

О. В. Євсюкова,
 д. держ. упр., доцент кафедри публічного управління та публічної служби,
 Національна академія державного управління при Президентові України
 ORCID ID: 0000-0002-1299-6955

DOI: 10.32702/2306-6814.2021.12.62

ГЕНЕЗИС МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ У РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА У КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ

О. Evsyukova,
 Doctor of Sciences in Public Administration, Associate Professor, Associate Professor of the Department
 of Public Governance and Public Service, National Academy of Public Administration under the President of Ukraine

GENESIS OF MEDICAL REFORM IN THE REPUBLIC OF POLAND IN THE CONTEXT OF EUROPEAN INTEGRATION

У статті обгрунтовано актуальність дослідження генезису медичної реформи у Республіці Польща (РП) у контексті євроінтеграції. Зазначено, що початок медичної реформи у РП був обумовлений впровадженням важливих суспільних реформ польської держави: політичної, адміністративної, судової, економічної, муніципальної тощо. Виокремлено основні (вісім) етапи періодизації системи охорони здоров'я (СОЗ) у польській державі. Визначено основні результати та переваги досвіду РП у реформуванні СОЗ в умовах інкорпорування до Європейського Союзу (ЄС). Акцентовано увагу на тому, що позитивний досвід проведення медичної реформи в РП є гарним кейсом для натхнення інших держав, зокрема, України на втілення якісних змін у СОЗ і позбавлення помилок, які свого часу здійснила РП.

The article substantiates the relevance of the study of the genesis of medical reform in the Republic of Poland in the context of European integration. It is noted that the beginning of medical reform in the Republic of Poland was due to the implementation of important social reforms of the Polish state: political, administrative, judicial, economic, municipal and so on. The main stages (8) of periodization of the health care system in the Republic of Poland are highlighted. The results and advantages of Poland's experience in reforming the health care system in the context of incorporation into the European Union are determined on the basis of. In particular, it is stated that the advantages of the experience of the Republic of Poland in reforming the health care system in terms of incorporation into the EU are: improving access to health services; increasing the role of doctors in health care, effective functioning of the family doctor; observance by the citizen of the right to choose a doctor and a medical institution for further treatment; elimination of patient queues; development of guardianship services; introduction of openness of information in the system of medical services; liquidation of financial debts of medical institutions; functioning of the system of financial

compensation of medicines; creation of patient maps, etc. In general, it should be noted that the Republic of Poland has come a long and thorny way of depriving the Soviet heritage in the health care system and building a more modern and effective model in the context of European integration. Thus, it should be noted that the reform of the health care system in the Republic of Poland aimed to improve the level of health care in society by: providing the insured citizen and his family with qualified, friendly medical care and quality medical services, access to specialized medical care, the introduction of a clear, rational and effective system of financing health care facilities. Therefore, it is established that the experience of health care reform in Poland can be an example for other countries, including Ukraine, to create their own effective model of reform that will promote the principles of fairness and equality in access to quality health care for citizens at all levels.

Ключові слова: медична реформа, система охорони здоров'я, медичні послуги, Республіка Польща, зарубіжний досвід, євроінтеграція.

Key words: medical reform, health care system, medical services, Republic of Poland, foreign experience, European integration.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Реформування СОЗ у РП у контексті євроінтеграції було нагальною потребою з метою забезпечення справедливості та доступності надання медичної допомоги, наближення медичних послуг до безпосереднього споживача, задоволення потреб населення в ефективній медичній допомозі з мінімальними фінансовими витратами, покращення показників здоров'я населення. За показниками якості послуг, включаючи дієвість, безпечність, координацію, організацію допомоги, доступність, продуктивність системи загалом та забезпечення рівності в доступі до послуг, одним із лідерів у ЄС є РП. Відтак досвід проведення медичної реформи в РП, може стати прикладом для інших держав, зокрема України, для створення власної ефективної моделі реформи, яка сприятиме реалізації принципів справедливості та рівності у доступності якісної медичної допомоги для громадян на усіх рівнях.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Теоретичним підґрунтям для дослідження генезису медичної реформи у РП у контексті євроінтеграції стали наукові праці таких вітчизняних та зарубіжних авторів: О. Дорошенко (2017), О. Євсюкова (2020), Н. Майданенко (2020), О. Осадчий (2020), К. Dubas-Jakobczyka (2019), I. Kowalska-Bobko (2019), С. Sowadaa (2019) та інші.

НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Попри інтерес наукової спільноти до вказаної теми, залишаються окремі питання, що стосуються генезису медичної реформи у РП у контексті євроінтеграції, які не знайшли свого остаточного вирішення і потребують додаткового вивчення, що зумовлює актуальність статті. Зокрема, це питання щодо: передумов початку медичної реформи у РП; періодизації СОЗ у польській державі; результатів та наслідків медичної реформи у РП тощо.

ФОРМУЛЮВАННЯ МЕТИ СТАТТІ

З огляду на зазначене, головна ідея статті полягає генезису медичної реформи у РП у контексті євроінтеграції, визначенні її головних результатів та переваг.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Поступове відхилення якості СОЗ у РП від рівня розвинених західноєвропейських держав наприкінці 80-х років спонукало до рішучих дій та планування поступових реформ. Ситуація ускладнювалась низьким рівнем доходів населення країни, що знижувало доступність лікарських засобів та якісного медичного обслуговування загалом. Іншими критичними факторами були: поширення інфекційних захворювань, нездорове харчування та вживання алкоголю та тютюнових виробів. Необхідно зазначити, що до того, як впровадити проєкт реформ, він був винесений на громадське обговорення. Вказане є досить знаковим, адже залучення громадськості дозволило отримати загальнонаціональну підтримку медичної реформи, що призвело до більш ефективного і швидкого її впровадження [3]. Відтак у зв'язку з великою кількістю завдань медичну реформу було впроваджено відразу після початку таких важливих суспільних реформ: політичної, судової, адміністративної, муніципальної, економічної тощо. Саме у 1997 р. у польському парламенті (Сеймі) було ухвалено основні положення реформи охорони здоров'я, початок реалізації якої — 1 січня 1999 р. [5].

Першим кроком реформування варто вважати створення нової інституції — Каси хворих, які мали б нагромаджувати внески від загалу працевлаштованих польських громадян та їх родин, за рахунок яких варто здійснювати сплату коштів за використані (спожиті) ними медичні послуги від сімейного лікаря чи певного медичного закладу [7, с. 229].

Другим кроком реформування СОЗ РП стало те, що внески на страхування здоров'я стали частиною податку. Вказане забезпечувало відсутність додаткової сплати коштів або збільшення податків. Визначена ча-

стина податку автоматично перераховувалася до обраної громадянином Каси хворих. Вказаний внесок становить 7,5% прибутку (тобто з тієї суми коштів від якої працівник сплачує податок з власного доходу). Спочатку вказана сума коштів ставала частиною бюджету, який розподілявся на різні витрати, не обов'язково на охорону здоров'я. Тепер внесок відраховується на рахунок Кас хворих, які не підпорядковані урядовим адміністраціям. Внесок на охорону здоров'я став обов'язковим для всіх працюючих громадян польської держави. Таким чином, застрахований суб'єкт отримав право на користування (споживання) медичними послугами.

Третім кроком реформування, на якому слід зауважити, стало запровадження ринкових важелів до формування їх не тільки споживчої вартості, але й грошової вартості. Фактично вказане посприяло знищенню "чорного ринку" медичних послуг. Отримання та експлуатація медичними закладами найкращого технічного чи медичного обладнання перестало залежати від привілейованих позицій керівництва лікарні у відносинах з адміністраціями громад, представниками певних політичних партій або приватних товариських зав'язків. Водночас при порівнянні вартості послуг, почали діяти механізми конкуренції і боротьби за клієнта. Тобто почав впроваджуватися клієнторієнтований підхід у СОЗ РП [7, с. 232].

Кожна застрахована особа, відповідно кожен працівник польський громадянин, отримав гарантію сплати коштів, необхідних для власного лікування і профілактики медичних послуг за рахунок фонду Каси хворих.

Вищезгадані початкові результати реформування СОЗ призвели до позитивних зрушень: значно зменшилося споживання ліків, вивільнилися місця в лікарнях у зв'язку зі скороченням (ліквідацією) низки певних медичних процедур. Серед негативних зрушень — надлишок працівників медичного сектору.

Правові засади, які забезпечили впровадження реформи СОЗ РП ґрунтувалися на Законі про заклади охорони здоров'я (1991 р.), Законі про загальне страхування здоров'я (1997 р.) та Законі про охорону здоров'я (1999 р.) [1, с. 20].

Зокрема, Законом про охорону здоров'я встановлено перелік медичних послуг, які не надаються за рахунок обов'язкового медичного страхування. До них віднесено послуги, спосіб фінансування яких, окреслено спеціальними законами (наприклад, послуги служби медицини праці); надання медичних висновків про здатність керувати механічними транспортними засобами та інших медичних висновків і довідок, які видаються за бажанням застрахованого, якщо необхідність їх видачі не пов'язана з подальшим лікуванням, реабілітацією, втратою працездатності, продовженням навчання учнів та студентів, вирішенням питань щодо призначення соціальної допомоги та соціального догляду тощо; деякі види стоматологічних послуг. Вказані послуги у порядку, що встановлений відповідними документами, фінансуються за рахунок власних коштів пацієнтів, за рахунок державного бюджету або інших, визначених нормативно-правовими актами, коштів [1, с. 20].

Майже 99 % усіх закладів охорони здоров'я у РП є громадськими закладами, і підпорядковані органам територіального самоврядування. Міністерство охорони здоров'я має у своєму безпосередньому підпорядкуванні лише близько 30 установ на загальнодержавному рівні. За рахунок бюджету воєводств фінансується система державної санітарно-епідеміологічної служби, яка перебуває у підпорядкуванні державних адміністрацій воєводств та повітів. Також Міністерство охорони здоров'я за рахунок державного бюджету повністю або частково фінансує високо-спеціалізовані медичні послуги, зокрема хірургічні втручання на серці та судинах, трансплантацію органів тощо. Контракти на надання цих послуг укладаються безпосередньо Міністерством охорони здоров'я з відповідними медичними закладами, що можуть забезпечити якісне здійснення відповідних втручань. Відшкодування вартості решти медичних послуг забезпечується за рахунок обов'язкового медичного страхування. Через систему обов'язкового медичного страхування покривається й вартість ліків, ортопедичних виробів та пристосувань (частково або повністю у визначених законом випадках), а також деяких профілактичних послуг, зокрема деяких профілактичних щеплень, спрямованих на імунопрофілактику інфекційних хвороб [4, с. 228].

Забезпечення ліками осіб, застрахованих у межах обов'язкового медичного страхування, відбувається у двох напрямках. Лікарні, які мають контракт з Касою хворих, забезпечують пацієнтів ліками безкоштовно, тобто, вартість ліків є складовою вартості медичних послуг, які оплачуються Касою хворих. Лікарі, які працюють у громадських амбулаторіях або мають приватний контракт з Касою хворих чи уповноважені Касою хворих видавати рецепти на життєво необхідні (основні) ліки, перелік яких визначений спеціальним розпорядженням Міністра охорони здоров'я. За ці ліки, а також за прописані лікарем екстемпоральні ліки, застраховані особи вносять аптеці так звану договірну оплату. Згідно з Законом про обов'язкове медичне страхування, ця оплата не може перевищувати 0,5 % розміру офіційно встановленого розміру мінімальної заробітної платні для життєво необхідних (основних) лікарських засобів (понад 110 найменувань) та 1,5 % мінімальної заробітної платні у випадку придбання рецептурних ліків. При цьому, якщо ціна таких ліків є нижчою, ніж розмір договірної оплати (тобто 0,5 % або 1,5 % розміру мінімальної заробітної платні відповідно), застрахований сплачує повну вартість. За ліки, які належать до переліку допоміжних, застраховані особи вносять часткову оплату у розмірі 30 % (понад 80 найменувань) чи 50% (понад 130 найменувань) вартості (ліміту ціни) [9].

Важливо наголосити, що основною складовою СОЗ РП традиційно є лікарні. У 2016 р. майже 50 % коштів Національного фонду охорони здоров'я (НФОЗ), головною функцією якого є розподіл коштів платників податків на потреби охорони здоров'я, було витрачено на послуги стаціонарної допомоги, в той час лише 13% та 8% їх спрямовано на первинну та амбулаторну допомогу відповідно. Загалом частка лікарняних витрат у

бюджеті НФОЗ поступово зростала з 47,6 до 49,7% у 2010 р. та 2018 р. [9].

Акцентуємо, що ідея створення НФОЗ РП полягала у розмежуванні чітких відмінностей між державними й приватними постачальниками медичних послуг. Перше офіційне оголошення ідеї "лікарняної мережі" було представлено в липні 2016 р. МОЗ РП представило документ "Національна служба охорони здоров'я — стратегія змін у системі охорони здоров'я у РП на період 2016—2018 рр.". Цей документ мав досить загальний характер і містив шість пріоритетних напрямів планового реформування польської СОЗ.

Зазначимо, що НФОЗ розподіляє гроші між воєводствами на основі алгоритму, що враховує чисельність та особливості населення. Представництво НФОЗ у кожному воєводстві підписує на конкурсній основі контракти із провайдером медичних послуг, тобто лікарями, лікарнями і клініками. Лікарі первинної ланки отримують плату за кількість пацієнтів, а вторинної ланки діагностики — за надані послуги.

Щодо структури медичних послуг, то РП має високі показники госпіталізації громадян з хронічними хворобами (наприклад, бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень) і внаслідок цього — один з найвищих рівнів госпіталізацій у ЄС, яких можна було б уникнути (подібна ситуація в Україні). До жовтня 2017 р. (до часу впровадження реформи "лікарняна мережа") НФОЗ купував лікарняні послуги щорічно — відбувалася процедура укладання контрактів, яка мала форму конкурсних торгів або (зрідка) переговорів. Договір (угода), підписаний (підписана) з державою на значну суму, ставав (ставала) головним визначальним фактором надходження коштів до лікарень. Надання медичних послуг, що перевищували договірну вартість і виправдано надані за умови настання "невідкладного стану", були незаперечною підставою вимагати перерахування додаткових коштів (у тому числі і через судові позови), що (без перебільшення) було звичайною практикою отримання коштів. Залежно від власних фінансових можливостей лікарні мали заборгованість, яка перманентно утворювалася, зазвичай частково або повністю покривала створений дефіцит коштів за рахунок відтермінованих платежів. Однак більшість лікувальних державних закладів скардилися зі значними фінансовими проблемами, перелусім внаслідок значної поточної заборгованості при сплаті власних платежів. Така ситуація створювала не лише суто медичну проблему, а й була фактором соціально-політичного напруження [6].

Власне, ідея про впровадження "лікарняної мережі" вперше згадувалася представниками МОЗ РП ще у 2006 р. і передбачала формування національної мережі лікарень з основною метою — коригування організаційної структури лікарняного сектору для забезпечення потреб населення у діагностичних та лікувальних заходах відповідно до епідеміологічних та демографічних потреб [1, с. 20].

Таким чином, лікарні, що входять до складу мережі, отримали гарантований доступ до державного фінансування на засадах формування загального бюджету та на принципі комплексного розгляду із визначеним пе-

ріодом фінансування (замість фінансування страхового випадку, як практикувалося раніше (на зразок "гроші надходять за пацієнтом").

Мережа охоплює лише заздалегідь визначені види спеціалізованої допомоги — зазначені типи лікарняних палат/амбулаторій. Таким чином, у деяких лікарнях окремі відділення та амбулаторії можуть бути включені до мережі, а інші можуть укладати контракти на незмінних принципах — поза мережею. Завдяки реформі була запроваджена система базового надання лікарняних послуг у лікарнях, які за рівнем допомоги (спеціалізації) були віднесені до семи груп/рівнів (три основні та чотири спеціалізовані).

Важливим здобутком польського досвіду реформування СОЗ стало запровадження системи, так званих, діагностичних груп (Diagnosis-related groups, DRG), основне призначення яких фіксувати, з яких причин пацієнт потрапив до лікарні, як пройшов обстеження, скільки часу і як якісно про лікування і з якими результатами виписався з медичного закладу. Таким чином, на основі вищезазначеного можна виокремити наступні етапи періодизації системи охорони здоров'я (СОЗ) в РП: 1) 1991—1997 рр. — формування правових засад для впровадження медичної реформи; 2) 1994—1996 рр. — створення реєстру медичних послуг та запровадження книжок медичних послуг у кожному закладі охорони здоров'я; 3) 1995—2004 рр. — розробка та впровадження карти пацієнта на засадах імплементації Декларації прав пацієнта за рекомендацією ВООЗ в медичну галузь РП; 4) 1999—2001 рр. — формування нової інституції — Кас хворих, запровадження страхової медицини, створення ланки первинної медичної допомоги, функціонування інституту сімейного лікаря; 5) 2006—2016 рр. — реалізація державного проєкту "лікарняна мережа" та створення системи спеціалізованої медичної допомоги (вторинної ланки СОЗ); 6) 2009—2010 рр. — побудова системи діагностичних груп (системи фіксації особи пацієнта, його діагнозу захворювання та протоколів лікування); 7) 2010—2011 рр. — стандартизація та переведення в цифровий формат баз даних про пацієнтів, закупівлю ліків, роботу аптек тощо; 8) 2015—2016 рр. — створення Національного Фоду охорони здоров'я, інтеграція служб охорони здоров'я за принципом "агенства охорони здоров'я". Особливістю вказаної періодизації реформування СОЗ РП є те, що сукупність представлених етапів варто розглядати, як цілісну систему етапізації. Тобто кожний етап включає проведення заходів реформування, які не завершувалися на певному етапі, а являлися передумовою для початку наступного.

Відтак перевагами досвіду РП у реформуванні СОЗ в умовах інкорпорування до ЄС можна визначити такі: покращення доступності медичних послуг; зростання ролі лікарів у СОЗ, ефективне функціонування інституту сімейного лікаря; дотримання права вибору громадянином лікаря та медичного закладу для подальшого лікування; ліквідація черг пацієнтів; розвиток опікунських послуг; запровадження в системі медичних послуг відкритості інформації; ліквідація фінансової заборгованості медичних установ; функціонування системи фінансової компенсації ліків; створення карт пацієнтів тощо.

**ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Загалом варто зауважити, що РП пройшла довгий та тернистий шлях позбавлення радянської спадщини у СОЗ та побудови більш сучасної та ефективної її моделі у контексті євроінтеграції. Досвід РП є гарним кейсом для натхнення інших держав, зокрема України на втілення якісних змін і позбавлення помилок, які свого часу здійснила РП. Таким чином, зазначимо, що реформа СОЗ у РП мала на меті — покращення рівня медичного обслуговування у суспільстві шляхом: надання застрахованому громадянину та його родині кваліфікованої, доброзичливої опіки лікаря та якісних медичних послуг; доступ до спеціалізованого медичного обслуговування; впровадження чіткої, раціональної і ефективної системи фінансування закладів охорони здоров'я.

Література:

1. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1. С.16—23.
2. Закаль Ю. Про охорону психічного здоров'я в Республіці Польща. Вестник ассоциации психиатров Украины. 2011. № 2. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27208> (Accessed 1 Jun 2021).
3. Кувіта К. Реформи охорони здоров'я у Польщі. URL: <http://bhfoundation.com.ua/image/data/file/doc/639x2.doc> (Accessed 1 Jun 2021).
4. Кутзин Джозеф. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой, Практическая медицина. Москва, 2004. Россия. 463 с.
5. Майданенко Н.В. Реформування системи охорони здоров'я України: досвід Литовської Республіки. URL: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350 (Accessed 2 Jun 2021).
6. Осадчий О.І. Медична реформа в Польщі: послідовні кроки. URL: <https://www.umj.com.ua/article/174561/medichna-reforma-v-polshhi-poslidovni-kroki> (Accessed 2 Jun 2021).
7. Радиш Я.Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я: колективна монографія. НАДУ. Київ. 2013 Україна. 396 с.
8. Dubas-Jakobczyk K., Kowalska-Bobko I., Sowadaa C. The 2017 reform of the hospital sector in Poland — The challenge of consistent design. Health Policy, 2019, vol. 123 (6). Pp. 538—543.
9. Polish Know Foundation. URL: <http://www.knowhow.org.pl> (Accessed 2 Jun 2021).

References:

1. Doroshenko, O.O. and Shevchenko, M.V. (2017), "Analysis of international experience in financing secondary health care", *Ekonomika i pravo okhorony zdorov'ia*, vol. 1, pp. 16—23.
2. Zakal', Yu. (2011), "On mental health care in the Republic of Poland", *Vestnyk assotsyatsyyu psykhyatrov Ukrainy*, vol 2, available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27208> (Accessed 1 Jun 2021).

3. Kuvita, K. (2013), "Health care reforms in Poland", available at: <http://bhfoundation.com.ua/image/data/file/doc/639x2.doc> (Accessed 1 Jun 2021).

4. Kutzyn, Dz. (2004), *Reformy finansyrovannya zdavookhraneniya. Opyt stran s perekhodnoj ekonomykoj* [Reforms of health financing. Experience of countries with economies in transition], *Praktycheskaia medytsyna*, Moscow, Russia.

5. Majdanenko, N.V. (2014), "Reforming the health care system of Ukraine: the experience of the Republic of Lithuania", available at: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350 (Accessed 2 Jun 2021).

6. Osadchyj, O.I. (2020), "Medical reform in Poland: successive steps", available at: <https://www.umj.com.ua/article/174561/medichna-reforma-v-polshhi-poslidovni-kroki> (Accessed 2 Jun 2021).

7. Radysh, Ya.F. (2013), *Derzhavna polityka u sferi okhorony zdorov'ia* [State policy in the field of health care], NADU, Kyiv, Ukraine.

8. Dubas-Jakobczyk, K. Kowalska-Bobko, I. and Sowadaa, C. (2019), "The 2017 reform of the hospital sector in Poland — The challenge of consistent design", *Health Policy*, vol. 123 (6), pp. 538—543.

9. Polish Know Foundation (2021), available at: <http://www.knowhow.org.pl> (Accessed 2 Jun 2021).

Стаття надійшла до редакції 11.06.2021 р.

www.dy.nayka.com.ua

Електронне фахове видання

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ
удосконалення та розвиток**

Виходить 12 разів на рік

включено до переліку наукових фахових видань України
з питань **ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**
(Категорія «Б»)

Наказ Міністерства освіти і науки України
від 28.12.2019 №1643

Спеціальність 281

e-mail: economy_2008@ukr.net
тел.: (044) 223-26-28, (044) 458-10-73