

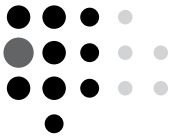
Соціальні наслідки Євроінтеграції України

Система охорони здоров'я

ВАЛЕРІЙ НОВІКОВ, КАТЕРИНА НИКОНЮК

Листопад 2012

- В рамках підписання угоди про Поглиблену зону вільної торгівлі з ЄС Україна долучається до формування абсолютно нового способу творення політики охорони здоров'я, що має поліструктурний характер.
- Україна може стати одним з найперспективніших ринків для медичних корпорацій ЄС. Це вплине на розвиток приватного ринку медичних послуг. Транснаціональні компанії принесуть з собою і загострення конкуренції, і новий важливий досвід.
- Інституціональні механізми й організаційні заходи націлені на реструктуризацію системи медико-санітарної допомоги, яка має бути спрямована на детермінанти здоров'я і відповідати сучасним підходам, викладеним у європейській політиці «Здоров'я 2020».
- Розроблено шляхи активізації недержавних структур у забезпеченні доступу населення України до медичних послуг, пропонуються заходи нового характеру щодо упорядкування ринку, удосконалення ціноутворення на послуги закладів охорони здоров'я та інше.



ЗМІСТ

Передмова	2
1. Які особливості сучасної ситуації в системі охорони здоров'я України?	2
2. Яка політика проводиться в Україні у сфері охорони здоров'я?	4
3. Які зміни у сфері охорони здоров'я можна очікувати внаслідок лібералізації торгівлі?	6
4. Які можливі наслідки очікуваних змін?	10
5. Що потрібно зробити і хто будуть основні гравці?	11
6. Що з досвіду європейських партнерів можна використати?	14
7. Які заходи може взяти Євросоюз для конвергенції з Україною?	15
8. Які загальні висновки можна зробити?	16

Передмова

Сучасні тенденції, що визначають пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я, обумовлені цілями соціально-економічного розвитку країни, в якості яких проголошено сталість економічного зростання, поліпшення добробуту населення, посилення людського потенціалу, підвищення якості медичних послуг і на фоні цього подолання демографічної кризи.

Вивчення ефективності практичної медицини свідчить, що майже 50% приросту динаміки тривалості життя забезпечується клінічним профілактичним і лікувальним обслуговуванням.

Для реалізації соціальної функції охорони здоров'я необхідно вирішити питання використання переваг факторів, які впливають на передчасну смертність. Це значною мірою залежить від ефективності національної системи охорони здоров'я та її важливих складових, зокрема, первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Насамперед, потрібно подолати інерційні чинники збільшення смертності в Україні, на негативну дію яких указують статистичні дані.

Вивчення й оцінка здоров'я населення на основі медичної та економічної статистики, результатів цільових і соціологічних обстежень мають бути підґрунтям для реформування системи охорони, удосконалення організаційно-економічних форм її функціонування.

Зміцнення здоров'я населення потребує державної політики, спрямованої на розвиток та інтенсифікацію ресурсів охорони здоров'я, формування відповідної нормативно-правової бази, підвищення ефективності організаційно-функціональної структури медичного обслуговування населення, переорієнтації медичних закладів переважно з лікування на профілактику захворюваності, забезпечення міжвідомчого і міжгалузевого співробітництва.

1. Які особливості сучасної ситуації в системі охорони здоров'я України?

Стан і розвиток системи охорони здоров'я в країні безпосередньо залежить від економічних, соціальних і демографічних умов. Суспільне здоров'я є точним відображенням рівня добробуту й якості життя населення, сутності та послідовності державної соціальної політики.

Загальноекономічні й соціодемографічні причини захворюваності населення впливають на суспільне здоров'я і викликають стійку патологію в стані здоров'я населення. Економічні умови зміцнення здоров'я і вдосконалення системи його охорони характеризуються витратами суспільства на медичне обслуговування населення. За період 2002-2010 рр. державні ресурси на охорону здоров'я номінально зросли в 5,9 рази, а їх питома вага у ВВП підвищилася з 3,4% до 4,0%. Фактично з поправкою на індекс-дефлятор ВВП витрати збільшилися в 1,6 рази. За даними ВООЗ, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять 6,8%, що характерно для більшості країн Східної і Центральної Європи. Проте за рівнем витрат у розрахунку на особу Україна значно поступається не тільки провідним країнам, але й країнам близького зарубіжжя. У той час як за обсягом ВВП Україна в розрахунку на особу посідає 85 місце в світі, то за витратами на охорону здоров'я – 110¹. Наслідком цього є великий розрив у самооцінці жителями України стану свого здоров'я порівняно з жителями розвинених країн. Тільки 21-23% жителів України вважає стан свого здоров'я добрим, у розвинених країнах їх чисельність становить 64-78%. За даними експертних оцінок, у 40-50% хворих, які перебували в стаціонарах, якість лікування визнана невідповідною.

Недостатні обсяги державного фінансування національної системи охорони здоров'я компенсуються альтернативними джерелами, серед яких значну роль відіграють грошові кошти населення. Питома вага витрат населення, за найбільш обережними оцінками, становить до

1. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. – С. 140-141 (165 с.).

40% загального фінансування медичної галузі. Діяльність на ринку медичних послуг недержавних структур, таких як добровільні страхові організації і лікарняні каси, обмежена і не відіграє істотної ролі у фінансуванні охорони здоров'я. Частина коштів населення, що витрачається на лікування і становить не менше 10% загальних витрат, є тінзовими платежами. На сьогодні це становить більше, ніж 700 млн. грн. на рік².

На фоні наявних і прихованих фінансових тенденцій у сфері охорони здоров'я його значення в лікуванні населення не посилюється, а навпаки – зменшується. Це відбувається тому, що нижній стан охорони здоров'я характеризується обмеженим рівнем доступу населення до медичних послуг, його недостатньою технологічністю, непрогресивними формами організації. Матеріали широкомасштабного дослідження, проведеного Українським центром соціальних реформ, показали, що збільшення фінансування системи охорони здоров'я не спричиняє помітного впливу на уповільнення динаміки смертності й захворюваності населення.

Медико-демографічна ситуація в Україні визначається зменшенням чисельності населення й урбаністичними тенденціями. За тридцять років (1980-2010 рр.) населення України зменшилося з 50,1 до 45,8 млн. При цьому чисельність міських жителів збільшилась із 62,5% до 68,8%, сільських – скоротилася з 37,5% до 31,3%. Темпи зниження сільського населення в 90-ті – 2000-ні роки помітно знизилися порівняно з 80-ми роками, що свідчить про тенденції до стабілізації чисельності сільського населення та його старіння. Процес урбанізації ускладнює проблеми економічного, соціального та медико-демографічного розвитку як у сільській, так і в міській місцевості й підвищує рівень смертності.

Значний вплив на показники смертності спричиняють хронічні захворювання, призводячи до передчасної смертності серед дорослого населення, особливо чоловіків працездатного віку. Порівняно з іншими країнами вони помирають

у ранньому віці й живуть менше років здоровим життям. В Україні структура смертності у 1991-2010 рр. залишається незмінною порівняно з 1979-1991 рр. Основними причинами є неінфекційні хвороби і хронічні стани, передусім у чоловіків працездатного віку. Ними спричинено 82% смертей, 12% – іншими факторами і 6% – інфекційними та харчовими. Рівень смертності чоловіків працездатного віку у 4,2 рази перевищує аналогічний показник по ЄС. В Україні зростання смертності населення працездатного віку, особливо чоловіків, є найгострішою нерозв'язаною проблемою.

На хронічні захворювання страждає більша кількість повнолітнього населення. На сході країни кожна третя особа віком до 40 років хворіє на гіпертонію, на заході їх відсоток становить 47,5%. У віці від 18 до 25 років на гіпертонію страждає 20%³. Аналіз структури коефіцієнтів смертності за основними причинами показує, що у 2010 р. у дорослих перше місце посідають хвороби системи кровообігу: 66,6%, друге – новоутворення: 12,6%, зовнішні причини становлять 6,3%, хвороби органів травлення – 3,8%⁴.

Зростання показників поширеності та захворюваності зумовлюють втрати населення, зменшення тривалості життя та підвищення рівня смертності, в т. ч. передчасної. Прогнози смертності населення мають тенденцію до її підвищення. У 2015 р. в Україні передбачається зростання коефіцієнтів смертності до $17,7 \pm 0,2$ у розрахунку на 1000 населення. Найвищі рівні передбачаються в Північно-Східному ($21,2 \pm 0,2$) та Південно-Східному регіонах ($18,8 \pm 0,2$). Найбільші темпи зростання (на 12%) прогнозуються в Південному регіоні. Смертність від хвороб кровообігу може досягти $1174,7 \pm 10,1$ на 100 тис. населення, що більше, ніж у 2010 р., на 15,8%⁵.

Медико-демографічні дані свідчать про кризо-

2. В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / Україна. Здоров'я нації. Науково-практичне видання. - № 1(10) / 10. - С. 7. (5-23 с.).

3. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. – С. 26. (165 с.)

4. Статистичний щорічник України за 2009 рік. – с.341. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство України», 2010. – с. 559.

5. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. – С. 51-52. (165 с.); Статистичний щорічник України за 2009 рік. – с.340. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство України», 2010. (559 с.)

вий стан здоров'я населення, який обумовлений не тільки системою охорони здоров'я, але й значною мірою умовами життя, рівнем добробуту та його динамікою. Державні видатки на медичне обслуговування характеризують як доступність лікування, так і реально відбивають позицію уряду щодо захисту населення від надання платних медичних послуг. Із точки зору ВООЗ, питома вага видатків на медицину менше 4-5% ВВП не дозволяє забезпечити доступність медичної допомоги⁶. В Україні динаміка цього показника нестійка і за останній рік виявила тенденцію до зниження. В цілому протягом 2000-2011 рр. видатки були нижче параметрів, визначених ВООЗ і становили 2,9-3,7% до ВВП.

Недостатній рівень державного фінансування охорони здоров'я зумовлює розповсюдження платності медичного обслуговування. Оплата населенням медичних послуг спостерігається по всіх соціально-економічних групах. Обсяг і динаміка витрат домогосподарств на платне медичне обслуговування залежать від рівня їх доходів. Саме грошові доходи визначають можливість розширення платоспроможного попиту на медичні послуги. Посилення диференціації доходів від'ємно впливає на попит населення на послуги охорони здоров'я і навпаки.

Порівняно з 2004 р. залежність попиту на платні медичні послуги від середнього доходу домогосподарств (з урахуванням диференціації) помітно посилилась. Дані наведеної таблиці 1 показують, що система платного обслуговування населення набула стійкої і висхідної динаміки.

Таблиця 1. Прогнозні показники попиту на платні послуги (у розрахунку на 1 споживача, %)

Роки	Лог-лінійна		
	Оптимістична	Реалістична	Песимістична
2010	100,0	100,0	100,0
2011	1,712	1,658	1,610
2012	2,125	2,136	2,042
2013	2,712	2,689	2,481

6. Каткова И.П., Андриюшина Э.В. Финансовая устойчивость здравоохранения и увеличения ожидаемой продолжительности жизни: тенденции и взаимосвязи / Народонаселение. – 2012. – №1. – С. 35.

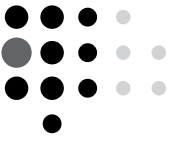
2. Яка політика проводиться в Україні у сфері охорони здоров'я?

Державна політика у сфері охорони здоров'я населення повинна ґрунтуватися на наступних принципах:

- відповідальність держави і суспільства за охорону здоров'я;
- розвиток суспільної й індивідуальної профілактики;
- доступність профілактичної і лікувальної допомоги;
- особиста відповідальність за стан здоров'я;
- інтеграція охорони здоров'я в комплекс заходів по захисту навколишнього середовища, подолання бідності, реалізації демографічної політики і політики ресурсозбереження;
- гуманізація процесу медичного обслуговування населення, дотримання норм етики і деонтології;
- розвиток міжнародного співробітництва у медичній сфері.

На створення системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення і забезпечить реалізацію зазначених принципів, спрямована загальнодержавна програма «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 рр. Основний акцент робиться на модернізації системи первинної медико-санітарної допомоги та профілактиці неінфекційних захворювань. Результатами цих дій має стати покращення доступу населення до медичних послуг та підвищення рівня профілактики і раннього виявлення неінфекційних хвороб.

На сучасному етапі реформування системи медичного обслуговування населення пріоритетним вважається здійснення структурно-функціональних перетворень у медико-санітарній та стаціонарній допомозі. Завдання полягає в розмежуванні первинної і вторинної медичної допомоги і переході на госпітальні округи, підвищенні



ефективності діяльності стаціонарних закладів.

З цією метою здійснюється пілотний проект реформи у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві. Першочергова роль відводиться модернізації амбулаторно-поліклінічних закладів, на які припадає 80-90% усіх відвідувань. Реструктуризація амбулаторної допомоги відбуватиметься шляхом застосування моделі сімейної медицини. Впровадження інституту сімейного лікаря/лікаря загальної практики наблизить надання медико-санітарної допомоги до населення, вдвічі знизить рівень потреби у швидкій медичній допомозі, на 20-40% – у консультаціях спеціалістів і на 17-20% – у стаціонарному лікуванні⁷.

У ході здійснення експерименту з реформування медичної галузі простежується лінія на розмежування лікувальних функцій у межах єдиного економічного закладу – поліклініки або лікарні. У центральній районній лікарні, наприклад, виокремлюються три юридично самостійні структури: центр первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичний центр, лікарня. При такому підході є очевидні позитиви, але й виникає багато складних організаційно-юридичних та організаційно-економічних питань, пов'язаних із бюджетуванням, удосконаленням менеджменту організації.

З точки зору медико-санітарних і соціально-економічних підходів прийнятною, з огляду на результати експерименту, проведеного в м. Комсомольську Полтавської області, виглядає приватнопрактикуюча модель сімейної медицини. Для впровадження даної моделі необхідно:

- вдосконалити Бюджетний кодекс для впровадження системи, де фондоотримувачем є сімейний лікар, який розраховується за надані послуги з іншими фахівцями і службами, лікувальними закладами різних бюджетних рівнів;
- забезпечити правову урегульованість договір-

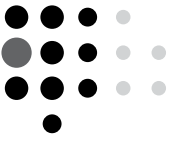
них відносин між сімейним лікарем і пацієнтом, лікарнею, органами місцевого самоврядування;

- визначити оптимальні форми організації функціонування мережі закладів і фахівців ПМСД на засадах сімейної медицини, якими можуть бути контракт, приватна практика, функціонування в штаті закладу і т.п.;
- ліквідувати диспропорцію у фінансуванні ПМСД і спеціалізованої допомоги, яка пов'язана зі збереженням значної кількості вузькопрофільних фахівців на всіх рівнях медичної допомоги;
- подолати інертність керівників районної і міської ланки у впровадженні сімейної медицини;
- закупити діагностичне і лікувальне обладнання, необхідне сімейному лікарю в розрізі його функціональних обов'язків;
- удосконалити програми підготовки сімейного лікаря;
- підвищити рівень фінансування з державного бюджету заходів, передбачених постановами Кабінету Міністрів України щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я.

Роль і значення місцевих органів влади у розвитку й оптимізації медичного обслуговування населення на сучасному етапі структурного реформування системи охорони здоров'я значно підвищується і потребує адекватних механізмів реалізації. Вони мають базуватися, по-перше, на застосуванні державних соціальних гарантій і стандартів, а також норм, правил і фінансових нормативів, що робить їх використання невід'ємною складовою державної політики на місцевому рівні. По-друге, на застосуванні програмного методу бюджетування. Цільовий бюджет сприяє встановленню зв'язку між використаними ресурсами і досягнутими результатами.

Ефективному виконанню місцевими органами влади своїх функцій заважає низький рівень управління, слабка роль стратегічного поточного планування, відсутність належного рівня договірних відносин, наслідком чого є недостатня бюджетна

7. Яким бути сімейному лікарю? : інтерв'ю з начальником відділу профілактики та первинної медико-санітарної допомоги Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України К. Надутим // газ. Ваше здоров'я. – 2012. – 1 червня. – с. 4.



самостійність місцевих органів влади у здійсненні своїх повноважень. Так, частка трансфертів (дотацій вирівнювання) у структурі доходів місцевих бюджетів доволі велика: 44,5% у 2008 р., 46,7% – у 2009 р., 49,1% у 2010 р., 52,8% – р. у 2011 р.⁸

3. Які зміни у сфері охорони здоров'я можна очікувати внаслідок лібералізації торгівлі?

Гармонізація політики ЄС та України у сфері охорони здоров'я

Оскільки Україна не є офіційним кандидатом на вступ до ЄС, в рамках переговорного процесу з приводу поглибленої зони вільної торгівлі (ПЗВТ) було досягнуте компромісне рішення щодо селективного долучення держави до *Acquis communautaire* Спільноти (так званого спільного доробку). Однак, подальше поглиблення взаємозв'язків між Україною та ЄС, розширення міжінституційного співробітництва є об'єктивним та невідворотним процесом, а отже національна система охорони здоров'я не зможе бути ізольованою від загальноєвропейських процесів та законів.

Конвергенція політик у сфері охорони здоров'я стане надзвичайно складним процесом системних змін в законодавстві України, адже потребує запровадження цілої низки законодавчих заходів:

- 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»;

8. Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ; напрями раціоналізації та підвищення ефективності. Т. 4. Державні соціальні видатки. – ДННУ. – К., 2011. – С. 410, 416. (607 с.)

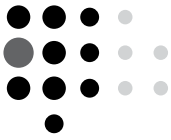
- чітке формування прозорих механізмів регуляції приватного сектору охорони здоров'я;
- розроблення та запровадження нормативної бази, що фіксує умови виведення на міжнародні ринки українських виробників медичних послуг, а також умови експансії європейських компаній на вітчизняний ринок.

У свою чергу політика ЄС у сфері охорони здоров'я є надзвичайно складним феноменом, оскільки передбачає наявність двох рівнів формування політики охорони здоров'я – національного та наднаціонального. Згідно з принципом субсидіарності саме на національному рівні відбувається формування основних засад політики, приймаються рішення щодо моделі організації та фінансування систем охорони здоров'я. З одного боку, це ускладнює імплементацію програм та рішень, які приймаються органами Європейського Союзу, оскільки обов'язковою вимогою є їх схвалення усіма 27-ма державами-членами. З другого боку, національні уряди залишаються основними відповідальними за додержанням соціальних стандартів з урахуванням специфічних потреб та інтересів населення країни.

Українська сторона повинна бути готовою до того, що рішення прийняті на наднаціональному рівні органами ЄС в будь-якому разі впливатимуть на вітчизняну політику охорони здоров'я. Цей вплив може бути здійснений прямо, непрямо та ускладнено (табл.2).

Треба відзначити також, що компетенції ЄС у сфері охорони здоров'я були значно розширені новою Білою книгою «Разом до здоров'я: стратегія ЄС на 2008-2013 рр.». Цей документ містить фундаментальні положення політики охорони здоров'я ЄС, що мають бути узгоджені не лише державами-членами ЄС, а й враховані Україною в рамках реалізації Угоди про ПЗВТ.

Принципи наведеної вище стратегії покладені в основу роботи «інституційного трикутника ЄС»: Європейської Комісії, Європарламенту, Ради ЄС та їх структурних підрозділів – комітетів, агенцій, комісій та фондів, що розробляють та



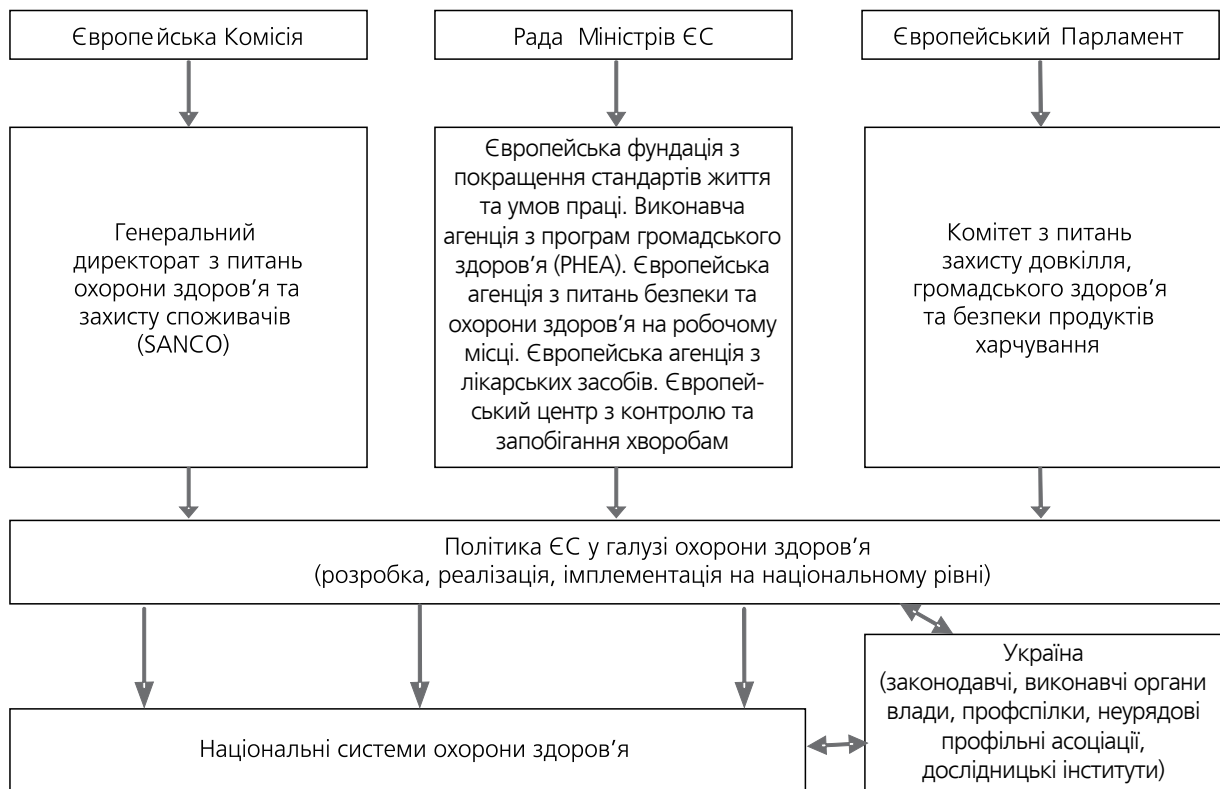
Таблиця 2. Основні способи творення політики охорони здоров'я ЄС

Вид	Ознаки
Прямий	ЄС визначає основні завдання політики охорони здоров'я, а також механізми її реалізації: законодавчий та організаційний, коли йдеться про створення фондів та кооперацію між країнами-учасницями
Опосередкований	ЄС за мету ставить вирішення певного питання, що не стосується охорони здоров'я, проте наслідком даної діяльності є певні видозміни або результати щодо здійснення політики охорони здоров'я.
Ускладнений	В процесі реалізації економічної або соціальної політики можливі незаплановані ефекти у галузі охорони здоров'я.

реалізують політику охорони здоров'я в межах компетенцій ЄС, з якими відтепер необхідно налагодити співробітництво Верховній Раді та Кабінету міністрів України, професійним спілкам, неурядовим профільним асоціаціям та дослідницьким інститутам (рис. 1). Механізми активізації гармонізаційних процесів вже закладені у Директиві ЄС «Про права пацієнтів на отримання транскордонної медичної допомоги».

На сьогоднішній день Україна в рамках Угоди про ПЗВТ долучається до формування абсолютно нового способу творення політики охорони здоров'я, що має поліструктурний характер. В майбутньому розподіл сфер відповідальності між різними рівнями та мобілізація ресурсів, сприятимуть не лише покращенню стану здоров'я населення в межах ЄС та України, а й ефективному реформуванню національної системи охорони здоров'я.

Рис. 1. Міжінституційне співробітництво ЄС та України у сфері охорони здоров'я



Конвергенція моделей охорони здоров'я: організаційні та фінансові чинники

Складність процесу конвергенції полягає в тому, що на сьогоднішній день модель охорони здоров'я ЄС не є гомогенним утворенням, включаючи в себе 27 специфічних систем організації та фінансування охорони здоров'я. Незважаючи на це, можна виокремити ряд параметрів, що відбивають спільні риси і згрупувати країни ЄС відповідно до переважаючої форми фінансування охорони здоров'я: з бюджету, або на основі медичного страхування, а також наявності альтернативних форм, що її доповнюють (табл.3).

В ході вирішення проблеми скорочення видатків бюджету (в середньому 7-10% від ВВП по ЄС) аналітики віднесли всі системи охорони здоров'я ЄС, враховуючи форму організації та фінансування, до двох основних моделей: модель Бісмарка і модель Беверіджа.

Модель Бісмарка фінансується за рахунок системи соціального страхування. Обов'язковою при цьому є наявність великої кількості конкуруючих між собою страхових компаній (таких як «Кранкенкассен» в Німеччині), що організаційно є відокремленими від постачальників медичних послуг. Модель Беверіджа передба-

чає, що фінансування і управління системами охорони здоров'я повинно бути повністю або частково централізованим, за зразком Національної Служби Здоров'я у Великобританії.

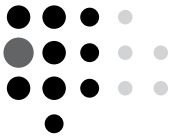
Згідно з об'єктивними оцінками рейтингу найбільш ефективних систем охорони здоров'я (Euro Health Consumer Index Report), що публікує шведська компанія Health Consumer Powerhouse з 2005 по 2012 рр., верхні щаблі в ньому стабільно посідають переважно ті системи охорони здоров'я, що відповідають моделі Бісмарка. Лише декілька північних країн, що запровадили модель Беверіджа, посіли досить високі місця в рейтингу, за рахунок невеликої кількості населення та відповідно досить легкої керованості системи¹⁰. Натомість великі країни виявляють неспроможність забезпечувати достатньо високий рівень медичних послуг. Так Великобританія та Італія з 2005 по 2012 рр. опиняються в середині рейтингової таблиці за рахунок неприпустимо довгих листів очікування, значного нормування обсягу та виду послуг, що надаються населенню, вагомих відрахувань з державного бюджету, складності впровадження медичних інновацій.

Враховуючи рівень диференціації соціально-економічного розвитку України, найбільш прийнятною могли б стати елементи моделі Бісмарка:

Таблиця 3. Моделі фінансування системи охорони здоров'я в деяких країнах ЄС

Країни	Домінуюча система фінансування	Додаткові джерела надходжень
Фінляндія, Греція, Італія, Швеція, Іспанія, Об'єднане Королівство, Кіпр	Державна, шляхом оподаткування	Добровільне приватне страхування, прямі платежі
Данія, Португалія, Естонія	Державна, шляхом оподаткування	Прямі платежі
Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Чехія, Словаччина, Угорщина	Державне обов'язкове медичне страхування	Добровільне приватне страхування, прямі платежі, державне оподаткування
Нідерланди, Латвія	Поєднання обов'язкового та приватного добровільного фінансування	Державне оподаткування, прямі платежі

10. Arne Bjornberg, Ph.D. Euro Health Consumer Index Report 2012.



- запровадження системи медичного страхування (державної та приватної, з метою створення конкурентного середовища на ринку медичного страхування);
- збереження за державою функції надання медичної допомоги та послуг малозабезпеченим верствам населення;
- забезпечення автономності постачальників медичних послуг та страхових компаній;
- наявність альтернативних джерел фінансування галузі (державних та приватних).

Формування конкурентного середовища

Прийнята у 2011 р. Директива ЄС «Про права пацієнтів на отримання транскордонної медичної допомоги» засвідчує остаточний перехід Спільноти до неоліберальної парадигми охорони здоров'я. Відповідно до цього документу ринок медичних послуг ЄС вже найближчим часом зазнає суттєвих змін:

- пришвидшиться процес конвергенції національних моделей охорони здоров'я задля створення єдиної європейської моделі;
- постачальники медичних послуг з різних країн отримають рівні умови ведення бізнесу порівняно зі своїми місцевими конкурентами в межах ЄС;
- споживчий попит на медичні послуги не обмежуватиметься кордонами певної держави-члену ЄС;
- дотримання принципу повної свободи підприємницької діяльності на ринку медичних послуг як для місцевих, так і транснаціональних компаній.

Усунення перешкод для транскордонного функціонування медичних корпорацій стане новим поштовхом для експансії за межами ЄС. Одним з векторів є Центральна та Східна Європа. Даний ринок європейські медичні компанії почали завойовувати ще у 2004 р. Піонера-

ми стали Medicover та Euromedic International (Medicover вже представлений в Україні мережею діагностичних центрів «Сінево»)¹¹. Нові умови ведення бізнесу в межах ЄС зроблять східноєвропейський ринок привабливішим, а відтак можна очікувати другу, більш потужну хвилю експансії.

В розрізі підписання Угоди про ПЗВТ, Україна може стати одним з найперспективніших ринків для медичних корпорацій ЄС (багатопрофільних та тих, що надають безпосередньо медичну допомогу), враховуючи гармонізацію політик, узгодження регуляторного поля та міжінституційне співробітництво між сторонами. В першу чергу, це вплине на розвиток приватного ринку медичних послуг. Окрім загострення конкуренції, транснаціональні корпорації принесуть з собою новий важливий досвід:

- кваліфікована організація роботи медичних закладів;
- надання висококласних послуг пацієнтам;
- повна комп'ютеризація роботи внутрішніх та зовнішніх процесів медичних установ;
- сучасні методики лікування та діагностики;
- проведення міжнародних воркшопів, феллоушипів та операційних сесій серед медиків.

Транснаціональні компанії запропонують на вітчизняному ринку медичне страхування, надання послуг щодо лікування та діагностики медичних станів, інжиніринг (організація роботи клінік та медичних центрів з точки зору вибору приміщення та обладнання, підтримка його ефективного та безпечного функціонування, організація ремонтних робіт і т.д.). Розгортання процесів злиття та поглинання, в першу чергу, вплине на підвищення якості послуг, що надаються населенню, покращення умов праці та рівня заробітних плат медичних працівників. Побоювання щодо значного підвищення вартості медичних

11. Jane Lethbridge European healthcare services and multinational companies: Major trends and eligibility for European Works Councils/EPSC: September 2007 – P.7-18.

послуг немає підґрунтя, оскільки ціни вітчизняних приватних закладів охорони здоров'я (середній клас, середній клас плюс та віп) вже досить давно є співставними з європейськими.

Окрім злиттів та поглинань можливі альтернативні види співпраці європейських та українських закладів охорони здоров'я:

- інтенсивне залучення транснаціональних медичних компаній до постачання медичних та немедичних послуг державному та приватному сектору¹²;
- операційний та стратегічний менеджмент медичних закладів на контрактних основах в рамках державно-приватних товариств.

Такі форми співробітництва сприятимуть обміну позитивним досвідом між учасниками ринку, полегшать діяльність міжнародних корпорацій у національному регуляторному полі, зроблять їх діяльність прозорою для державних органів влади.

4. Які можливі наслідки очікуваних змін?

В країнах ЄС частка приватного ринку медичних послуг в окремих випадках перевищує 50% і має чітку тенденцію до зростання. В Україні вона становить менше 1%. Частково за рахунок цього госпіталізація в державних лікарнях скоротилась майже на 20%, а частота викликів державної «швидкої допомоги» – на третину.

Складність аналізу полягає в тому, що приватна медицина розвивається в Україні досить безсистемно. Так в загальній кількості приватних медичних закладів лікувально-профілактичні клініки складають лише 10%, тоді як стоматологічні заклади – 75% (рис. 2).

При цьому повноцінних багатoproфільних приватних клінік в Україні налічується не більше 50-ти, проте лише 10 з них становлять крупні, що

12. Немедичні послуги – прибирання, харчування в медичних закладах, підбір немедичного персоналу.

Рис. 2. Структура приватних закладів охорони здоров'я в Україні, станом на 2011 рік¹³.



провокує асиметрію в рівнях конкуренції у галузі.

Обсяги українського приватного ринку медичних послуг можуть щорічно зростати на 10-15%, однак для цього необхідне подальше вдосконалення нормативно-правової бази.

Величезним стимулом і водночас загрозою для розвитку приватного сектору охорони здоров'я України має стати закріплення на українському ринку провідних європейських медичних компаній. Під впливом цього процесу можна очікувати: створення умов для 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 форми власності.

Позитивним наслідком можна вважати те, що конкуренція з європейськими провайдерами змусить вітчизняні 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.

13. Держкомстат.

Спрощення візового режиму розкриє можливість для спеціалістів у сфері медицини обмінюватись досвідом з найкращими фахівцями в рамках міжнародних конференцій, воркшопів, феллошипів, операційних сесій, різноманітних програм стажування.

Лібералізація умов торгівлі між Україною та ЄС в недалекій перспективі може знизити вартість якісного інноваційного медичного обладнання для облаштування як державних, так і приватних закладів охорони здоров'я. Таким чином ширші верстви населення України матимуть змогу отримувати лікувальні та діагностичні процедури, що відповідають високим стандартам ЄС.

За рахунок конкуренції з європейськими медичними закладами 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 та запровадження альтернативних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я: державні, приватні (особисті та корпоративні) страхові фонди; кредитні програми для оплати медичних послуг; допомога міжнародних урядових та неурядових організацій.

Гармонізація стандартів, 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: медичний туризм; відкриття філій українських медичних центрів у Європі; інтеграція з альянсами європейських постачальників медичних послуг; реалізація міждержавних програм та програм, що фінансуються ЄС; обмін спеціалістами та стажування українських студентів.

5. Що потрібно зробити і хто будуть основні гравці?

Основною метою впроваджуваних заходів по-

винна стати реструктуризація системи охорони здоров'я з метою посилення її конкурентних позицій і підвищення якості надання медичних послуг.

Ухвалення законодавчих актів щодо вдосконалення системи охорони здоров'я

Протягом останніх років, незважаючи на вдосконалення методів бюджетного планування, зокрема, застосування нової бюджетної класифікації витрат і розширення зони відповідальності місцевих органів влади за якісне надання медичних послуг, помітних змін у формуванні дохідної бази місцевих бюджетів не відбулося. Для їх удосконалення, передусім, необхідно визначення вартості медичних послуг за клініко-статистичними групами; запровадження структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів медичного обслуговування населення, а також договірних відносин між органами місцевого самоврядування та постачальниками послуг охорони здоров'я.

Підвищення ролі недержавних структур у розбудові системи охорони здоров'я

Об'єднання фінансових і матеріальних ресурсів держави і бізнесу набуває в сучасних умовах економічного розвитку першорядного значення для розвитку медичних закладів. Складові державно-кооперативного механізму фінансової сталості охорони здоров'я включають три компоненти: соціально відповідальний бізнес, державно-приватне (публічно-приватне) партнерство та соціальний діалог.

Соціальна відповідальність бізнесу передбачає добровільну позитивну реакцію підприємців на вирішення соціальних проблем суспільства. Такий підхід зумовлює не тільки виконання роботодавцем існуючих нормативних правил і законів, але і бажання сприяти поліпшенню соціально-економічної ситуації понад вимог, визначених у законодавчих актах.

Для європейських корпорацій соціально відповідальна діяльність є звичним правилом. В Україні соціальна політика до цього часу не-

достатньо враховувала потенційно широкий спектр корпоративної підтримки охорони здоров'я. Як результат домінуюча роль у соціальної політиці стала належати державі. Однак, як показала багаторічна практика, держава не в змозі повномасштабно забезпечити розвиток інфраструктури медичного обслуговування населення. Розв'язання цієї проблеми може бути знайдено на шляху зміни статусу медичних закладів із бюджетного на автономний, що розширить участь недержавних організацій у ринкових відносинах і забезпечить детінізацію фінансування охорони здоров'я.

Значущим інституціональним інструментом розвитку медичної інфраструктури має стати державно-приватне партнерство, в рамках якого здійснюватиметься співробітництво між територіальними громадами та юридичними або фізичними особами в порядку, встановленому Законом України «Про державно-приватне партнерство».

Диференціація медичних послуг

З метою скорочення витрат бюджету на охорону здоров'я, деякі країни ЄС (Великобританія, Італія, Німеччина та ін.) й досі використовують систему нормування медичних послуг. Внаслідок цього обмежується свобода вибору пацієнта, а також доступність медичних послуг (черги), хоча, як засвідчує досвід, значної економії бюджетних коштів так і не вдається досягти.

З цієї точки зору, більш вдалим механізмом є диференціація медичних послуг на ті, які повинна оплачувати держава, та ті, які мають сплачуватись з кишені пацієнта. Наприклад, шведський дослідник Арне Бьйорнберг розробив систему диференціації медичних послуг за категоріями¹⁴: «ті, що рятують життя» (фінансуються державою); та «ті, що покращують життя (фінансуються безпосередньо за рахунок коштів пацієнтів (табл.4)

Таблиця 4. Диференціація медичних послуг

Фінансуються державою частково або повністю			Не фінансуються державою
Серцеві напади та інфаркти	Реабілітація	Варикоз	Нескладні випадки хвороб з 2-ї та 3-ї колонок
Протиракова терапія	Катаракта	Естрогенове лікування	Початкові форми варикозу
Складна психіатрія	Мігрень	Зменшення грудей	Лікувальна гімнастика
Важкі випадки інфекційних хвороб	Гонорея та хламідія	Заміна стегнових а колінних суглобів	Переважає кількість стоматологічних процедур
Важкі травми	Ракова хірургія	Простатит	Естетична пластична хірургія
Ускладнені пологи	Важкі випадки хвороб суглобів	Дерматологічні проблеми	Лікування травмами
Ургентні виразки	Коронарні операції	Мамографія	Ліпосакція
Комплексне лікування людей похилого віку	Виразкові хвороби середньої тяжкості	Діагностика СНІДУ	Альтернативна медицина
	Лікування людей похилого віку з хворобами середньої тяжкості	Люди похилого віку з нескладними діагнозами	Лікування алкогольної та наркотичної залежності
Життєва необхідність			Додаткова потреба

14. Arne Bjornberg, Ph.D. The Great Healthcare Paradigm Shift- Building the Largest Service Industry in Society: 2005/11/21 – p. 20.

В наведеній таблиці перша колонка (зліва направо) містить процедури, що рятують життя і їх можна віднести до медичної допомоги. Друга та третя колонки містять лікувальні заходи спрямовані на усунення менш складних форм тих хвороб, що є у першій колонці. Обсяг процедур, що фінансуються державою, (одна, дві чи всі три колонки) напряму пов'язують із соціально-економічним розвитком країни. Враховуючи вітчизняні реалії та матеріальну незабезпеченість населення, держава за рахунок бюджетних коштів може сплачувати процедури, що містяться в першій колонці. Зважаючи на це, в Україні необхідно розвивати альтернативні джерела фінансування медичних послуг, які не можуть бути цілком покриті за державний кошт: через державні, приватні (особисті та корпоративні) страхові фонди; кредитні програми для оплати медичних послуг; допомогу міжнародних урядових та неурядових організацій.

Розробка методики ціноутворення на платні медичні послуги

На сучасному етапі державні заклади охорони здоров'я копіюють методику ціноутворення, властиву системам єдиного платника, тобто «з гори». Ціни на послуги формуються на основі даних про споживання за попередній рік, кількості та місткості державних закладів охорони здоров'я та припущень посадовців. Ціноутворення в приватних клініках майже не контролюється державою, і окрім об'єктивної собівартості наданого продукту включає довільну економічно необґрунтовану надбавку медичного закладу.

Враховуючи досвід європейських країн, ціни на платні медичні послуги необхідно розраховувати, враховуючи: платоспроможність населення; попит населення; собівартість продукту (затрати матеріальних та людських ресурсів); можливу надбавку за клас закладу (що передбачає наявність умов підвищеного комфорту отримання амбулаторного та стаціонарного лікування) та кваліфікацію лікаря.

Розробка та вдосконалення інформаційних баз даних

Жорстка конкуренція та необхідність відповідати високим європейським стандартам в медицині в рамках ПЗВТ змусить як державні, так і приватні заклади охорони здоров'я налагодити повну комп'ютеризацію процесів у лікарнях. Це стане передумовою для формування інформаційної бази даних системи охорони здоров'я України, що має включати:

- створення електронних медичних карток та історій хвороб пацієнтів;
- електронні протоколи проведення лікувальних та діагностичних процедур, доступ до яких через мережу Інтернет повинен мати кожен пацієнт;
- прозора звітність про діяльність медичних компаній, доступна на власних сайтах установ та на сайті Державної служби статистики;
- створення недержавними профільними організаціями рейтингів лікарів та медичних закладів, які безкоштовно або платно можуть бути доступні безпосереднім споживачам медичних послуг;
- долучення до рейтингів якості медичного обслуговування, що вже існують у ЄС.

Створення інформаційної бази забезпечить право громадян на прийняття поінформованого рішення щодо вибору постачальника медичних послуг, дозволить державі контролювати діяльність медичних закладів, надасть можливість участі у міжнародних рейтингах, що зробить реальним проведення компаративного аналізу ефективності систем охорони здоров'я з метою реформування та вдосконалення вітчизняної.

Ухвалення нормативної бази, що регулюватиме діяльність закордонних компаній на ринку України

Співпраця з європейськими постачальниками медичних послуг потребуватиме від української сторони вдосконалення нормативної бази, що передбачає наступні кроки:

- імплементацію положень Директиви ЄС

«Про права громадян на отримання кросскордонної медичної допомоги»;

- розробка стратегії розвитку системи охорони здоров'я України з урахуванням Білої книги ЄС «Разом до здоров'я: стратегія ЄС на 2008-2013 рр.»;
- гармонізація українського та європейського конкурентного законодавства.

Співробітництво українських органів влади з інституціями ЄС

З метою стимулювання проведення ефективної реформи системи охорони здоров'я в рамках реалізації Угоди про ПЗВТ Верховній Раді та Кабінету міністрів України, професійним спілкам, неурядовим профільним асоціаціям та дослідницьким інститутам необхідно налагодити співробітництво з так званим «інституційним трикутником ЄС», що складається з Європейської Комісії, Європейського Парламенту та Ради ЄС у особі їх структурних підрозділів – комітетів, агенцій, комісій та фондів, що розробляють та реалізують політику охорони здоров'я в межах компетенцій ЄС.

6. Що з досвіду європейських партнерів можна використати?

У Польщі за останні 20 років проведені реформи системи охорони здоров'я, спрямовані на розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Запроваджено координуючу роль лікарів сімейної практики в процесі надання медичної допомоги населенню, забезпечені умови для створення фондів лікарів загальної практики.

Наслідком реформування системи охорони здоров'я в Польщі є перерозподіл коштів на користь ПМСД. Польська практика демонструє переваги солідарної системи медичного обслуговування населення, в яку органічно включено інститут сімейної медицини як структурної ланки страхової організації охорони здоров'я.

Страхова модель передбачає організаційну і фінансову самостійність закладів охорони здоров'я.

Серед лідерів-реформаторів систем охорони здоров'я аналітики називають Чеську Республіку та Словаччину, що досягли значного скорочення бюджетних витрат на охорону здоров'я, відійшовши від загальнодержавного планування розподілу ресурсів у галузі на користь ринкових важелів. Загалом Чеська Республіка завжди була лідером серед країн Центральної та Східної Європи у рейтингу ефективності систем охорони здоров'я ЕНСІ¹⁵. Не виключенням став і звіт ЕНСІ за 2012 р., в якому країна посіла 15 місце (рейтинг включає 27 країн ЄС, а також Норвегію, Швейцарію, Албанію, Македонію, Ісландію та Сербію), поступившись лише однією сходинкою Німеччині. Також ефективними слід вважати реформи у Словаччині, яка у 2012 р. піднялася в рейтингу з 28-го на 16 місце, запровадивши систему відкритого бенчмаркінгу між лікарнями.

Спільною рисою процесу реформування систем охорони здоров'я в нових державах-членах ЄС є розробка та імплементація на національному рівні прогресивного законодавства. Воно обов'язково передбачає пріоритетність захисту прав пацієнтів, запровадження системи електронних медичних карток, створення спеціалізованих каталогів, що містять рейтинги постачальників медичних послуг (відповідно до якості медичних послуг, які вони надають) та лікарів.

Важливим аспектом реформи є вдосконалення медичної статистики, що сприяє прозорості діяльності учасників ринку медичних послуг, дає можливість виявляти слабкі сторони системи загалом та оцінювати ефективність окремих її суб'єктів. Саме завдяки удосконаленню медичної статистики Естонії, Чехії та Словаччині вдалося продемонструвати найкращі показники ефективності фінансування галузі охорони здоров'я серед країн ЄС.

Відповідно до рейтингу ЕНСІ Чехія та Хорватія є

15. Arne Bjornberg, Ph.D. Euro Health Consumer Index Report / 2012.

лідерами серед країн ЦСЄ по боротьбі з корупційністю систем охорони здоров'я. Так, наприклад, прозоре та стабільне регуляторне поле дозволяє Хорватії досить успішно розвивати медичний туризм, що могло б стати й в Україні досить перспективною конкурентною перевагою вітчизняних постачальників медичних послуг.

Реформа систем охорони здоров'я в нових державах-членах ЄС спрямована на впровадження ринкових засад, а також наділення більшими правами пацієнтів (тепер вже як споживачів медичних послуг). Так, відтепер у Словенії кожен громадянин має доступ до каталогів постачальників медичних послуг, що розкривають як позитивні, так і негативні їх характеристики. В Литві все більшої ваги набирають неурядові організації щодо захисту прав пацієнтів. В Угорщині розроблено сервіс Doctor Info (реєстр лікарів), каталог лікарень, фармакопею та інші джерела спеціалізованої інформації, що дозволяють пацієнтам робити самостійне інформоване рішення щодо постачальника медичних послуг. Варто також зазначити, що саме нові держави-члени ЄС є лідерами з розвитку так званого E-Health, що включає в себе телемедицину, повний відхід медичних закладів від ведення записів на паперових носіях інформації і їх зміна на електронні, що сприяє обміну досвідом між лікарями на міжнародному рівні.

Чехія, Естонія, Литва, Хорватія значно покращили ефективність систем охорони здоров'я. Уряди країн не копіювали певні існуючі моделі, а розробляли власні, з урахуванням як національної специфіки, так і необхідності застосування сучасних інновацій в медицині.

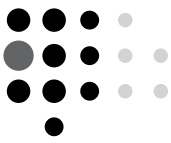
7. Які заходи може взяти Євросоюз для конвергенції з Україною?

Конвергенція ЄС та України у галузі охорони здоров'я потребує двосторонніх зусиль. З метою налагодження ефективного процесу співробітництва Європейська Комісія, зокрема представники SANCO (Генеральний директорат з питань охорони здоров'я та захисту спо-

живачів), проводить потужну консультативну роботу зі співробітниками профільних вітчизняних міністерств. Результатом такої роботи стало створення спільного Підкомітету № 7 «Наука та технології, дослідження та розробки, освіта, культура, громадське здоров'я, інформаційне суспільство та медіа» Комітету з питань співробітництва між Україною та ЄС, на засіданнях якого відбувається обговорення поточного стану та прогресу імплементації основних нормативів ЄС у галузі охорони здоров'я до українського законодавства, зокрема вже погоджено між сторонами розділ «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

Крім того бажано продовжувати практику, коли Європейська Комісія фінансує проведення відеоконференцій для представників МОЗ України з основними профільними посадовцями ЄС та їх участь у засіданнях Комісії. Наразі зі стороною ЄС опрацьовані директиви з трансплантації, якості та стандартів продуктів крові, тютюну, інфекційних хвороб. Підготовлено та підписано на початку 2010 р. Меморандум про взаєморозуміння та співробітництво між МОЗ України, МВС України та Європейським Моніторинговим Центром з наркотиків та наркотичної залежності. Крім того у 2012 р. представники МОЗ брали участь у засіданні Європейської Комісії з питань ВІЛ/СНІДу (15 HIV/AIDS Think Tank Meeting), де обговорювались питання реалізації «Плану дій щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Європі на період до 2013 р.».

Доцільно продовжувати на постійній основі співпрацю МОЗ з Європейським центром контролю і профілактики захворювань (ECDC), який відповідає за епідеміологічний нагляд, моніторинг епідеміологічної ситуації в країнах ЄС та надання безпосередньої допомоги у разі виникнення спалахів інфекційних захворювань. Крім того особлива увага повинна приділятися питанням імплементації Рамкової Конвенції з питань контролю тютюну, впровадженню Медико-санітарних правил, налагодженню контактів щодо обміну інформацією з невідкладних питань у галузі охорони здоров'я, що мають міжнародне значення.



8. Які загальні висновки можна зробити?

Українська система охорони здоров'я на сьогодні не здатна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність і належну якість, необхідний рівень профілактики захворюваності, зниження смертності. Тому одним із основних пріоритетів політики реформ стає суттєве поліпшення функціонування системи медичного обслуговування населення, її реформування на основі соціально-профілактичної спрямованості охорони здоров'я.

Конвергенція політик ЄС та України у сфері охорони здоров'я потребуватиме запровадження цілої низки законодавчих заходів, що включають: вироблення чітких правил функціонування та взаємодії основних суб'єктів ринку; вичерпне розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга»; чітке формування прозорих механізмів регуляції приватного сектору охорони здоров'я; розроблення та запровадження нормативної бази щодо виведення на міжнародні ринки українських виробників медичних послуг, а також експансії європейських компаній на вітчизняний ринок.

Крім того, українська сторона повинна бути готовою до того, що:

- рішення, прийняті органами ЄС, впливатимуть на вітчизняну політику охорони здоров'я;
- в питаннях регулювання ринку медичних послуг матиме місце більш тісна співпраця українських органів влади з інституційним трикутником ЄС, що сприятиме покращенню стану здоров'я населення в межах ЄС та України, ефективному реформуванню національної системи охорони здоров'я.

Україна може стати одним з найперспективніших ринків для медичних корпорацій ЄС, враховуючи гармонізацію політик, узгодження регуляторного поля та міжінституційне співробітництво між сторонами.

Враховуючи досвід ЄС, в ході реформування сис-

теми охорони здоров'я Україна повинна використати елементи моделі Бісмарка, що означає: запровадження системи медичного страхування; збереження за державою функції надання медичної допомоги та послуг малозабезпеченим верствам населення; забезпечення автономності постачальників медичних послуг та страхових компаній; наявність альтернативних джерел фінансування галузі.

Гармонізація стандартів, обмін досвідом, допущення до сучасних методик лікування, дозволить з плином часу вивести українські медичні послуги на ринок ЄС за рахунок: медичного туризму; відкриття філій українських медичних центрів у Європі; інтеграції з альянсами європейських постачальників медичних послуг; реалізації міжурядових програм та програм, що фінансуються ЄС; обмін спеціалістами та стажування українських студентів.

Внаслідок експансії європейських медичних ТНК на ринок України можливим є розвиток альтернативних видів співпраці європейських та українських закладів охорони здоров'я: інтенсивне залучення транснаціональних медичних компаній до постачання медичних та немедичних послуг державному та приватному сектору¹⁶; операційний та стратегічний менеджмент медичних закладів на контрактних основах в рамках державно-приватних товариств.

Створення ПЗВТ між Україною та ЄС сприятиме диверсифікації медичних послуг за ціною, якістю та асортиментом, що значною мірою розширить можливості для розвитку вітчизняного ринку.

У порядку реформування вітчизняної системи охорони здоров'я доцільними для запровадження є ті моделі, в основі яких лежать фундаментальні принципи: відповідальність держави; участь недержавних структур і населення; подолання факторів ризику; страхування; ефективне використання консультативної та технічної допомоги міжнародних організацій.

¹⁶ Немедичні послуги – прибирання, харчування в медичних закладах, підбір немедичного персоналу.



Автори

Валерій Новіков – д.е.н., завідувач відділу Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи.

Катерина Никонюк – асистент кафедри Київського національного економічного університету ім. В. Гетьмана.

Контакти

Фонд ім. Фрідріха Еберта. Представництво в Україні
вул. Пушкінська, 34, м. Київ, 01004, Україна

Тел.: +38-044-234-00-38 | факс: +38-044-451-40-31
Всі тексти доступні за веб-адресою:

<http://www.fes.kiev.ua>

Замовлення/ контакти:
mail@fes.kiev.ua

Погляди, висловлені в даній публікації, не обов'язково відображають погляди Фонду ім. Фрідріха Еберта або організацій, де працюють автори.

Цю публікацію надруковано на папері, що виготовлений з урахуванням сталого лісокористування.

