрацьовані в Ірландії, Нідерландах, Великобританії і Скандинавських країнах, ніж в країнах Південної і Східної Європи. Проте, думки пацієнтів враховувалися слабо. Медичні працівники мають достатньо потужний прямий і опосередкований вплив на реформу. Політичні еліти (політики високого рівня, чиновники і управлінці, задіяні до формування і реалізації ДПОЗ) теж є достатньо впливовими на реформу НСОЗ. Так, чиновники є стратегічно уповноваженими щодо проведення реформи і впливові на отримання їх результату; можуть чинити спротив, коли реформи змінюють, у т. ч. і їх соціальний статус, традиції і можливості. Зацікавлені групи (представники фармацевтичних підприємств, виробництва медтехніки, страхові компанії) є значно впливовими: можуть ускладнити прийняття рішення з метою захисту своїх інтересів.

Ресурсне забезпечення (рис. 2) поєднує інформаційну інфраструктуру і професійно підготовлений кадровий ресурс реформаторів, здатний забезпечити належне управління процесом реформи. Приміром Чехія, Угорщина і Словенія досягнули великого успіху, опираючись на наявні кадрові ресурси і медичну структуру, створили нову НСОЗ. Для формування професійних реформаторів були запрошені зацікавлені групи і зовнішні організації для підготовки кадрів. Зокрема, опираючись на досвід зарубіжжя, Л. Гаєвська, Н. Васюк, О. Ушакова [1] акцентують увагу на підготовці керівних кадрів-лідерів і особливостях публічної кадрової політики ОЗ.

Державна політика охорони здоров'я в Україні є: суспільно значущою, актуальною для державників, політиків, публічних службовців, медиків, суб'єктів громадськості; найвагомим інструментом забезпечення належного збереження, функціонування і розвитку вітчизняного суспільства. Успішність реалізації цієї політики залежить від багатьох факторів. Для уникнення негативних факторів привабливим для України є досвід країн Європи.

Необхідність реформи охорони здоров'я обумовлена зростанням витрат на медичну допомогу і необхідністю посилення здатності системи охорони здоров'я покращити здоров'я населення. Реформа здійснювалася шляхом: надання пріоритету первинній медичній допомозі; запровадження механізмів ощадливого витрачання коштів і підвищення спроможності до якісного надання медичної допомоги в умовах ринку. Також було запроваджено механізми: децентралізації системи охорони здоров'я, участі громадян у управлінні місцевою охороною здоров'я; права вибору лікаря, лікарні і страховика, участі пацієнта у прийнятті медичних рішень; забезпечення фінансування і ощадливості системи охорони здоров'я у ринкових умовах; посилення її спроможності з метою покращення здоров'я

Висновки

населення шляхом підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання медичних послуг.

Основними перешкодами реформам були: децентралізоване управління реформою, неправильний вибір часу її проведення, протидія незацікавлених груп, ресурсне обмеження, особливо нестача підготовлених кадрів. Основними акторами реформ були: населення, медичні працівники, політичні еліти і зацікавлені групи. Найбільший спротив чинили останні три актори.

Література.

1. Гаєвська Л. А., Васюк Н. О., Ушакова О. І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів – виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1701>. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.7.2
2. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: автореф. дисер. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. упр. Запоріжжя, 2019. 23 с. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf
3. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: <https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/.pdf>
4. Карлаш В.В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія і практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf
5. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. праць. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 1(82). 200 с.
6. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 432 с.
7. Ткаченко В.І. Первинна медична допомога у світі: результати 40-річної реалізації Алма-Атинської декларації (1978) і майбутній розвиток згідно з Астанінською декларацією (2018). *Сімейна медицина* № 4 (84)/2019. URL: <http://family-medicine.com.ua/article/download/185203/184800/411788>
8. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1(20).
9. Ямненко Т. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18.
10. Rechel B., Richardson E., Martin M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *European Observatory on Health System and Policies*. 2014. 238 p.

References.

1. Haievskaya L. A., Vasiuk N. O., Ushakova O. I. Zarubizhnyi dosvid pidhotovky kerivnykh kadrov-lideriv – vyklyky dlia publichnoi polityky u sferi okhorony zdorovia v Ukraini. *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta*

rozvytok. 2020. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1701>. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.7.2

2. Haidash D. S. Derzhavno-upravlinnski mekhanizmy reformy systemy okhorony zdorovia Polskoi Respubliki v umovakh pidhotovky do vstupu v YeS: dosvid dlia Ukrainy: avtoref. dyser. na zdobuttia naukovooho stupenia kand. nauk z derzh. upr. Zaporizhzhia, 2019. 23 s. URL: https://nung.edu.ua/files/attachments/bondareva_dis.pdf

3. Dosvid krain Yevropy u finansuvanni haluzi okhorony zdorovia: uroky dlia Ukrainy. URL: <https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/.pdf>

4. Karlash V.V. Zarubizhnyi dosvid reholiuvannia yakosti medychnykh posluh u systemi okhorony zdorovia. *Teoriia i praktyka derzhavnoho upravlinnia i mistsevoho samovriadvannia*. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf

5. Popov S., Voshko I. Reformuvannia natsionalnykh system okhorony zdorovia: aktualni aspekty zakordonnoho dosvidu. *Aktualni problemy derzhavnoho upravlinnia*: zb. nauk. prats. Odesa: ORIDU NADU, 2021. Vyp. 1(82). 200 s.

6. Saltman R.B., Fyheiras Dzh. Reformy systemy zdavookhraneniya v Evrope. *Analyz sovremennykh stratehiy / per. s anhl.* Moskva: HЭOTAR MEDYTsYNA, 2000. 432 s.

7. Tkachenko V.I. Pervynna medychna dopomoha u sviti: rezultaty 40-richnoi realizatsii Alma-Atynskoi deklaratsii (1978) i maibutnii rozvytok zghidno z Astaninskoiu deklaratsiieiu (2018). *Simeina medytsyna* № 4 (84)/2019. URL: <http://family-medicine.com.ua/article/download/185203/184800/411788>

8. Khudoba O. Zarubizhnyi dosvid derzhavnoho upravlinnia systemoiu okhorony zdorovia: porivnialnyi analiz. *Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriadvannia*. 2014. Vyp. 1(20).

9. Yamnenko T. Medychna reforma: realii Ukrainy ta mizhnarodnyi dosvid. *Yurydychnyi visnyk. Povitriane i kosmichne pravo*. 2018. № 2. S. 116–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18.

10. Rechel B., Richardson E., Martin M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *European Observatory on Health System and Policies*. 2014. 238 r.