

ЯК ПІДВИЩИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ ДЕРЖАВНИХ ТА КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я? (Policy Paper)

Автори:

Зоряна Черненко

Олександр Надтока

Ксенія Сердюк

Європейський інформаційно-дослідницький центр створено з метою надання народним депутатам України інформації, яка може бути використана ними у законотворчій діяльності. Центр здійснює пошукову, аналітичну і дослідницьку роботу щодо галузевих політик та права інших держав (насамперед країн ЄС) і міжнародних організацій.

Адреса: 01008, м. Київ, вул. Садова, 3 А, каб. 434.

Тел.: +38 (044) 255-36-69

E-mail: euinfocenter@rada.gov.ua

Веб-сторінка: euinfocenter.rada.gov.ua

Години прийому: з понеділка по п'ятницю, з 10.00 до 15.00.

Діяльність Центру є частиною проекту, що реалізує ГО «Лабораторія законодавчих ініціатив» у рамках програми USAID «РАДА: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво». Програма USAID «РАДА», що виконується Фондом Східна Європа, сприяє становленню підзвітного, відповідального і демократичного парламентського органу. Більше на www.radaprogram.org.

Думки, викладені в цій публікації, є винятковою відповідальністю авторів дослідження та не обов'язково відображають точку зору USAID, Фонду Східна Європа та Лабораторії законодавчих ініціатив.

ЗМІСТ

1. Загальна характеристика проблеми	4
2. Масштаб і гострота проблеми.....	20
3. Формулювання проблеми.....	27
4. Альтернативи політики	33
5. Рекомендації щодо політики	41
Додатки	47

1. Загальна характеристика проблеми

Однією з найголовніших причин неефективності системи надання медичної допомоги України є критичний стан її закладів. Більшість медичних закладів існують сьогодні у формі бюджетних установ (державні та комунальні заклади), якими управляє теоретично центральний орган – Міністерство охорони здоров'я України (який згідно з відповідним Положенням МОЗ виконує значну кількість функцій, хоч і має незначне кадрове та фінансове забезпечення – Табл. 1, Табл. 2), що є пережитком планової економіки Радянського Союзу. Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за принципами «утримання» (тобто воно не залежить від рівня ефективності роботи закладу), а не шляхом оплати за фактично надану особам гарантовану державою безкоштовну медичну допомогу¹.

В умовах нераціонального бюджетного фінансування лікарням доводиться вдаватися до напівлегальних схем залучення додаткових коштів (створення так званих благодійних фондів при лікарнях, отримання лікарями коштів за надані послуги безпосередньо від пацієнтів чи їхніх родичів тощо). Така ситуація є наслідком того, що майже 80% асигнованих на сферу охорони здоров'я коштів йде на заробітну плату медичному персоналу (70,8%; офіційна статистика МОЗ України говорить про 71–74%², на практиці цифри навіть вищі, див. Табл. 3, Табл. 3.1) та утримання самої мережі закладів (комунальні платежі – 8,3%), на закупівлю медичних препаратів та харчових продуктів для лікарень витрачається 19,8%, решта 1,1% йде на інші видатки³. Медичні заклади працюють в умовах хронічної нестачі грошей для покриття поточних потреб, а на розвиток фінансових ресурсів тим більше катастрофічно не вистачає. Перепис державних закладів охорони здоров'я показав, що понад 37% установ первинної медико-санітарної допомоги потребують часткового чи капітального ремонту (23% сільських і 46% міських)⁴. Загальну ситуацію ще більше ускладнює **заборона вільно отримувати та розпоряджатися** отриманими коштами керівництву медичних установ залежно від потреб їхнього закладу.

Втім, неефективне фінансування й утримання закладів охорони здоров'я не єдина проблема в системі охорони здоров'я України. В аналітичному звіті Світового банку щодо управління системою охорони здоров'я в Україні «Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в сис-

1 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. XVII–XVIII (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

2 Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, 2015. – С. 11.

3 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 55 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

4 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 73 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

темі охорони здоров'я»⁵ за 2015 рік серед основних проблем галузі, що не дозволяють службі системи охорони здоров'я у більшості випадків забезпечити профілактику, виявлення та ефективно лікування захворювань, зазначено такі:

- неспроможність галузі підібрати і утримувати медичний персонал, мотивувати його нести відповідальність за результати своєї роботи;
- відсутність налагодженої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;
- існування жорсткої бюджетної системи, яка стала причиною безлічі неофіційних платежів і корупційних схем.

Перелічені проблеми є пережитками радянської системи охорони здоров'я, яка потребує кардинальних і негайних змін.

Система Семашка⁶

Система охорони здоров'я, що існувала в СРСР. Названа на честь першого радянського народного комісара охорони здоров'я Миколи Семашка. Система була створена після Жовтневої революції і була покликана вирішити складну епідеміологічну ситуацію, пов'язану з різними інфекційними захворюваннями, та проблеми доступності населення до первинної медичної допомоги й відсутності загальнодержавної мережі медичних закладів, передусім госпіталів. Система проіснувала без змін протягом усього періоду існування Радянського Союзу.

Основні риси системи Семашка:

- охорона здоров'я як гарантовані державою безкоштовні послуги
- рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян
- держава – власник всієї мережі медичних закладів
- бюджетне фінансування галузі
- державний контроль за використанням коштів
- повне покриття витрат на лікування державою
- невисока вартість медичних послуг

5 Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошніченко, Альона Горошко та Наталія Степурко. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2015. – С. 4.

6 Theodore H. Tulchinsky and Elena A. Varavikova. The New Public Health. Second Edition. – San Diego: Academic Press, 2009. – P. 496–497; Валерия Лехан, Владимир Рудый, Эплен Нопт. Системы здравоохранения в переходном периоде: Украина. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. – С. 21–24 (Системы здравоохранения в переходном периоде. Том 6, № 7).

Основні виклики системи Семашка:

- надмірна централізація та бюрократизація галузі
- сфера охорони здоров'я у державі, орієнтованій на індустрію, фінансувалася за залишковим принципом (3,4% від ВВП на 1989 р.)
- екстенсивне будівництво лікарень
- фінансування лікарень за показником «ліжка-місце»
- значно більша кількість медичних працівників, ніж необхідно для галузі
- заробітна плата медичних працівників не перевищувала 70% від середньостатистичної
- ефективність роботи визначалась кількістю наданих послуг, а не їх якістю

1.1. Опис проблемної ситуації

У спадок від Радянського Союзу Україна отримала громіздку і малоефективну систему охорони здоров'я – систему Семашка. За роки незалежності система не лише не зазнала реформувань, яких вона потребувала в нових політичних та економічних умовах, але й втратила всі ті позитивні моменти, які були закладені в цій системі.

Система Семашка була розрахована на боротьбу з епідеміями і розроблялась з огляду на потреби воєнного часу, коли існувала необхідність у великій кількості госпіталізацій та лікування у стаціонарі. За часів Радянського Союзу система лишалась орієнтованою на розширення мережі лікарень (надання вторинної медичної допомоги), які були зосереджені на лікуванні гострих випадків захворювань. Навіть профілактика захворювань – хронічні хвороби почали превалювати з середини 1960-их років – прив'язувалась до зростання кількості загальних та спеціалізованих лікарень⁷. Ще більше ця мережа почала рости з середини 1980-х років, коли було запроваджено обов'язкову щорічну загальну диспансеризацію, а діагностичних потужностей в амбулаторіях не вистачало, і для обстежень пацієнтам доводилося лягати у стаціонари, кількість яких почала швидко рости. Радянська економіка, що була спрямована на нарощування кількісних показників і працювала в умовах неринкового визначення цін на ресурси і дотацій (витрати на комунальні послуги були неспівмірні), могла собі дозволити утримувати надміру роздуту мережу лікарень. Така політика призвела до того, що радянська Україна стала однією з перших у світі за показниками кількості ліжок та лікарів. І основні видатки йшли на стаціонарну допомогу – 80%, на амбулаторну спеціалізовану допомо-

гу припадало 15% витрат, а на первинну лишалось 5%⁸. Управління ж медичними закладами йшло по вертикалі: діяв розподільчий принцип, за яким заклади отримували фінансові, матеріальні та людські ресурси згори – від держави; керівники закладів ніяк не впливали на ці процеси.

Через надмірну централізацію та недостатнє фінансування радянська система охорони здоров'я фактично не модернізувалась: найновіші медичні технології та практики лишались недоступними. Система перебувала в державній чи комунальній власності, й простір для ініціатив, зокрема в приватному секторі, що є світовою тенденцією у галузі, був закритим. І якщо у повоєнні часи, в умовах недоступності медичних технологій та сучасних методів комунікації, система Семашка виконала своє головне завдання – подолати епідемію інфекційних захворювань, створила мережу медичних закладів і надала доступ до медичної допомоги населенню, – то подальша нездатність до реформ (зокрема у сфері використання коштів), небажання орієнтуватись на задоволення реальних потреб населення та неготовність реагувати належним чином на швидке зростання неінфекційних захворювань (вони мають однакову причину і не залежать від особистої поведінки людини), які стали головною причиною загальної смертності населення у другій половині двадцятого століття, визначили її неефективність в нових умовах.

Така застаріла й неготова до змін система, від якої відмовились чи яку зреформували фактично всі країни колишнього Радянського Союзу, функціонує в Україні й нині. Ми маємо систему надання медичної допомоги, яка неефективно використовує гроші, що має наслідком корупційні ризики, адже й досі збереглася надміру розгалужена система громіздких лікарень з великою кількістю ліжок у стаціонарних відділеннях (Рис. 1), коли фінансування лікарні прив'язане до ліжок-днів (загальної кількості ліжок), проведених пацієнтом у стаціонарі, а не до наданих закладом послуг та їх якості (Табл. 3)⁹.

8 Валерія Лехан, Володимир Рудий, Еллен Нолт. Системи здравоохранения в переходном периоде: Украина. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. – С. 23 (Системы здравоохранения в переходном периоде. Том 6, № 7).

9 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. P. 21–23 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

Табл. 3. Кошторис, штатний розпис та показники роботи типової лікарні на прикладі Луцької міської клінічної лікарні (2015)¹⁰

Загальний фонд	52,1 млн грн
Видатки на зарплату	41,1 млн грн (78,9%)
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	5,3 млн грн (10,2%)
Закупівля медикаментів	3,6 млн грн (6,9%)
Закупівля продуктів харчування	1,3 млн грн (2,5%)
Видатки на утримання закладу	0,8 млн грн (1,5%)
Кількість ліжок	700
Медичний персонал	1072
Лікарі	177
Середні медичні працівники	472
Молодші медичні сестри	262
Спеціалісти з немедичною освітою	48
Робітники	113
Кількість пацієнтів у стаціонарі (на рік)	22 000
Кількість амбулаторних пацієнтів (на рік)	20 000

З 1990 року по 2012 рік відбулося суттєве скорочення лікарняних ліжок у лікарнях стаціонарного короткотермінового лікування системи МОЗ України – з 10,6 до 7,3 на 1000 населення (лише з 1996 по 1998 рік за Постановою Кабінету Міністрів України № 640 від 28 червня 1997 року «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення», що визначила норматив забезпечення населення ліжками на рівні 8 ліжок на одну тисячу осіб, їх кількість у закладах системи МОЗ України зменшилася на 150 тисяч), тобто ліжок стало фактично на третину менше¹¹.

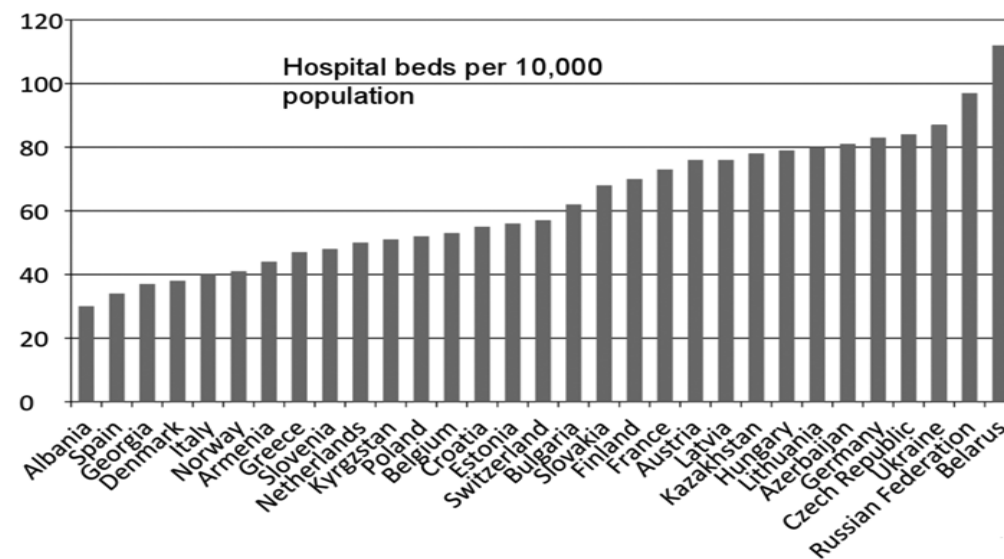
Основними факторами цього скорочення стали економічні проблеми та зменшення фінансування медичного сектору. Втім, незважаючи на такі відчутні скорочення, показник кількості лікарняних ліжок на тисячу населення для України є значно вищим, ніж у Європі – в країнах ЄС, де він, зокрема, становить 5,5 ліжок на 1000 населення¹² (Рис. 1).

10 Луцька міська клінічна лікарня / <http://www.lmkl.lutsk.ua>.

11 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 76 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

12 Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 131.

Рис. 1. Кількість ліжко-місць на 10 тисяч осіб у Європі



Навіть більше, за підрахунками Світового банку, Україна в 2013 році із загальним показником 8,7 ліжка на 1000 осіб посіла четверте місце у світі¹⁴. Офіційні статистичні дані говорять про високі показники роботи ліжок в медичних закладах МОЗ України – 328,5 днів на 2013 рік¹⁵, однак період перебування одного пацієнта на стаціонарному лікуванні в середньому становить 11,8 днів¹⁶ (Рис. 2), що також відчутно перевищує показники більшості європейських країн і, у свою чергу, свідчить про неефективність фінансування лікарень за принципом «ліжко-місць», адже змушує лікарні утримувати велику кількість ліжок і госпіталізувати пацієнтів без достатніх на те підстав (32,9% госпіталізацій невикордані)¹⁷.

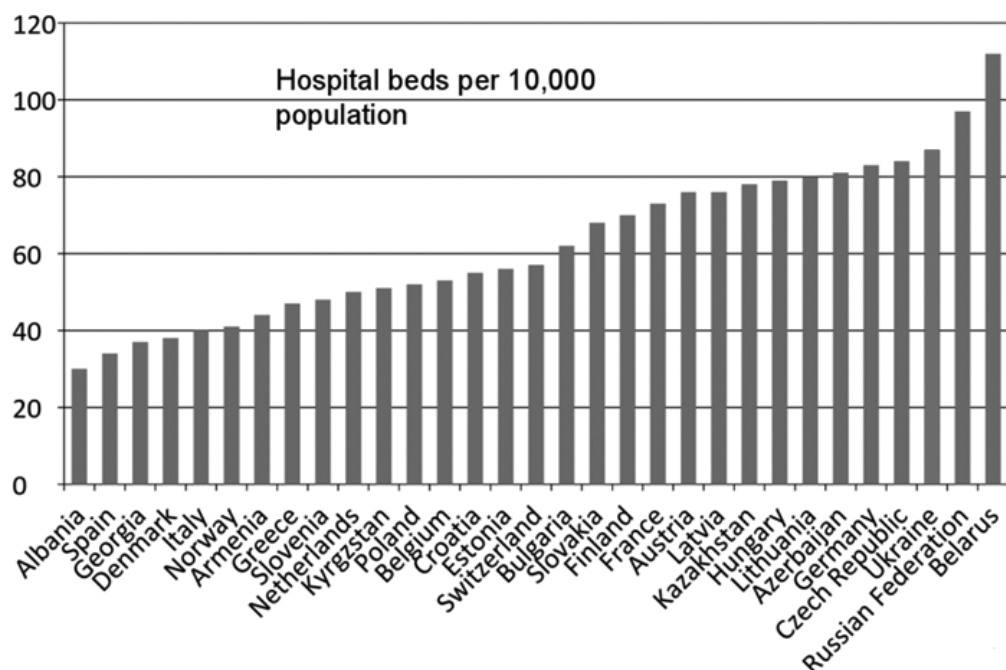
13 European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe / <http://data.euro.who.int/hfad/>.

14 Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошніченко, Денис Ковриженко та ін. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2013. – С. 19.

15 Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 131; Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, 2015. – С. 182.

16 International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015. – P. 11.

17 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 78 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

Рис.2. Середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні в країнах Європи (2012)¹⁸

Паралельно зі скороченням кількості ліжок скорочувалась і мережа закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності. Загалом з 1994 року по 2012 рік за рахунок, зокрема, перепрофілювання сільських фельдшерських пунктів, реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики та сімейної медицини, реструктуризації вторинної та третинної медичної допомоги в країні відчутно зменшилась кількість лікарень – з 3754 до 2369¹⁹. Кількість лікарняних закладів системи МОЗ України з 2009 по 2013 рік скоротилась з 2487 до 1587, тобто на 36,2% (Табл. 4, Табл. 4.1)²⁰. Так, на понад 50% зменшилась кількість лікарень у Вінницькій, Полтавській, Херсонській, Хмельницькій та Чернівецькій областях; найменший показник був зафіксований у місті Києві – 6,2%.

В підпорядкуванні інших міністерств і відомств на 2012 рік знаходилося 233 лікарні (10,9% від загальної кількості), 173 поліклініки та 5 стоматологічних клінік²¹. Зокрема, Міністерству інфраструктури України належало 75 лі-

карень (з них 73 для робітників залізничного транспорту), Міністерству закордонних справ України – 33, Міністерству оборони України – 23, Державній пенітенціарній службі України – 64, Національній академії медичних наук України – 29. Кількість ліжок у цій паралельній системі охорони здоров'я у 2012 році становила 32 600 (8,8% від загальної кількості ліжок), а на її фінансування припадало 42% видатків державного бюджету на охорону здоров'я (11% від всіх видатків на цю сферу)²².

Приватний сектор медицини в Україні ще перебуває на початковій стадії розвитку: за найоптимістичнішими підрахунками його частка становить 10% на ринку послуг у галузі та 3–4% від усіх витрат на охорону здоров'я. Зокрема, за підрахунками компанії «МедЕксперт», в 2014 році обсяг ринку приватних медичних послуг в Україні склав 8,13 млрд. грн., з яких 4,67 млрд. грн. – офіційні доходи клінік, 2,34 млрд. грн. – неофіційні доходи медичних закладів, 1,12 млрд. грн. – доходи приватних лікарів²³.

На сьогодні в Україні зареєстровано понад 30 тисяч приватних медичних закладів, що отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від населення, це переважно аптеки, кабінети приватних лікарів та вузькопрофільні медичні заклади. Серед останніх переважають стоматологічні клініки, які першими вийшли на ринок ще на початку 1990-их років і за різними підрахунками займають сьогодні від 54% до 75% приватного медичного сектору²⁴. В останні роки швидкими темпами також розвивається сфера приватної лабораторної діагностики. В приватному секторі медицини України працює 94 лікарні (дані на 2011 рік)²⁵, зокрема 56 великих багатопрофільних клінік²⁶. Перешкодою якісному розвитку приватної медицини в Україні є фінансова непрозорість ведення бізнесу, відсутність державних стимулів та низький рівень охоплення добровільного медичного страхування. Головною ж його перевагою для інвесторів є невисока конкуренція та швидка окупність.

18 European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe / <http://data.euro.who.int/hfad/>.

19 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 74 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

20 Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – 130.

21 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 74 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

22 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 65 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

23 Дарья Куренкова. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. / http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy-296354/?supdated_new=1445966974.

24 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 74 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2) Дарья Куренкова. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. / http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy-296354/?supdated_new=1445966974.

25 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 74 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

26 Дарья Куренкова. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. / http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy-296354/?supdated_new=1445966974.

Рис. 3. Фінансові показники та медичний персонал приватних клінік в Україні (2012–13)²⁷

№	Δ	Универсальные клиники (общая практика)	Чистый доход			Чистая прибыль		Персонал		
			2013, млн грн	2012, млн грн	2013, рост, %	2013, млн грн	2012, млн грн	2013, человек	2012, человек	2013, рост, %
1	0	INTO-SANA*	143,853	136,405	5,46	-	-	829	794	4,41
2	1	Борис*	100,889	94,117	7,19	0,000	0,000	582	516	12,79
3	-1	Медицинский центр «Добробут»	98,309	119,105	-17,46	-27,713	2,487	244	486	-49,79
4	0	Капитал (ТМ «Обериг»)	82,009	67,347	21,77	9,916	-0,661	305	291	4,81
5	0	Медиком (Кривой Рог)	44,302	41,728	6,17	0,268	0,153	525	495	6,06
6	0	Витацентр	36,150	35,437	2,01	0,045	0,948	555	583	-4,80
7	0	Медсанчасть «Нефтехимик»	27,314	28,709	-4,86	-0,303	-0,402	200	204	-1,96
8	1	Клиника Мотор Сич	27,135	23,536	15,29	-1,526	1,318	300	288	4,17
9	-1	Хелси энд Хелпи	26,682	24,058	10,91	1,706	2,240	142	129	10,08
10	2	Гемо Медика Украина*	24,935	13,570	83,76	-	-	94	42	123,81
11	-1	Медицинский центр «Клиника семейной медицины»	23,732	18,253	30,02	0,112	-3,931	182	171	6,43
12	-	Оксфорд Медикал*	21,353	-	-	-	-	244	175	39,43
13	-2	Фирма «Медиком» (Киев)	19,234	17,161	12,08	0,630	0,598	216	218	-0,92
14	-	Украинская медицинская группа	15,817	-	-	0,810	-	37	-	-
15	0	Небосвод	11,304	9,506	18,91	0,025	-0,048	115	93	23,66
16	1	Код Здоровья	11,224	8,605	30,44	1,714	0,923	112	107	4,67
17	-4	Клиника «Медгарант»	11,149	11,001	1,34	0,446	0,272	51	85	-40,00
18	-2	БМДЦ	9,812	9,151	7,22	-0,695	1,004	80	78	2,56
19	1	Клиника семейной медицины «Здравница»	9,580	7,001	36,83	0,094	-0,140	54	46	17,39
20	2	Медекс Плюс	9,270	5,375	72,46	0,015	0,026	102	84	21,43

*Вместе с другими видами деятельности

**На основе отчетности нескольких юрлиц

Україна на 2011 рік мала дещо меншу кількість лікарів (349) та медсестер (752) на 100 000 населення, ніж в середньому у країнах-членах ЄС, які вступили до організації до 2004 року (лікарів – 368, медсестер – 868). Проте ці показники були вищими, аніж, скажімо, в Ізраїлі (325 лікарів і 502 медсестер) чи Іспанії (369 лікарів та 548 медсестер). З початку 1990-их років в Україні кількість лікарів на особу постійно збільшувалася (з 4,3 на 1000 осіб у 1990 році до 4,8 у 2012 році), але це пов'язано з високим рівнем смертності в країні, а не із загальним зростанням кількості медичних працівників²⁸.

27 Дарья Куренкова. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. / http://delo.ua/business/cennnye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy-296354/?supdated_new=1445966974.

28 Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 81, 84 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

Рис. 4. Кількість лікарів та медсестер на 100 000 осіб у Європі²⁹Рис. 5. Кількість лікарів і потік пацієнтів у державних / комунальних та приватних медичних закладах³⁰

29 Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 84 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

30 Дарья Куренкова. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. / http://delo.ua/business/cennnye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy-296354/?supdated_new=1445966974.

Симптоматично, що українці, попри те, що дуже часто не можуть дозволити собі відвідувати лікарів за наявності такої потреби через високу вартість візитів³¹ (незалежно, чи в приватних медичних закладах, чи в державних/комунальних, де безкоштовний прийом теоретично має забезпечувати держава), і попри те, що приватних лікарень значно менше і в них менший штат лікарів, йдуть до приватних клінік, там де це можливо, майже так само часто, як і до державних чи комунальних медичних закладів (Рис. 5). З одного боку, це може свідчити про ступінь довіри до лікарів/лікарень, а з іншого – про те, що справді дуже велика кількість людей не потрапляє до лікарів бюджетних медичних закладів на прийом (чим, очевидно, може шкодити своєму здоров'ю) через те, що існує стійке переконання (передусім у незахищених верств населення), що за відвідування потрібно платити.

Згідно з «Європейським звітом про здоров'я 2015», підготовленим Європейським бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, середній показник тривалості життя для європейського регіону – 73,1 року для чоловіків та 80,3 роки для жінок³². В Україні ж середня тривалість життя значно нижча середньоєвропейського показника: вона становить 66,2 роки для чоловіків і 76,2 роки для жінок. Для порівняння: очікувана середня тривалість життя в Іспанії для жінок – 85,5 років, у Франції – 85,4 роки, в Італії – 85 років; цей показник для чоловіків у Іспанії становить 79,4 роки, Франції – 78,4 роки, Італії – 79,8 років (Рис. 6).

31 Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошниченко, Альона Горощко та Наталія Степурко. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2015. – С. 22.

32 Claudia Stein, Marieke Verschuuren, Nils Fietje, Fern Greenwell, Thara Raj. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 28.

Рис. 6. Очікувана тривалість життя чоловіків та жінок під час народження та у віці 65 років у Європі (дані на 2011 рік)³³

Table 2.3.
Male and female life expectancy at birth and at age 65

Country	Life expectancy at birth		Life expectancy at age 65		Country	Life expectancy at birth		Life expectancy at age 65	
	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female
Regional average	73.1	80.3	15.9	19.6	Latvia	68.9	79.0	13.7	18.6
Albania	73.7	78.9	14.9	17.8	Lithuania	68.0	79.0	13.6	18.5
Andorra	77.4	84.2	—	—	Luxembourg	79.2	83.9	18.2	21.7
Armenia	71.3	77.8	14.3	17.0	Malta	78.8	83.1	17.8	21.1
Austria	78.4	84.0	18.2	21.8	Montenegro	73.3	78.0	15.2	17.3
Azerbaijan	71.3	76.3	14.5	16.3	Netherlands	79.5	83.2	18.2	21.3
Belarus	64.8	76.6	11.8	16.9	Norway	79.7	83.6	18.5	21.2
Belgium	77.5	83.0	17.6	21.3	Poland	72.7	81.2	15.5	20.0
Bosnia and Herzegovina	74.2	79.0	15.6	17.4	Portugal	77.4	83.9	17.9	21.7
Bulgaria	70.8	77.9	14.0	17.4	Republic of Moldova	67.2	75.1	12.8	15.8
Croatia	74.0	80.7	15.0	18.8	Romania	70.2	77.6	14.1	17.3
Cyprus	80.1	83.9	19.0	21.1	Russian Federation	63.1	75.0	12.0	16.6
Czech Republic	75.1	81.3	15.8	19.4	San Marino	77.6	84.4	18.3	24.2
Denmark	78.0	82.1	17.5	20.3	Serbia	72.4	77.5	14.1	16.5
Estonia	71.3	81.4	14.8	20.1	Slovakia	71.8	79.4	14.1	18.1
Finland	77.5	84.0	17.9	21.9	Slovenia	76.6	83.2	16.9	21.1
France	78.4	85.4	19.0	23.5	Spain	79.4	85.5	18.8	22.9
Georgia	70.2	79.0	14.5	18.4	Sweden	79.7	83.7	18.4	21.3
Germany	78.7	83.4	18.3	21.3	Switzerland	80.4	85.0	19.2	22.7
Greece	78.6	83.2	18.6	20.7	Tajikistan	71.2	76.3	14.5	17.8
Hungary	71.7	78.8	14.4	18.2	The former Yugoslav Republic of Macedonia	73.0	77.3	14.0	16.1
Iceland	79.9	83.9	18.7	21.1	Turkey	74.5	80.0	15.7	19.1
Ireland	78.5	83.0	17.8	21.0	Turkmenistan	62.5	69.8	12.4	14.9
Israel	80.4	84.1	19.4	21.7	Ukraine	66.2	76.2	12.8	16.8
Italy	79.8	85.0	18.7	22.5	United Kingdom	78.8	82.7	18.4	21.0
Kazakhstan	63.7	73.5	11.9	15.6	Uzbekistan	68.2	73.0	13.0	15.0
Kyrgyzstan	65.5	73.7	12.8	15.7					

Note: data from latest available year, 2004–2012 (with one exception from 1998); regional averages for 2011.
Source: European Health for All database (11).

Разом зі зміною соціально-демографічної ситуації змінюється також і стан здоров'я населення України. На зміну інфекційним захворюванням, які тривалий час становили основну загрозу здоров'ю та життю громадян і з якими достатньо успішно впоралася система Семашка (нині рівень смертності від них в Україні становить лише 7%³⁴), прийшли неінфекційні захворювання, до чого ця система виявилася не готовою. Серед неінфекційних хвороб провідне місце займають серцево-судинні та онкологічні захворювання, які є головними причинами смертності українців – 68% та 13% відповідно³⁵, за високими показниками яких Україна є одним зі світових лідерів. Крім того, в Україні смертність серед дорослого / працездатного населення (вік 15–60 років) є однією з найвищих у світі: з 1970 року по 2010 рік за цим показником серед чоловічого населення Україна опустилася з 73 на 165 місце, а серед жіночого – з 25 на 122³⁶. Серед європейських країн на 2012 рік Україна посідала друге місце

33 Claudia Stein, Marieke Verschuuren, Nils Fietje, Fern Greenwell, Thara Raj. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 28.

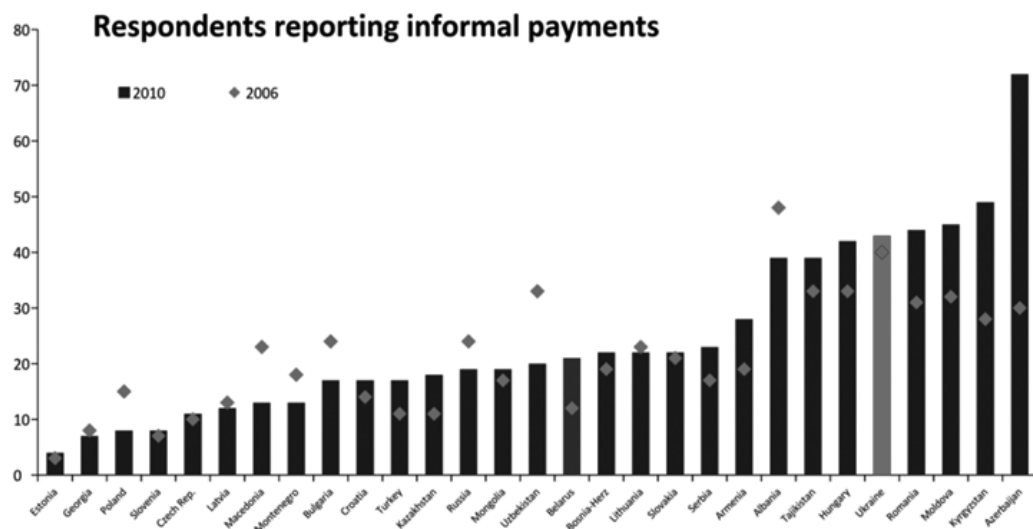
34 Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошниченко, Денис Ковриженко та ін. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2013. – С. 16.

35 Leanne Riley and Melanie Cowan (eds.). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. – Geneva: World Health Organization, 2014. – P. 195.

за рівнем смертності, що збільшився на 12,7% від 1991 року, коли в ЄС цей показник знизився за цей же період на 6,7%³⁷. За останні п'ять років коефіцієнт смертності в країні закріпився на високій позначці 15,3–14,7‰ (смертність на 1000 населення), головним фактором чого стало швидке старіння населення³⁸, і вже у 2015 році Україна вийшла на друге місце у світі за цим показником³⁹.

Формально держава гарантує безоплатну медичну допомогу населенню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ст. 49 Конституції України), однак фактично приватні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять майже половину всіх витрат на охорону здоров'я в країні. Зокрема, у 2012 році цей показник сягнув 42,3% (46 млрд. грн., або 3,2% ВВП; Рис. 7)⁴⁰.

Рис. 7. Порівняння випадків тінювих платежів (у відсотках)⁴¹



І він був одним з найвищих серед країн ЄС та Східної Європи. Пацієнтам та їхнім родинам доводиться оплачувати переважну більшість лікарських засобів та інших товарів медичного призначення (за даними національних рахунків за 2005–2012 рр. – 94–95%). Однак переважна більшість цих приватних

36 Ukraine – Serving People, Improving Health Project. – Washington, DC: World Bank Group, 2015. – P. 30, ff 42. Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошніченко, Денис Ковриженко та ін. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2013. – С. 16, прим. 12.

37 Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, БФ «Пацієнти України», МФ «Відродження», Стратегічні дорадчі групи, 2015. – С. 8.

38 Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, 2015. – С. 24.

39 The World Factbook – CIA. Ukraine // Central Intelligence Agency / <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>

40 Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 58 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2). Ukraine – Serving People, Improving Health Project. – Washington, DC: World Bank Group, 2015. – P. 13; Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, БФ «Пацієнти України», МФ «Відродження», Стратегічні дорадчі групи, 2015. – С. 11.

41 European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe / <http://data.euro.who.int/hfad/>.

платежів заклади охорони здоров'я отримала безпосередньо, не залучаючи їх до загального фонду **закладу** або **системи охорони здоров'я**, які могли б бути використані для покращення фінансування окремих статей видатків в межах конкурентного закладу охорони здоров'я або інших ЗОЗ⁴².

Загалом український уряд витрачає на сферу охорони здоров'я 12,2% від державного бюджету, або 4,2% ВВП⁴³. У 2015 році ця цифра становить 55,58 млрд. грн., з яких безпосередніми загальнодержавними витратами МОЗ України (Табл. 5)⁴⁴, тобто субвенціями місцевим бюджетам і водночас тими коштами, які через нераціональний розподіл (плата за «ліжко-місце») і жорстку процедуру фактично знецінені і даремні, є 46,37 млрд. грн. (83%).

Для прикладу всієї нераціональності та неефективності управління ресурсами в українській сфері охорони здоров'я нижче наведено порівняння її основних показників з польськими.

Табл. 6.1. Головні показники сфери охорони здоров'я в Україні та Польщі (2012)⁴⁵

	Україна	Польща
Видатки на сферу охорони здоров'я		
• загальна сума витрат (млн. \$)	13 192,762	33 103,320
• сума витрат (на душу населення, \$)	290	859
• видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	7,6	6,7
• приватні видатки (% до всіх витрат на охорону здоров'я)	42,4	22,8
очікувана тривалість життя		
чоловіки / жінки / середній показник	66,2 / 76,2 / 71,3	72,7 / 81,2 / 77 (2011 р.)
рівень смертності (на 1000 населення)	14,5 (2011 р.)	10,1 (2009 р.)
кількість лікарів та медсестер (на 1000 населення)	4,8 / 8,5	2,07 / 4,87 (2009 р.)
загальна кількість лікарів	217 000 (2013 р.)	132 800 (2009 р.)
кількість лікарень (державні / відомчі / приватні)	1587 / 233 / 94 (2013 р.)	526 / - / 228 (2009 р.)
кількість ліжок (державні заклади)	398 000 (2013 р.)	165 012 (2009 р.)
середній час перебування пацієнта у стаціонарі (днів)	11,8 (2013 р.)	6,2

1.2. Оцінка дієвості державної політики

Прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в листопаді 1992 року і перехід на фінансування медичної допомоги з розрахунку на одного жителя (подушний норматив) стали поштовхом до реорганізації системи і надали можливість відійти від адміністративної системи формування та розподілу бюджету. Поява Бюджетного Кодексу, який всту-

42 Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, БФ «Пацієнти України», МФ «Відродження», Стратегічні дорадчі групи, 2015. – С. 11.

43 International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015. – P. 12.

44 Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» (Сигнальний документ f436954n339.xls).

45 Джерела див. у Табл. 6 у додатках.

пив у дію з 1 січня 2011 року, дозволила певною мірою вирівняти бюджетні можливості регіонів. Проте до розробки реальних дієвих механізмів розподілу бюджету справа так і не дійшла.

Постанова Кабінету Міністрів України № 1195 від 5 вересня 2001 року визначила формулу розрахунку витрат на фінансування сфери охорони здоров'я між державним бюджетом та місцевими бюджетами різних рівнів (однак постанова втратила чинність 08.12.2010). Таке співвідношення, зокрема, формувалося з урахуванням витрат попередніх років, де за основу розрахунків було взято ліжковий фонд (тобто облік ліжко-днів) та чисельність персоналу (нормативний штат).

Аналогічна ситуація склалася і з розподілом міжбюджетних трансфертів на рівні районів. Постановою Кабінету Міністрів України № 1994 від 24 грудня 2003 року було затверджено методику розподілу трансфертів, у тому числі між медичними установами районного рівня (параграф 17). У його основі також, на жаль, лежала не реальна потреба населення в медичних послугах, а утримання медичних закладів. Останнє визначалося нормативною чисельністю персоналу (Наказ МОЗ України № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» з подальшими його модифікаціями), кількістю ліжок, середньою тривалістю перебування у лікарні (Рис. 2), а також кількістю амбулаторних відвідувань за попередні роки, тобто за основу цих розрахунків було взято показники, що не відображають реальних потреб у фінансуванні первинної ланки охорони здоров'я.

Можливість гнучкого використання запропонованої формули розподілу трансфертів між первинною і вторинною медичною допомогою була ускладнена і тим, що в ній не використовувалися основні коригувальні фактори ризику, такі як стать і вік пацієнтів. Водночас відсутність медичної маршрутизації пацієнтів (алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я) на основі медичних послуг та клінічних протоколів, зрівняльна система оплати праці медичних працівників, відсутність мотивації у сімейних лікарів до збільшення обсягу та якості медичних послуг призвели до того, що значна частина пацієнтів одразу почала перенаправлятися безпосередньо до профільних лікарів-спеціалістів або до стаціонарів.

Система організації медичної допомоги в Україні заснована на бюджетному утриманні медичних установ, відсутність гнучких механізмів розподілу послуг за рівнями надання медичної допомоги не дозволяють раціонально управляти розподілом бюджету, сформованого на основі подушного нормативу, організувати якісну медичну допомогу населенню та отримати оптимальне співвідношення «витрати – якість».

Ситуація не змінилась, попри намагання апробувати нові методи фінансування у пілотних регіонах, які потім мали на меті впровадити в усій країні

(Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»). Використання неефективної моделі управління та відсутність реальних механізмів розподілу потоків пацієнтів, послуг та витрат за рівнями надання медичної допомоги не дозволили отримати очікувані результати в пілотних регіонах, незважаючи на значні фінансові вливання в розвиток центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

В основу проведених реформ в цих регіонах була покладена структурна реорганізація базових медичних закладів вторинного рівня (районних та міських лікарень), виокремлення центрів ПМСД в юридично самостійні структури. Поділ каналів фінансування закладів первинної та вторинної медичної допомоги, їх жорстка фрагментація призвели до відсутності будь-якої мотивації для співпраці між ними і, як наслідок, порушення координації в роботі первинної і вторинної ланки охорони здоров'я. Таким чином, очікуваного поліпшення доступності, своєчасності та якості медичної допомоги не відбулося.

В пілотних проектах не були визначені підходи і відпрацьовані механізми надання гарантованих медичних послуг населенню. Не враховувалася також роль ПМСД як каталізатора високоефективної інтегрованої первинної медичної допомоги і розвитку охорони здоров'я.

Попри відсутність механізмів розподілу послуг за рівнями надання медичної допомоги на загальнодержавному рівні, варто виокремити спробу змінити формули розрахунку трансфертів для пілотних регіонів – запровадження принципу прямого виділення фондів для фінансування центрів ПМСД з рівня Міністерства фінансів України. На первинну медичну допомогу спочатку виділялося 28% бюджету, а згодом ця цифра була збільшена до 35% без будь-яких пояснень, розрахунків та юридичних підстав. Продовження фінансування саме медичних установ, а не послуг, які надаються населенню, кардинально не змінило ситуацію.

Ця спроба реформувати існуючу систему охорони здоров'я не могла мати успіху априорі, оскільки попередньо не відбулося належної інформаційної кампанії з роз'яснення суті експерименту усім причетним до неї сторонам. Також виконання вказівок МОЗ не супроводжувалося своєчасним роз'ясненням для місцевих влад.

Таким чином, реформи, проведені в пілотних регіонах, не мали очікуваного позитивного результату і не стали прикладом для подальшого реформування всієї системи охорони здоров'я України.

2. Масштаб і гострота проблеми

2.1. Спроби реформування системи охорони здоров'я України

За роки незалежності в Україні було проведено декілька часткових реформ у системі охорони здоров'я⁴⁶:

- створено *лікарняні каси*, які є своєрідним варіантом медичного страхування для малозабезпечених громадян. У таких касах, на засадах принципу солідарної відповідальності, учасники отримують гарантований доступ до ліків та визначеного переліку медичних послуг за досить символічні і добровільні внески; наприклад, на Житомирщині, де ця практика завдяки активній позиції влади набула найбільшого поширення і охопила близько 15% населення, щомісячні внески становлять 30 – 60 грн. Лікарняні каси створювали в середині 1990-х років на основі Закону України «Про об'єднання громадян» від 16 червня 1992 року. Однак загальна частка у витратах на охорону здоров'я лікарняних кас дуже незначна: у 2012 році вона становила 90,2 млн. грн., або 0,08%⁴⁷;
- запроваджено *добровільне медичне страхування* Законом України «Про страхування» від 7 березня 1996 року. Загальна частка добровільного медичного страхування у витратах на охорону здоров'я у 2012 році становила 1 055,6 млн. грн., або 0,97%⁴⁸;
- затверджено *перелік платних медичних послуг* у медичних закладах державної та комунальної власності Постановою Кабінету Міністрів України № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» від 17 вересня 1996 року. Більшість послуг з цього переліку в 1998 році за рішенням Конституційного Суду було вилучено, їх визнано такими, що є життєво необхідні, а платне їх надання порушує конституційне право на медичну допомогу. Однак окремі заклади надають такі платні послуги;
- створено *інститут сімейної медицини* (Постанова Кабінету Міністрів України № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 року); сімейні лікарі та лікарі загальної практики мають контролювати та раціоналізувати доступ населення до спеціалізованої та стаціонарної допомоги;
- затверджено *порядок отримання благодійних внесків* закладами охорони здоров'я Постановою Кабінету Міністрів України № 1222 «Про за-

твердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування» від 4 серпня 2000 року. Через обмеження щодо цільового використання таких внесків медичними закладами, це нововведення не ліквідувало систему неформальних платежів та не завадило створенню благодійних фондів при закладах охорони здоров'я;

- запроваджено *міжбюджетні трансферти* для вирівнювання відмінностей між регіонами, які були викликані політикою децентралізації, коли в медицині адміністративні функції було передано місцевим державним адміністраціям та органам місцевого управління (Постанови Кабінету Міністрів України № 1195 від 5 вересня 2001 року та № 1382 від 14 вересня 2002 року, що втратили чинність на підставі Постанови Кабінету Міністрів України № 1149 від 8 грудня 2010 року; порядок та методика розподілу медичної субвенції тепер визначають статті 25–27 Закону України «Про Державний бюджет на 2015 рік» та Постанова Кабінету Міністрів України № 1994 від 24 грудня 2003 року «Про затвердження Методики розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів між районним бюджетом та бюджетами міст районного значення, сіл, селищ»);
- прийнято *першу комплексну програму* «“Здоров'я нації” на 2002–2011 роки». Програма, яку було розроблено спільно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, визначала основні напрямки поліпшення системи, зокрема надання медичних послуг населенню за рахунок держави, однак ніяк не відповідала на питання, як це зробити. Виконана не була, цілей не досягнуто;
- запроваджено систему національних рахунків охорони здоров'я (в 2006 році), що дозволяє отримувати інформацію про фінансові потоки у системі охорони здоров'я у державному та приватному секторах і, своєю чергою, мала би сприяти розробці політики і стратегії у сфері фінансування галузі.

Першою спробою комплексно підійти до реформування вітчизняної системи охорони здоров'я стала реалізація у 2002 році трирічного проекту Європейського Союзу «Первинна система охорони здоров'я та профілактики» («Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей»), який мав на меті апробувати нову модель первинного медичного обслуговування – сімейну медицину – в трьох обраних місцях: Сакський район АР Крим (змішаний тип), Михайлівський район Запорізької області

46 Вадим Зукін. Реформи в галузі охорони здоров'я України – ремонт, який ніколи не закінчується? // Практика управління медичним закладом. – 2015. – № 3. – С. 47–52; Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2010. – P. 149–154 (Health Systems in Transition. Vol. 12, No. 8); Valery Lekhan, Volodymyr Rudyi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 126–127 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

47 Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році. – Київ: Державна служба статистики, 2014. – С. 178.

48 Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році. – Київ: Державна служба статистики, 2014. – С. 178.

(сільська місцевість), місто Хмельницький Хмельницької області (місто), яке потім було замінено на місто Комсомольськ Полтавської області⁴⁹.

Наступний проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» стартував 12 грудня 2003 року⁵⁰. Метою проекту була реорганізація медичних закладів у Попільнянському районі Житомирської області та Золочівському районі Харківської області в комунальні некомерційні підприємства, перехід до фінансування в рамках договорів про закупівлю медичних послуг за кошти відповідних місцевих бюджетів (до контрактних відносин) та запровадження локальної системи соціального медичного страхування в цих районах. Результати проекту лягли в основу позиції фахівців-учасників конференції «Автономізація постачальників медичних послуг та запровадження контрактних відносин – головні складові реформи системи охорони здоров'я в Україні» (23–25 вересня 2005 року), щодо рекомендацій українській владі:

- збільшити управлінську та фінансову автономію медичних закладів (реорганізувати бюджетні державні установи у державні казенні та комунальні некомерційні підприємства);
- запровадити договірні відносини між платниками та постачальниками медичних послуг (систему державних закупівель медичних послуг);
- розробити та затвердити єдині державні тарифи на медичні послуги, що підлягають закупівлі за державні кошти в рамках державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою;
- визнати неприбутковими організаціями некомерційні підприємства, які надають безоплатні медичні послуги на основі договорів про державну закупівлю;
- запровадити соціальне медичне страхування, встановити пріоритет первинної медико-санітарної допомоги і ролі сімейного лікаря/лікаря загальної практики в організації медичного обслуговування населення;
- уніфікувати клінічні протоколи та стандарти якості медичних послуг.

Вже третій трирічний проект Європейського Союзу – «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (серпень 2007 року – грудень 2009 року) – був спрямований на надання допомоги українській владі в інфраструктурному та організаційному розвитку, фінансовому та інвестиційному плануванні, розробці національної стратегії реформування вторинної – невідкладної та спеціалізованої – допомоги, підготовці кадрів та навчанні фахівців, а також у моніторингу політичних ініціатив і законодавчої бази щодо

49 Проект ЄС «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» // Сайт Міністерства охорони здоров'я / https://www.moz.gov.ua/ua/portal/prj_prevprim.html.

50 Проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» / <http://www.healthfin.kiev.ua/>; Олександр Сіроштан. Допомога Європейського Союзу в реформуванні вітчизняної системи охорони здоров'я. Інтерв'ю з Еєро Ліннакко // Аптека. – 16 серпня 2004 року. – № 452 (31); Олександр Сіроштан. Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні»: від «пілотних» регіонів до загальнодержавного рівня. Інтерв'ю з Володимиром Рудим // Аптека. – 4 жовтня 2004 року. – № 459 (38).

реформування вторинної медичної допомоги у трьох пілотних областях: Житомирській, Харківській та Полтавській⁵¹. За підсумками проекту було підготовлено зведений звіт «Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення», в якому визначалися такі пріоритети⁵²:

- автономізація та фінансова і кадрова свобода медичних закладів (з різними типами діяльності);
- запровадження контрактної системи на замовлення медичних послуг і глобального, не прив'язаного до статей, бюджету;
- перегрупування/реконфігурація послуг в межах мережі лікарень на міжтериторіальному рівні (розвиток так званих госпітальних округів, де кожна районна лікарня має обслуговувати принаймні 100 тисяч осіб та бути пов'язаною з кількома місцевими постачальниками допоміжних чи додаткових послуг);
- створення моніторингового органу за якістю медичних послуг;
- вироблення нової кадрової стратегії;
- запровадження єдиної медичної електронної мережі та електронних медичних карт.

Державна Програма економічних реформ «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» 2010 року, напрямок змін яких у сфері охорони здоров'я визначили передусім Всесвітня організація охорони здоров'я та USAID, враховувала всі рекомендації міжнародних експертів і передбачала перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я різних форм власності на контрактній основі на базі національної системи єдиних тарифів, впровадження медичних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини, створення незалежних центрів оцінювання якості медичної допомоги, запровадження оплати праці залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги, розмежування рівнів медичної допомоги і розвиток інституту сімейного лікаря⁵³.

Головні ідеї проектів ЄС у сфері охорони здоров'я України та Програми економічних реформ – автономізація та фінансова самостійність медичних закладів – були закладені у *пілотній реформі охорони здоров'я* у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, яка розпочалася 1 січня 2012 року⁵⁴. Закон передбачав можливість реорганізації комунальних за-

51 Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» / <http://www.eu-shc.com.ua/>.

52 Зведений звіт «Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення». – EPOS Health Consultants, 2004. – С. 64–76 // Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» / <http://www.eu-shc.com.ua/>.

53 Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. – 22–25.

54 Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

кладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства чи установи, «основною метою яких є здійснення медичного обслуговування населення без мети одержання прибутку», тобто автономію цих закладів. Однак насправді бюджет був чітко фіксований і потоки коштів між центрами первинної медико-санітарної служби та лікарнями були розподілені в пропорції 35:65, що нівелювало будь-які можливості розпоряджатися власними коштами, створення договірних відносин з замовником послуг й унеможливило співпрацю між первинною та вторинною ланками. Позитивним моментом трирічного експерименту стало ширше впровадження практики сімейних лікарів, були також розроблені документи щодо створення госпітальних округів, але принцип «гроші йдуть за пацієнтом», коли замовлення медичних послуг відбувається на контрактних умовах, так і не було втілено – «управління витратами і якістю зводилося до адміністрування бюджетних установ збереженою системою Семашка»⁵⁵.

В 2014 році Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, до якої входять вітчизняні та міжнародні експерти, була розроблена Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років⁵⁶, яка була врахована при написанні державної Стратегії сталого розвитку «Україна–2020» (що була затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 року). У Стратегії зазначено, що необхідно провести кардинальне, системне реформування охорони здоров'я, яке буде спрямоване на пацієнта та створюватиме рівні умови доступу до медичного обслуговування: «Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я»⁵⁷.

Бачення реформ у сфері охорони здоров'я в Угоді про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна»⁵⁸ також базується на цих засадах. Однак фактично за рік так і не було прийнято Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я», який би вніс необхідні зміни. Проект Закону, що надійшов з Кабінету Міністрів України (2309а 7 липня 2015 року), був без пояснень відхилений Комітетом Верховної Ради України, а альтернативний законопроект (2309а-1 від

55 Анатолій Голунов. Аналіз реформи в пілотних регіонах (Вінницька та Дніпропетровська області) та перспективи її подальшого розвитку (рукопис).

56 Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років / за ред. О. Квітшавілі. – Київ: МОЗ України, БФ «Пацієнти України», МФ «Відродження», Стратегічні дорадчі групи, 2015.

57 Указ Президента України «Стратегія сталого розвитку "Україна–2020"» від 12 січня 2015 року.

58 Угода про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна». – Верховна Рада України восьмого скликання. 27 листопада 2014. – С. 67–69.

17 липня 2015 року) був відправлений на доопрацювання. Єдиною вартою уваги членів коаліції медичною сферою за цей період стала фармацевтична політика, зокрема й питання державних закупівель із залученням міжнародних організацій (відповідні доповнення було внесено до статті 1 Закону України «Про здійснення державних закупівель» 19 березня 2015 року)⁵⁹⁶⁰.

Тим часом Україна отримала безпрецедентну позику від Світового банку у розмірі 214,7 мільйонів доларів США у рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», що має на меті вдосконалення якості медичних послуг у відібраних областях (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська та Рівненська), особливу увагу має бути приділено первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних та онкологічних захворювань, і поліпшення ефективності системи охорони здоров'я⁶¹. Зволікання ж із прийняттям згаданого Закону ставить під питання ефективну реалізацію не лише цього Проекту, ефективного використання державної позики, а взагалі життєздатність всієї системи охорони здоров'я.

...проект [«Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»] буде успішним тільки за умови, якщо фінансування за Проектом буде супроводжуватись прийняттям відповідних рішень.

(17 серпня 2015 року)⁶²

Чергове подальше відкладення початку змін у цій життєво важливій сфері дуже швидко призведе до повного колапсу системи охорони здоров'я, яка вже довгі роки страждає рівною мірою як від дефіциту фінансових ресурсів, так і від вкрай неефективного їх використання та незадовільного менеджменту.

(3 вересня 2015 року)⁶³

Паоло Карло Беллі

Керівник програм з питань охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та вразливості внаслідок конфлікту Білорусь, Молдова та Україна Європа і Центральна Азія

59 Закон України «Про здійснення державних закупівель» (2014)

60 Євген Ревтюк, Леся Шевченко. Виконання Коаліційної угоди: як депутати роблять «косметичний ремонт». Аналіз законотворчої діяльності за 100 днів парламенту (Working paper) // Фондація «Відкрите суспільство». – 28 лютого 2015. – С. 7; Євген Ревтюк, Леся Шевченко. Виконання Коаліційної угоди: як Кабмін та Президент роблять «косметичний ремонт». Аналіз законотворчої діяльності за 100 днів Коаліційної угоди (Working paper) // Фондація «Відкрите суспільство». – 5 березня 2015. – С. 8; Леся Шевченко, Іван Сікора, Євген Ревтюк. Виконання Коаліційної угоди: другі сто днів покладено на пошук політичних балів перед місцевими виборами (Working paper) // Фондація «Відкрите суспільство». – 20 червня 2015. – С. 8.

61 Угода про позику між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку № 8475-УА (Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей») від 19 березня 2015 року. International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015.

62 Paolo Carlo Belli. Required legislative support to health care reforms in Ukraine. Letter Reg. #2015/8/14-18. – 17 August, 2015 (неофіційний переклад). Повний текст листа див. у додатках.

63 Paolo Carlo Belli. Legislative Initiatives of the Ukrainian Government on the Healthcare Reforms. Letter Reg. #2015/9/3-6. – 3 September, 2015 (неофіційний переклад). Повний текст листа див. у додатках.

Система охорони здоров'я України адміністративно і далі знаходиться у відданні міністерств та відомств, що ще більше бюрократизує та консервує паралельну роботу всієї системи загалом та самих медичних закладів зокрема, унеможливує гнучкість системи та її швидку реакцію на виклики у сфері надання медичної допомоги, які мають негативний вплив на здоров'я, тривалість життя та благополуччя громадян України. Жорстка централізація та чітка система підпорядкування є основним дефектом системи, бо вони погіршують її функціонування та не сприяють реформуванню галузі. Саме тому одним з першочергових завдань, що стоїть перед реформаторами сфери охорони здоров'я, є її децентралізація та демонополізація⁶⁴. Потрібні нові дієві механізми для зміни системи фінансування, обліку, менеджменту та забезпечення послугами.

2.2. Вагомість проблемної ситуації

Сучасна система охорони здоров'я України не орієнтована на пацієнтів, вона є застарілою та надміру централізованою. Розподіл і використання ресурсів залишається непрозорим та неефективним, кошти витрачаються на підтримку інфраструктури, а не на потреби при наданні медичних послуг. Офіційна державна медична статистика не є показовою та не відображає реальної картини стану системи охорони здоров'я в Україні. Заклади охорони здоров'я забюрократизовані. 25 років тому економіка країни перейшла на ринково-контрактні відносини, але **медицина залишилась плановою**. Система охорони здоров'я не відповідає таким сучасним викликам, як соціально-демографічні зміни в країні, захворюваність населення України та головні причини смертності, збройний конфлікт на Сході тощо.

64 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 18–19, 21 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

3. Формулювання проблеми

3.1. Визначення проблеми

Сучасна система державних та комунальних закладів охорони здоров'я не здатна підтримувати медичну сферу в задовільному стані для ефективної роботи та надання якісних послуг. Система дає відчутні збої через низку невирішених і невирішуваних проблем:

- відсутня профілактика захворювань;
- погано організована система керівництва та менеджменту персоналу;
- не налагоджено систему управління інформацією (не створено єдиний реєстр лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації);
- поширена корупція;
- нераціонально розподіляються кошти;
- існує жорстка ієрархічність й далі домінують бюрократичні схеми.

Однією з головних причин неефективності української охорони здоров'я є переважно невисокий рівень ефективності роботи системи державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Як зазначалося раніше, заклади охорони здоров'я фінансуються не за надані послуги, а за принципом «утримання». Медичні заклади, що отримують мінімальне фінансування, через свій статус державних та комунальних установ не мають можливості залучати додаткові кошти, тому їм доводиться працювати в напівлегальних схемах. Неможливо прослідкувати за тіншовим потоком нелегально отриманих коштів, що призводить до виникнення корупційних зв'язків в медичних закладах та в системі охорони здоров'я в цілому.

В Угоді про асоціацію України з Європейським Союзом (ратифікованою 16 вересня 2014 року) глава 22 «Громадське здоров'я» передбачає впровадження реформ задля зміцнення та покращення системи охорони здоров'я України: *«Співробітництво, зокрема, охоплює такі сфери: а) зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу...»*⁶⁵

Угода про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» (27 листопада 2014 року) свідчить про зобов'язання Коаліції забезпечити якісні та доступні медичні послуги для українського суспільства, реорганізувавши систему медичного обслуговування, сформувавши систему забезпечення і підтримки якості медичних послуг, здійснюючи раціональну фармацевтичну політику на макро- та мікрорівні, популяризуючи здоровий спосіб життя

65 Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

та покращуючи громадське здоров'я. Зокрема, в цьому документі наголошується на необхідності надання автономії закладам охорони здоров'я: «*Утвердження самоврядування та автономності медичних закладів шляхом надання статусу неприбуткових організацій закладам охорони здоров'я за рішенням відповідних органів місцевого самоврядування, затвердження нових статутів, укладення договорів на медичне обслуговування*»⁶⁶.

Також про необхідність покращення системи охорони здоров'я свідчать:

- дані Світового Банку (проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі людей»);
- Меморандум між Україною та Міжнародним валютним фондом про економічну та фінансову політику (лютий – березень 2015 року);
- Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років;
- нормативно-правові акти та програмні документи в сфері реформування охорони здоров'я України.

Тому є потреба в перегляді основних принципів функціонування системи державних та комунальних закладів охорони здоров'я України та забезпечити системне і всеосяжне реформування всієї мережі медичних закладів⁶⁷.

3.2. Ключові стейкхолдери

Аналіз стейкхолдерів передбачає виявлення усіх зацікавлених сторін, які мають прямий або опосередкований вплив на роботу державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Визначення механізмів впливу певних груп зацікавлених сторін дає можливість задіяти їх права та обов'язки як механізми впровадження позитивних змін в систему охорони здоров'я.

Під час аналізу системи охорони здоров'я основними стейкхолдерами, які мають вплив на роботу медичних закладів, було визначено наступні:

1. Верховна Рада України.
2. Кабінет Міністрів України.
3. Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.
4. Міністерство охорони здоров'я України та місцеві органи управління.
5. Міністерство фінансів України.
6. Міжнародні організації.
7. Органи місцевого самоврядування.
8. Місцеві громади.
9. Головні лікарі.

10. Приватні заклади охорони здоров'я.
11. Лікарі.
12. Пацієнти.

Детальніший аналіз дає змогу зрозуміти основну діяльність та фактори впливу на розвиток медичної сфери країни.

- 1) **Верховна Рада України** – найвищий орган управління держави. Оскільки парламент є законодавчою гілкою влади і його рішення мають системний та довгостроковий характер, основним його завданням у цьому випадку є прийняття законопроектів та здійснення політики щодо охорони здоров'я. Верховна Рада зобов'язана визначити напрямки покращення загального стану та функціонування системи закладів охорони здоров'я, що забезпечить суспільство якісними медичними послугами.
- 2) **Кабінет Міністрів України** – найвищий орган виконавчої влади, який узгоджує прийняття рішень та відіграє ключову роль у перерозподілі повноважень, має забезпечити координацію, міжвідомчість та моніторинг за діяльністю центральних органів виконавчої влади в сфері **впровадження принципу «здоров'я у всіх політиках»**.
- 3) **Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я** – орган Верховної Ради України, що визначає пріоритети у законодавчій сфері охорони здоров'я, готує та розглядає нормативно-правові акти, які уповноважена приймати Верховна Рада України. У сферу повноважень та відповідальності Комітету також входять контрольні функції у сфері законодавства про охорону здоров'я та фармацевтичну діяльність.
- 4) **Міністерство охорони здоров'я України** свою функцію реалізує через виконання ряду завдань: контроль за реалізацією державної політики в сфері охорони здоров'я, збереження санітарного та епідемічного стану населення в межах норми, контроль за якістю надання медичних послуг та охорони здоров'я, організація безоплатної медичної допомоги в екстремальних та неекстремальних ситуаціях та інші функції.
- 5) **Міністерство фінансів України** як головний орган виконавчої влади з фінансових питань має безпосереднє відношення до покращення роботи системи охорони здоров'я, оскільки він має забезпечувати стабільність розвитку України. В даному випадку Мінфін повинен гарантувати створення умов для поступового розвитку підприємницької діяльності та формувати ефективну економічну систему в сфері охорони здоров'я. Також Мінфін має погодити виділення коштів на впровадження нових ефективних механізмів фінансування системи охорони здоров'я.
- 6) **Міжнародні організації** надають підтримку та фінансову допомогу тим регіонам світу, для яких вона є дійсно необхідною, і вони мають

⁶⁶ Угода про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна». – Верховна Рада України восьмого скликання. 27 листопада 2014. – С. 68
⁶⁷ Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошниченко, Альона Горошко та Наталія Степурко. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2015. – С. 4.

бути впевненими в тому, що кошти, які виділяються організаціями на програми в Україні, будуть використаними ефективно. Зокрема, Світовий банк 19 березня 2015 року уклав з Україною угоду про позику у 214, 729 млн. доларів на поліпшення системи охорони здоров'я України⁶⁸. У міжнародних організаціях є необхідні знання, навички, досвід і ресурси для роботи з Україною, щоб допомогти вирішити цю проблему. Крім того, міжнародні організації мають доступ до фінансових активів.

- 7) **Органи місцевого самоврядування** приймають рішення щодо виділення, перерозподілу грошей, а від розподілу грошових потоків залежить ефективність діяльності системи охорони здоров'я на місцевому рівні. В контексті децентралізації органи місцевого самоврядування отримують більше можливостей фінансувати заклади охорони здоров'я, визначати пріоритети на локальному рівні.
- 8) **Місцева громада** є основним джерелом управлінських рішень щодо покращення діяльності системи охорони здоров'я. Як джерело влади на місцевому рівні, що являє собою колектив людей, об'єднаний за територіальною ознакою, вони можуть визначати як безпосередньо через власне волевиявлення, так і через своїх представників в виборних місцевих органах напрями та способи покращення ситуації з надання медичної допомоги в громаді.
- 9) **Головні лікарі** є менеджерами своїх закладів, але вони не завжди можуть раціонально розподіляти всі ресурси через брак навичок ефективного управління. Також головні лікарі можуть негативно впливати на впровадження реформ, адже багато хто з них звик працювати в вимушених непрозорих умовах, тому такі головні лікарі не можуть працювати в конкурентних реаліях – через звичку використовувати старі схеми в своїй діяльності.
- 10) **Приватні заклади охорони здоров'я** безпосередньо впливають на покращення діяльності державних та комунальних медичних закладів, адже вони створюють конкурентне середовище у сфері надання медичних послуг. Приватні заклади мають відпрацьовані схеми та методи роботи в умовах повної автономії, отже, цей досвід може бути використаний під час впровадження автономізації державних та комунальних закладів.
- 11) Основою всієї системи охорони здоров'я є **лікарі**. Ця група зазнає значного впливу низької ефективності роботи медичної сфери. Через

⁶⁸ Угода про позику між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку № 8475-UA (Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей») від 19 березня 2015 року. International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015.

прив'язку до фінансування на основі ліжко-днів практикуючі лікарі змушені приділяти багато часу заповненню медичних карт, інформація в яких часто не збігається з дійсністю. Наслідком цих непотрібних та неправдивих дій є неправильні статистичні дані з питань здоров'я населення, що, своєю чергою, не відображають об'єктивної необхідності у реформуванні сфери охорони здоров'я. Мотивація лікарів напряму залежить від заробітної плати, дисципліни, вільної конкуренції. Теперішня ситуація з заохоченням до відповідального виконання своєї роботи медичних працівників катастрофічна. Низька оплата праці спричиняє розвиток корупційних схем у відносинах «лікар – пацієнт», а відсутність вільної конкуренції знижує бажання самовдосконалення за відповідною спеціалізацією, що стримує розвиток медичної науки та знижує якість медичних послуг.

- 12) **Пацієнти** як користувачі послуг не володіють інформацією щодо конкретного переліку медичної допомоги, яку вони можуть отримати згідно з Конституцією України. Доступ до якісних медичних послуг обтяжений непрозорою системою направлення і значними фінансовими та організаційними перешкодами. Низька довіра до системи надання медичної допомоги спричиняє практику самолікування або відмову від лікування, що в свою чергу впливає на незадовільний загальний стан населення.

3.3. Цілі і завдання

В системі організації медичної допомоги основною метою є покращення роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Для досягнення даної цілі поставлено наступні завдання:

- забезпечення населення доступною і якісною медичною допомогою відповідно до реальних потреб суспільства і згідно з дотриманням принципів рівності та справедливості;
- пошук механізмів забезпечення прозорої підзвітності роботи закладів охорони здоров'я, викорінення неофіційних платежів та корупційних схем;
- створення якісної системи управління інформацією;
- розробка ефективних методів управління та фінансування медичних закладів.

3.4. Потенційні варіанти розв'язання проблеми

На даний момент в Україні є три ймовірних варіанти подальшого розвитку ситуації:

1. Збереження фактичної політики щодо закладів охорони здоров'я, яка існує на даний момент (статус-кво).
2. Впровадження автономізації закладів охорони здоров'я.
3. Приватизація закладів охорони здоров'я.

Після аналізу трьох запропонованих для розгляду альтернатив буде обра-на найкраща, яка є потенційним вирішенням проблеми неефективної роботи мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

4. Альтернативи політики

4.1. Опис альтернатив

Альтернатива № 1. Збереження фактичної політики щодо закладів охорони здоров'я, яка існує на даний момент (статус-кво)

Збереження теперішнього стану системи охорони здоров'я із можливим щорічним збільшенням фінансування без введення нових методів ефективного використання фінансових ресурсів та належного заохочення медичного персоналу надавати якісніші послуги перешкоджатиме покращенню ситуації з надання якісних медичних послуг. Темпи зростання витрат на систему охорони здоров'я в Україні протягом останніх років випереджають темпи росту ВВП⁶⁹. Теперішня система постатейного фінансування не дозволить надалі зв'язати грошові потоки між якістю та кількістю наданих послуг, що є необхідним елементом сучасних підходів до ефективного управління медичних послуг. Ситуація ще більше погіршиться через те, що рівень зносу основних фондів охорони здоров'я продовжуватиме зростати, у той час як рівень заміни застарілого медичного обладнання залишиться на тому самому рівні або навіть погіршиться.

Навіть теоретичне збільшення фінансування охорони здоров'я не передбачатиме раціонального використання ресурсів та мотивації медичних працівників підвищувати рівень знань та якості наданих ними послуг населенню, тому зростання видатків не матиме позитивного впливу на ефективність медичних закладів та якість їх послуг для населення.

Стара схема централізованого адміністративного управління навіть із застосуванням нових принципів менеджменту не дозволить покращити механізми функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

З часом ситуація, пов'язана з використанням фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я, залишиться практично без змін. Зміниться лише рівень фінансування, розподіл постатейних витрат залишиться на тому самому рівні. Найбільша частка витрат в сфері медицини залишиться на утримання закладів відповідно до системи розрахунку ліжко-днів. Видатки на оплату праці та комунальні послуги займатимуть більшу частину витрат консолідованого бюджету на охорону здоров'я, в той час як на закупівлю товарів, матеріалів і послуг буде йти набагато менше коштів, а на ремонтні роботи чи на придбання предметів щоденних потреб лікарень їх взагалі фактично не буде.

Неенергоефективні будівлі ЗОЗ неможливо буде утримувати з урахуванням останніх тенденцій щодо зростання видатків на тепло- та водопостачання, водовідведення, електроенергію та інші комунальні послуги.

69 Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування // Механізм регулювання економіки. – 2012. – № 1. – С. 167.

Надалі державні та комунальні заклади охорони здоров'я лишатимуться бюджетними установами, вони отримуватимуть кошти з казначейства, існуватимуть благодійні фонди при лікарнях, не буде налагоджено нові легальні механізми надходження коштів. Така система охорони здоров'я не сприятиме потенційним інвестиціям та роботі зі страховими компаніями.

Позитивні зрушення можливі, але вони матимуть несуттєвий характер та нетривалий вплив на систему надання медичної допомоги.

Альтернатива № 2. Впровадження автономізації закладів охорони здоров'я

Процес надання автономії державним та комунальним закладам охорони здоров'я передбачає те, що заклади припинять бути бюджетними установами і стануть автономними державними та комунальними підприємствами. Заклади зможуть відкривати власні рахунки в банках та вільно розпоряджатися власним бюджетом і всі невикористані за рік бюджетні кошти закладів не будуть повертатися в бюджет (а лишатимуться в розпорядженні закладів) і не будуть підставою зменшення фінансування на наступний рік. Також з'явиться новий ресурс доходу для закладів: окрім бюджету, благодійних фондів та фондів страхування, заклади зможуть у легальний спосіб отримувати кошти від фізичних та юридичних осіб. Процес переходу закладів з бюджетних установ у державні та комунальні підприємства включає звільнення закладів охорони здоров'я на п'ятирічний період від податкових відрахувань зі своїх власних доходів до місцевих чи державного бюджетів. Гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги, передбачений Конституцією України, яка надається в державних та комунальних закладах, буде корелюватися обсягом державного бюджету на поточний рік.

Усі керівники (головні лікарі) закладів обиратимуться за конкурсом та укладатимуть контракт з власником закладу (наприклад місцевою радою), що дасть можливість здійснення прозорого механізму прийняття на роботу та стане фундаментом для контрактних відносин в медичній сфері. Для громадського контролю за медичною та фінансово-господарською діяльністю закладів створюватимуться наглядові ради.

До функцій таких наглядових рад належатиме:

- контроль та моніторинг роботи керівництва закладів охорони здоров'я (головних лікарів);
- контроль за фінансуванням, яке виділяється на конкретний заклад, та майном закладів, що знаходяться на їх території.

За таких умов мінімізується можливість вчинення корупційних дій, адже пацієнти знатимуть, на що держава витратила кошти, лікарі матимуть необхідні засоби для належної роботи, громадськість контролюватиме фінансові потоки.

Альтернатива № 3. Приватизація закладів охорони здоров'я (на кшталт реформи закладів охорони здоров'я Грузії)

Радянська система охорони здоров'я Грузії була подібною до української, як і решти пострадянських країн, і декларувала загальнодоступні та начебто безкоштовні медичні послуги. Тому на її прикладі⁷⁰ можна розглянути перспективу приватизації закладів охорони здоров'я в Україні як альтернативу державної політики щодо покращення функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Спочатку необхідно буде відійти від системи єдиного платника. Створити страхові ваучери для бідних і літніх людей, які покриватимуть вартість базового набору медичних послуг у приватних страхових компаніях, що конкуруватимуть між собою за ваучери. Інша ж частина населення зможе або придбати за власний рахунок собі страховий поліс, або за власним бажанням може залишитися без медичної страховки.

Задля зменшення кількості неформальних платежів та залучення додаткових коштів до недофінансованої системи охорони здоров'я будуть впроваджуватися реформи, що передбачатимуть легалізовану систему оплати за медичні послуги – насамперед буде затверджено базовий пакет послуг, будуть налагоджені також механізми співоплати за деякі послуги в межах БПП. Первинна ланка медичної допомоги буде повністю приватизованою, створяться нові методики закупівлі медичних послуг і відшкодування за них. Але ці заходи не дозволять залучити більше коштів в систему охорони здоров'я, і вона опиниться в кризовій ситуації. Тоді галузь охорони здоров'я буде повністю передана в приватний сектор – це збільшить конкуренцію між надавачами послуг, пацієнти будуть вільними у виборі медичних закладів і матимуть можливість отримувати якісні послуги.

Однак скорочення мережі державних та комунальних закладів, яке супроводжуватиме процес приватизації, суперечитиме статті 49 Конституції України. Крім того, в економічних умовах України такий варіант неприйнятний, адже фактично автоматично позбавить більшість населення доступу до медичних послуг, що не зможе дозволити собі приватну медичну страховку.

4.2. Порівняння майбутніх наслідків

Будь-яка альтернатива розвитку подій щодо впровадження реформ в системі охорони здоров'я містить як позитивні, так і негативні сторони. Детальний опис подано в таблиці 7.

⁷⁰ Бендукідзе К., Редер Ф. С., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руйни до охорони здоров'я на ринковій основі. – Київ: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс». – 2014.

Табл. 7. Порівняння альтернатив політики у сфері охорони здоров'я

Альтернативи	Позитивні наслідки	Негативні наслідки
Альтернатива 1. Статус-кво	<ol style="list-style-type: none"> Відсутність необхідності пошуку інвестицій в медичну сферу через гарантію отримання коштів від казначейства. Прописаний державою штатний розпис не потребує змін та пошуку альтернативних варіантів розподілу обов'язків, що є зручним для збереження застарілих практик у сфері медицини. 	<ol style="list-style-type: none"> Нераціональний розподіл фінансування не стимулює заклади надавати якісні послуги, що призводить до відсутності будь-якого пошуку альтернативних шляхів функціонування системи охорони здоров'я. Громіздка система структурних підрозділів, які дублюють функції один одного, що призводить до плутанини в системі управління закладами. Відсутність відповідальності зі сторони медичного закладу у відносинах «лікар – пацієнт». Надання медичних послуг закладом, а не конкретним лікарем зменшує рівень відповідальності за якість надання медичних послуг.
Альтернатива 2. Впровадження автономізації закладів охорони здоров'я	<ol style="list-style-type: none"> При закладах створюються наглядові ради, до яких зможуть входити представники громадськості і які здійснюватимуть контроль за дотриманням прав пацієнтів. Заклади отримують самостійність – вони зможуть власноруч розпоряджатися коштами та визначати свої пріоритети: зокрема можливість придбання ліків замість опалення невикористаних приміщень або заощаження на придбання нового обладнання. Впровадження детінізації грошових потоків – щоб залучити кошти від міжнародних організацій, юридичних чи фізичних осіб або благодійників, закладам не потрібно створювати напівлегальні схеми чи «благодійні фонди». Створюються умови цільового витрачання коштів бюджету на обсяг безоплатної допомоги, яку надає заклад, а не утримання його ліжок чи оплату комунальних платежів. 	<ol style="list-style-type: none"> Стан будь-якої лікарні залежатиме винятково від її керівництва, що навантажує його відповідальністю. Неготовність медичного персоналу до функціонування в нових умовах. Відсутність кваліфікованих управлітців-менеджерів в сфері охорони здоров'я. Управлінцям закладів охорони здоров'я доведеться самостійно залучати кошти у медичний заклад, це передбачає роботу у конкурентних умовах, що означає, що зростають ризики у разі невдалого адміністрування.
Альтернатива 3. Приватизація закладів охорони здоров'я	<ol style="list-style-type: none"> Подолання корупції в галузі, адже декларативні «безкоштовні» медичні послуги надаватимуться за гроші. Покращення показників здоров'я населення. Створення конкурентних умов між приватними постачальниками послуг підвищить якість медичних послуг. Покращення інфраструктури – сучасні та повністю устатковані лікарні за гроші приватного сектору. Ефективне використання коштів. 	<ol style="list-style-type: none"> Така система заперечує рівний доступ усіх громадян незалежно від платоспроможності до медичних послуг. Велика кількість скорочень медичних працівників. Через закриття комерційно непривабливих структурних підрозділів медичних закладів зростатиме поширеність ургентних хвороб.

4.3. Ефекти зовнішніх факторів

В ході дослідження було виокремлено чотири основних зовнішніх фактори, які можуть впливати на політику в рамках покращення роботи закладів охорони здоров'я. Аналіз ефектів зовнішніх факторів потрібен для того, щоб спрогнозувати можливі реакції системи на перспективні зміни політики в сфері охорони здоров'я, зокрема підвищення рівня ефективності роботи медичних закладів. Найголовніший вплив на зміни можуть здійснювати такі зовнішні фактори: політичний та економічний стан в країні, можливість законодавчих змін, прийнятність змін для суспільства та громадська думка.

Кожен з факторів має специфічні характеристики, які по-різному впливають на систему охорони здоров'я.

Політичний та економічний стан

У контексті загального стану в країні необхідно звернути особливу увагу на сучасний нестабільний економічний розвиток України, а саме – економічну кризу та девальвацію національної валюти. За даними рейтингу швейцарської фінансової групи Credit Suisse 2015 року, Україна є найбільшійою країною

Європи з рівнем багатства на одного дорослого в \$ 1437⁷¹. З огляду на те, що наразі неможливо розраховувати на додаткове фінансування в сфері охорони здоров'я, треба раціонально розподіляти кошти задля їх ефективного використання. Політичний стан нестабільний, зумовлений щорічними виборами, відсутністю злагоджених дій більшості політиків, постійними ситуативними коаліціями, впливом олігархів, корупцією в органах влади тощо.

Можливість впровадження реформ прямо залежить від **реальної можливості реалізації змін на рівні законодавства**. Ключовим суб'єктом в сфері реалізації покращень системи охорони здоров'я є виробники політики, а саме їхня моральна та професійна готовність до впровадження змін. Головним завданням виробників політики є сприяння реформам, проте наразі вони не готові сприяти цим змінам. Політична доцільність досить часто переважає раціональні аргументації, особливо в чутливих для суспільства питаннях, таких як охорона здоров'я. Для представників законодавчої гілки влади, які орієнтуються на успіх на наступних виборах, зміни в системі охорони здоров'я не принесуть дивідендів в короткостроковій перспективі. Однак подібна тактика відтермінування несе колосальні репутаційні ризики для ідеї реформування системи охорони здоров'я, в тому числі ідея автономізації, що була прописана в Коаліційній угоді.

Прийнятність для суспільства – це важливий фактор впливу на зміни в суспільстві. За результатами опитувань громадської думки, 79% домогосподарств та 95% лікарів висловилися за необхідність здійснення реформ у медичній галузі⁷², рівень задоволення нею в Україні найнижчий разом з Македонією та Албанією – 45% – серед країн колишнього соціалістичного блоку⁷³. Однак самі люди ще зовсім не готові турбуватися про власне здоров'я та не свідомі всіх ризиків для їхнього фізичного та психічного стану (про що свідчить хоча б високий рівень споживання алкоголю та тютюнових виробів)⁷⁴. Навіть більше, понад 20% населення й досі (дані на 2010 рік) вважає, що за всі послуги в державному секторі слід платити⁷⁵. Що, очевидно, є додатковою причиною не звертатися до лікарів за допомогою у разі необхідності. Іншою причиною неохочості до послуг охорони здоров'я за наявності такої потреби є їхня дуже висока вартість: через неї 95,3% українців не проходить медичний огляд, 97,3% – не проходять необхідне лікування, 82,2% – не відвідують лікарів, 97% – не лікуються в лікарні, 96,8% – не купують ліків, коли це потрібно⁷⁶. Витрати домогосподарств

71 Anthony Shorrocks and Jim Davies. The Global Wealth Databook 2015. – Zurich: Credit Suisse, 2015. – P. 22.

72 Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 128 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2).

73 Life in Transition after Crisis. Survey II. – London: European Bank for Reconstruction and Development, 2011. – P. 30, 33–34.

74 International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015. – P. 13.

75 Life in Transition after Crisis. Survey II. – London: European Bank for Reconstruction and Development, 2011. – P. 38.

на медицину й так дуже високі – у 2012 році вони становили 39,63% від усіх видатків на сферу охорони здоров'я (93% від видатків приватного сектору)⁷⁷, а з початком кризи понад 55% населення відчули додаткові обмеження у можливості купувати ліки та медичні послуги⁷⁸.

За даними дослідження, проведеного Фондом «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва» та соціологічної служби Центру Разумкова в грудні 2014 року, 53% опитаних людей вважають, що ситуація у сфері охорони здоров'я в Україні протягом 2014 року погіршилась (42% не відчули змін, для менше 1% зміни відбулися на краще), загалом же 25% респондентів вбачають першочерговими соціальні реформи, що забезпечують захищеність людей – медична, пенсійна тощо⁷⁹. Значна кількість людей готова навіть терпіти зниження рівня власного життя заради здійснення реформ: 10% готові «терпіти стільки, скільки треба для успіху», а ще 33% готові терпіти до року; з 48% тих, хто не готовий терпіти, 29% вже зараз перебувають у великій матеріальній скруті. Восени 2015 року медичну реформу серед державних пріоритетів назвали 35,9% громадян (вона посіла четверте місце після антикорупційної – 65,2%, судової – 58% та пенсійної – 39,9% реформ)⁸⁰. Водночас переважна більшість не вірить в успішність усіх – реформ (30% зовсім позбавлені таких ілюзій, а 32% в них загалом не вірить, хоч в них ще жевріє надія). Найбільшим гальмом реформ люди вважають сам уряд та олігархів (по 51,5%), політичні сили коаліційної більшості (44,5%), а також Президента (39%), водночас високо оцінюють внесок у проведення реформ громадських організацій та волонтерів (22%), а також самого населення України (18,5%); і вони мають позитивний баланс ставлення до їх ролі у проведенні реформ, порівняно з Урядом, Президентом та депутатами більшості, участь у реформах яких позитивно оцінило 32%, 36,8% та 22,1% відповідно. Кількість людей, готових терпіти матеріальні труднощі заради успіху реформ, зменшилась за 10 місяців: тепер лише 8% готові «терпіти стільки, скільки треба для успіху» і 28% готові терпіти до року, третина не готова терпіти далі через скруту, а чверть – через повну зневіру у реформах⁸¹.

Отже, хоч очікування громадян України щодо реформ у медицині високі, їхня готовність до них лишається на невисокому рівні.

76 Паоло Беллі, Юрій Джигир, Катерина Майнзюк, Артем Мірошніченко, Альона Горошко та Наталія Степурко. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. – Вашингтон: Світовий банк, 2015. – С. 22.

77 Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році. – Київ: Державна служба статистики, 2014. – С. 178.

78 Реформи в Україні: громадська думка населення. Прес-реліз // Фонд «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва». – 9 вересня 2015 року / <http://www.dif.org.ua/ua/publications/press-relizy/reformi-v-ukselelnnja.htm>.

79 Громадська думка: підсумки 2014 року. Прес-реліз // Фонд «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва». – 29 грудня 2014 року / <http://www.dif.org.ua/ua/publications/press-relizy/gromadska-roku.htm>.

80 Реформи в Україні: громадська думка населення. Прес-реліз // Фонд «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва». – 9 вересня 2015 року / <http://www.dif.org.ua/ua/publications/press-relizy/reformi-v-ukselelnnja.htm>.

81 Реформи в Україні: громадська думка населення. Прес-реліз // Фонд «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва». – 9 вересня 2015 року / <http://www.dif.org.ua/ua/publications/press-relizy/reformi-v-ukselelnnja.htm>.

Суспільство очікує відповідно до статті 49 Конституції України безоплатного отримання медичних послуг, хоча очевидним та звичним фактом залишається те, що медицина в країні платна. Тому політика щодо покращення всієї системи охорони здоров'я має бути чесною до користувачів медичних послуг та спрямованою в першу чергу на те, щоб держава дійсно була гарантом доступної медицини для своїх мешканців.

Громадську думку щодо ставлення до системи охорони здоров'я та власне становища в Україні не можна назвати адекватною через **низьку довіру** як до практикуючих лікарів окремо, так і до всієї системи охорони здоров'я. Громадяни, через нерозуміння суті реформи в охороні здоров'я, не вимагають від влади конкретних заходів щодо покращення системи медичної допомоги, а отже, ніяк не сприяють реформуванню охорони здоров'я. Також через відсутність суттєвих реформ за останні 24 роки в галузі охорони здоров'я люди втратили будь-який інтерес до спроб змінити щось у даній галузі і підтримати будь-яку ініціативу.

4.4. Фактори реалізації політики

Реалізації політики в системі охорони здоров'я може перешкоджати низка бар'єрів. Знання про характер цих бар'єрів може допомогти не лише уникнути несподіваних перешкод на шляху до покращення медичної сфери, а й розробити механізми їх профілактики.

Суттєвими перешкодами в сфері здійснення політики є недостатнє інформування про суть і хід реформ українського суспільства, відсутність активних дій стейкхолдерів з реформування системи охорони здоров'я та зовнішньополітичне середовище України.

Подолання неприйняття реформи українським суспільством передбачає врахування менталітету, громадської думки та інших характеристик населення при розробці та впровадженні реформ. Особливістю українського менталітету є відсутність серйозного ставлення до проблем, зокрема до здоров'я та медицини загалом, тому таке негативне ставлення не сприяє спокійному впровадженню політики. Саме тому необхідно звернути увагу на необхідність зміни свідомості населення та популяризації важливості значення медицини в житті суспільства. Ще одним бар'єром при адаптації до суспільства є недовіра до медичних закладів та практикуючих лікарів, а саме до їхньої професійності.

Відсутність прагнення до змін у стейкхолдерів є суттєвою перешкодою на шляху реалізації реформ. На сьогодні налічується незначна кількість людей, зацікавлених у покращенні ефективності роботи медичних закладів. Ключові стейкхолдери не є лідерами змін, оскільки між ними відсутня належна кому-

нікація. При цьому владні органи теж не на належному рівні інформують про свої рішення та висвітлюють свою діяльність.

Зовнішньополітичне становище держави є фактором, який змушує механізми управління державою регулювати та коригувати грошові потоки. Збройний конфлікт на Сході України впливає на нестачу необхідних фінансових ресурсів для різних суспільних сфер.

5. Рекомендації щодо політики

5.1. Критерії рекомендації альтернатив

Універсальними вважають 5 критеріїв для вибору альтернатив політики:

- результативність – міра досягнення визначених цілей політики. В даному випадку необхідно звернути увагу на те, як введення кожної з запропонованих альтернатив зможе покращити роботу державних закладів охорони здоров'я;
- ефективність (співвідношення витрат на реалізацію політики та досягнутих результатів) відповідає на питання, яка з альтернатив коштуватиме дешевше, та показує, чи будуть результати політики відповідати тим затратам, що будуть вкладені в їх імплементацію;
- справедливість (врахування перерозподільного ефекту – непропорційного впливу заходів політики на різні регіони, прошарки, групи населення) відповідає за те, чи будуть результати запровадженої політики покривати всю територію країни та поширюватись на все населення України;
- політична здійсненність (у тому числі суспільна підтримка) полягає у можливості впровадження політики в нашій країні в цілому на даний момент;
- адміністративна здійсненність, або придатність для адміністрування (врахування обмежень щодо умов та ресурсів, необхідних для впровадження політики). Адміністративна здійсненність залежить від того, чи достатньо адміністративного ресурсу для імплементації запропонованих змін та кількісної необхідності в людських ресурсах для реалізації запропонованого варіанту політики. Важливим фактором адміністративної здійсненності є часовий термін реалізації політики⁸².

Для обрання найкращої альтернативи для політичного рішення враховувалися такі показники, кожна з яких була оцінена за 5-бальною шкалою, де «0» – негативний показник, а «5» – позитивний.

82 Семигіна Т. В. Аналіз політики охорони здоров'я. Навчальний посібник. – Київ: НаУКМА, 2012.

Табл. 8. Оцінка показників альтернатив політики у сфері охорони здоров'я

Індикатори альтернативи	Альтернатива № 1. (Статус-кво)	Альтернатива № 2.(Впровадження автономії 303)	Альтернатива № 3. (Повна приватизація 303)
Результативність	2 бали Попередній аналіз політики показав, що збереження теперішньої політики не виконує поставлені завдання для вирішення проблеми слабкої роботи системи бюджетних 303	5 балів Автономізація закладів охорони здоров'я здатна створити умови для раціонального використання ресурсів та, як наслідок, надання якісніших медичних послуг	4 бали Приватизація медичних закладів суперечить лише одному з головних завдань – рівній доступності до медичної допомоги усіх громадян
Ефективність	2 бали Розподіл ресурсів в сфері охорони здоров'я відбувається нерационально	5 балів Імплементация цієї альтернативи значною мірою вирішує існуючу проблему з тою самою витратою ресурсів	4 бали На впровадження цієї альтернативи буде витрачено багато ресурсів, але цей вклад буде виправданим
Справедливість	4 бали Непропорційний вплив заходів політики на різні регіони	4 бали Непропорційний вплив заходів політики на різні регіони	3 бали Є ризик того, що у великих містах діятиме більше медичних закладів, адже вони є комерційно привабливими
Політична здійсненість	4 бали Ця політика діє наразі, але вона не може продовжуватися в реаліях сьогодення, особливо враховуючи те, що більшість населення не задоволені нею	4 бали Хоча в даний момент ця альтернатива може бути впроваджена, відсутність політичної волі та підтримки з боку суспільства можуть цьому завадити	2 бали В країні в короткостроковій перспективі приватизація не буде підтримана політичною спільнотою, представниками сфери охорони здоров'я та громадськістю
Адміністративна здійсненість	3 бали Відсутність гострої потреби у раціональному плануванні ресурсів, зміни штатного розкладу закладів; невміння менеджерів охорони здоров'я раціонально планувати бюджет та використовувати ресурси	3 бали Нестача менеджерських навичок у менеджерів охорони здоров'я може створити певні труднощі у впровадженні цієї альтернативи	4 бали Інвесторів в цій галузі дуже мало, особливо з огляду на ситуацію в країні – економічна криза та складне зовнішньополітичне середовище
Разом	15 балів	21 бал	17 балів

5.2. Опис кращої альтернативи

За результатами оцінювання, кращою альтернативою є автономізація закладів охорони здоров'я. Результативність цієї альтернативи є досить високою і вона може повною мірою покращити роботу державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Також ця альтернатива має високу ефективність, тому що її впровадження забезпечує доступною та якісною медичною допомогою у відповідності до реальних потреб суспільства, створює умови для прозорості підзвітності роботи закладів охорони здоров'я та реалізовує ефективні методи управління й фінансування медичних закладів при мінімальній витраті наявних ресурсів.

Ця альтернатива може викликати спротив серед населення та деяких політиків у сфері охорони здоров'я, але тим не менш вона може і повинна бути імплементована в Україні вже зараз. Спротив може бути подоланий прозорістю процесів реорганізації закладів охорони здоров'я на місцях. Додатковим кроком буде постійний моніторинг та внесення відповідних змін до законодавства та підзаконних актів з метою сприяння досягненню мети автономізації.

Впровадження цієї альтернативи сприятиме створенню належного освітнього сучасного рівня підготовки менеджерів-управлінців, напрацюванню досвіду, реалізації практичних навичок.

5.3. Стратегія впровадження

Впровадження обраної альтернативи передбачає здійснення наступних кроків:

- 1) вдосконалення законодавчої бази щодо покращення роботи закладів охорони здоров'я;
 - 2) зміна статусу закладів охорони здоров'я органами місцевої влади;
 - 3) реорганізація системи фінансування закладів охорони здоров'я;
 - 4) проведення комунікаційної стратегії щодо реформування медичних закладів;
 - 5) моніторинг рішень та коригування нормативного регулювання.
1. Перш за все потрібно вдосконалити законодавчу базу щодо роботи системи охорони здоров'я, а саме мережі закладів охорони здоров'я як суб'єктів надання послуг:
 - a. Необхідно підготувати та прийняти пакет законопроектів про автономізацію закладів охорони здоров'я, що обов'язково має містити такі положення:
 - всі заклади (крім деяких винятків, які мають бути визначені в законопроектах) повинні бути перетворені в державні унітарні казенні підприємства або комунальні унітарні некомерційні підприємства. Це надасть їм управлінську автономію та можливість реструктуризації підрозділів медичних закладів;
 - заклади повинні бути перетворені лише на некомерційні підприємства, щоб уберегти їх від банкрутства після перетворення;
 - перевести рахунки всіх реорганізованих закладів охорони здоров'я з державного казначейства до державних банків, щоб надати їм фінансову автономію;
 - запровадити конкурсну процедуру призначення керівників закладів, зробити цей процес прозорим;
 - надати закладам свободу у формуванні штату співробітників та визначенні умов оплати їхньої праці;
 - створити громадські наглядові ради задля зовнішнього контролю за роботою закладів;
 - визначити кінцевий термін для реорганізації закладів з метою пришвидшення цього процесу та унеможливлення консервації поточного стану.
 - b. Скасувати Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», який обмежує свободу головних лікарів у розширенні або скороченні штатів структурних підрозділів, адже передбачає виконання обов'язкових нормативів.

2. Відповідні законопроекти зобов'язуватимуть органи самоврядування приймати рішення щодо реорганізації закладів в межах їх повноважень, фактично відбудеться реалізація цих змін на місцях.
3. Розділення замовника та постачальника послуг є важливим кроком для покращення системи фінансування закладів охорони здоров'я. Із впровадженням автономії лікарень держава припиняє бути замовником і надавачем медичних послуг в одній особі, але задля контролю за потоком фінансів потрібне створення Національної закупівельної агенції, яка заключатиме договори про надання медичних послуг.

Крім того, будуть здійснені такі кроки:

- формування та затвердження гарантованого обсягу медичних послуг;
 - визначення методики розрахунку вартості послуги;
 - впровадження електронного обліку даних для планування, моніторингу та контролю медичної допомоги задля покращення системи.
4. Разом із впровадженням обраної політики має бути проведена програма комунікаційної кампанії, спрямована на роз'яснення і популяризацію ідеї автономізації, а також щодо методів запобігання корупційних ризиків, пов'язаних із цим процесом. Така програма включатиме лекції і тренінги. Лекції проводитимуться для загальної аудиторії осіб, що прямо чи опосередковано мають відношення до цього питання (адміністратори у сфері охорони здоров'я, голови департаментів охорони здоров'я, головні лікарі, лікарі і медичні сестри, пацієнтські та волонтерські організації, активісти тощо). Тренінги проводитимуться для двох категорій учасників окремо:
 - для медичної спільноти (лікарів і менеджерів у сфері охорони здоров'я) задля того, щоб проінформувати їх, як організувати робочий процес закладів охорони здоров'я в умовах автономізації;
 - для громадянського суспільства (громадських активістів та представників пацієнтських організацій), щоб навчити його представників методам контролю та запобігання корупції у закладах охорони здоров'я в умовах автономізації.
 5. Моніторинг рішень здійснюватиметься органами контролю – наглядовими радами. Опосередкованим інструментом моніторингу виступатиме також новостворена Національна закупівельна агенція. Залежно від результатів впровадження автономізації має коригуватися нормативне регулювання.

Також бажано покращити освіту в сфері охорони здоров'я:

- підвищити рівень підготовки медичних працівників (наприклад включити до освітньої програми підготовки медичного персоналу такий

обов'язковий предмет, як менеджмент та адміністрування в галузі охорони здоров'я, управління бізнес-процесами, основи управління);

- внести до програми з підвищення кваліфікації медичного персоналу курси з менеджменту задля надання мінімальних навичок управління; це дозволить медпрацівникам самостійно приймати управлінські рішення, делегувати повноваження тощо;
- забезпечити потреби сфери охорони здоров'я України у фахівцях, здатних застосовувати сучасні підходи в управлінні, формуванні політики та економічному аналізі галузі;
- розробити програми професійної підготовки управлінців в охороні здоров'я, які зможуть управляти викликами, що стоять перед українською системою охорони здоров'я;
- забезпечити підготовку необхідної кількості управлінців у сфері охорони здоров'я для фахового управління медичними закладами та ефективного використання ресурсів;
- фінансувати програми підготовки фахівців у галузі менеджменту охорони здоров'я та громадського здоров'я;
- надавати гранти та стипендії на відкриття кафедр охорони здоров'я при медичних, управлінських та правничих факультетах.

5.4. Резерви для моніторингу та оцінювання

Моніторинг та оцінка нової політики буде виконуватися за наступною методикою:

- 1) створення наглядових рад при закладах охорони здоров'я, які будуть контролюючими органами;
- 2) інструментом контролю стане закупівельник (закупівельна агенція);
- 3) кожен рік проводитиметься плановий аналіз за показниками очікуваної тривалості життя, захворюваності та смертності населення України;
- 4) проведення опитувань на визначення рівня задоволення населення діяльністю ЗОЗ, збільшення довіри до медичної спільноти.

Першочергово мають бути створеними наглядові ради при медичних закладах, що матимуть доступ до інфраструктури лікарень та відслідковуватимуть ефективність їх роботи. В них можуть входити як зовнішні представники (наприклад члени місцевої влади, представники громадських організацій), так і внутрішні – медичний персонал лікарень, члени профспілок тощо. Усі кандидати в наглядові ради мають обиратися на конкурсній основі. Щоб відслідковувати діяльність медичних закладів для контрольних органів мають бути розроблені універсальні критерії оцінки трансформованих закладів охорони здоров'я.

Окрім конкретних органів контролю за автономізованими закладами охорони здоров'я, оцінювання роботи закладів охорони здоров'я мають займатися політики в сфері охорони здоров'я та представники Міністерства охорони здоров'я України. Критерії для оцінки політики охорони здоров'я поділяються на проміжні та кінцеві показники. До кінцевих показників відносяться: загальний стан здоров'я населення, фінансовий захист, задоволеність пацієнтів послугами. До проміжних – ефективність, якість послуг, рівність доступності послуг, стримування цін на послуги. Таке оцінювання має проводитися кожен рік, а його результати необхідно порівнювати з результатами попередніх років.

Також моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я здійснюватиметься за допомогою оцінювання діяльності закладів охорони здоров'я закупівельником медичних послуг – для цього буде створено Національне агентство закупівлі медичних послуг.

Аналіз стану задоволення населення діяльністю закладами охорони здоров'я та визначення рівня довіри до медичної спільноти проводитиметься кожен рік за допомогою соціологічних опитувань.

5.5. Превентивні заходи по обмеженню неочікуваних наслідків

Обмеження неочікуваних наслідків передбачає контроль за впливом зовнішніх факторів на зміни в системі охорони здоров'я. Ці фактори можуть викликати спротив усього політичного суспільства, адже існують міфи щодо автономізації закладів охорони здоров'я.

Обмеженням неочікуваних наслідків можуть бути:

- підвищення мотивації медичних працівників, що передбачає підготовку фахівців, менеджерів, управлінців, раціональне делегування повноважень;
- широке ознайомлення громадськості з основними змінами системи, суттю реформи охорони здоров'я;
- визначення періоду адаптації переходу з однієї організаційно-правової форми на іншу.

Додатки

Табл. 1. Структура Міністерства охорони здоров'я України на 2015 рік⁸³

№	Найменування структурних підрозділів	Кількість штатних одиниць
1	Керівництво	6
2	Медичний департамент - управління медичної допомоги матерям і дітям (11) - управління медичної допомоги дорослим (11) - управління медико-соціальної допомоги окремим категоріям громадян (14) - управління надзвичайної медицини (13)	51
3	Департамент громадського здоров'я	23
4	Департамент правового забезпечення діяльності Міністерства	21
5	Департамент фінансово-ресурсного забезпечення	25
6	Управління координації центрів реформ	14
7	Управління з питань міжнародної діяльності	11
8	Управління ліцензування та якості медичної допомоги	13
9	Управління аудиту та аналітики	11
10	Управління роботи з персоналом та внутрішньої безпеки	17
11	Управління фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції	15
12	Управління забезпечення документообігу та контролю	13
13	Служба забезпечення діяльності Міністра охорони здоров'я (Патронатна служба)	9
14	Відділ бухгалтерського обліку, методології та фінансової звітності	10
15	Сектор забезпечення взаємодії з державними органами та соціального діалогу	5
16	Прес-служба (самостійний сектор)	4
17	Режимно-секретний сектор	4
18	Сектор мобілізації роботи та цивільного захисту	3
19	Сектор оцінки та усунення корупційних ризиків	3
20	Сектор матеріально-технічного забезпечення	2
	Разом	260

83 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 травня 2015 року № 147-к «Структура Міністерства охорони здоров'я України на 2015 рік».

Табл. 2. Видатки Державного бюджету України на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я в 2105 році⁸⁴

Загальний фонд	тис. грн.
Всього	25 772,1
- видатки споживання	25 772,1
- оплата праці	16 550,7
- комунальні послуги та енергоносії	1 543,7
- видатки розвитку	0
Спеціальний фонд	
Всього	1 140,2
- видатки споживання	1 140,2
- оплата праці	0
- комунальні послуги та енергоносії	640,2
- видатки розвитку	0
Разом	26 912,3

84 Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» (Сигнальний документ f436954n339.xls).

Табл. 3.1. Кошторис типової лікарні на прикладі Харківської обласної клінічної лікарні та Луцької міської клінічної лікарні (2015)⁸⁵

	Харківська обласна клінічна лікарня	Луцька міська клінічна лікарня
Загальний фонд	100,77 млн грн	52,1 млн грн
Видатки на зарплату (заробітна плата + видатки на оплату праці)	74,59 млн грн (74%) (54,72 млн грн + 19,86 млн грн)	41,1 млн грн (78,9%)
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	12,77 млн грн (12,6%)	5,3 млн грн (10,2%)
Закупівля медикаментів	4,5 млн грн (4,4%)	3,6 млн грн (6,9%)
Закупівля предметів, матеріалів, обладнання та інвентаря	3,31 млн грн (3,2%)	-
Закупівля продуктів харчування	2 млн грн (1,9%)	1,3 млн грн (2,5%)
Видатки на утримання закладу	-	0,8 млн грн (1,5%)
Оплата послуг (крім комунальних)	3,33 млн грн (3,2%)	-

Табл. 3.2. Штатний розпис та показники роботи на прикладі Луцької міської клінічної лікарні (2015)⁸⁶

	Луцька міська клінічна лікарня	Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша
Кількість ліжок	700	370
Медичний персонал	1072	1300
Лікарі	177	270
Середні медичні працівники та медсестри	734	554
Спеціалісти з немедичною освітою	48	-
Робітники	113	-
Кількість пацієнтів у стаціонарі (на рік)	22 000	13 000
Кількість амбулаторних пацієнтів (на рік)	20 000	-

85 Харківська обласна клінічна лікарня / <http://www.okb.kharkov.ua/>; Луцька міська клінічна лікарня / <http://www.lmkl.lutsk.ua>.86 Луцька міська клінічна лікарня / <http://www.lmkl.lutsk.ua>; Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша / <http://www.seaclinic.ks.ua/>.

Табл. 4. Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (2009 – 2014 роки)⁸⁷

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарень					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
АР Крим	82	81	74	78	69	-
Вінницька область	116	115	56	57	50	57
Волинська область	56	56	50	50	43	45
Дніпропетровська область	172	168	110	122	104	116
Донецька область	208	204	161	169	138	70
Житомирська область	73	73	62	65	55	50
Закарпатська область	65	64	49	53	43	48
Запорізька область	96	92	78	81	61	69
Івано-Франківська область	78	78	61	74	58	71
Київська область	96	94	80	88	66	66
Кіровоградська область	77	74	56	61	40	45
Луганська область	151	150	109	123	96	27
Львівська область	122	122	102	118	102	118
Миколаївська область	61	62	51	44	39	43
Одеська область	125	123	100	96	73	74
Полтавська область	118	110	74	80	51	64
Рівненська область	69	69	56	59	41	46
Сумська область	70	69	56	63	45	53
Тернопільська область	64	63	54	59	51	59
Харківська область	120	121	88	98	80	93
Херсонська область	66	65	57	58	33	38
Хмельницька область	79	78	66	65	39	44
Черкаська область	93	88	72	72	60	54
Чернівецька область	65	59	46	51	25	32
Чернігівська область	87	86	74	80	55	56
м. Київ	65	65	60	66	61	66

87 Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 130; Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. – Київ: МОЗ України, 2015. – С. 179–180. Дані за 2014 рік з території Донецької та Луганської областей лише з підконтрольних Києву територій.

Табл. 4.1. Мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України (2013 рік)⁸⁸

- 27 обласних лікарень
- 29 дитячих обласних лікарень
- 390 міських лікарень
- 88 дитячих міських лікарень
- 14 міських лікарень швидкої медичної допомоги
- 33 госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни
- 122 спеціалізовані лікарні (у тому числі 23 інфекційні лікарні для дорослих, 6 інфекційних лікарень для дітей, 36 туберкульозних лікарень для дорослих, 3 туберкульозні лікарні для дітей, 3 офтальмологічні лікарні, 11 лікарень відновного лікування, 8 центрів боротьби зі СНІДом та 32 інших)
- 471 центральна районна лікарня
- 101 районна лікарня
- 104 дитячих лікарні
- 88 пологових будинків
- 17 клінік науково-дослідних інститутів і вищих медичних навчальних закладів
- 84 психіатричні лікарні
- 5 наркологічних лікарень
- 7 лікарень «Хоспіс»
- 2 госпрозрахункові лікарні
- 1 лепрозорій
- 4 інші лікарняні заклади

88 Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 130.

Табл. 5. Видатки Державного бюджету України на сферу охорони здоров'я в 2015 році⁸⁹

Державний бюджет України на 2015 рік

Розподіл видатків Державного бюджету України на 2015 рік

Код бюджетної класифікації видатків та програм (загальний фонд)	Найменування видатків та програм (загальний фонд)	Загальний фонд				Спеціальний фонд			
		всього	заказаний	на спеціальних	всього	заказаний	на спеціальних	всього	
240000	Міністерство охорони здоров'я України	32407504	8460193	2429713	7067536	2398187	1907588	1317176	2483213
250100	Державна служба статистики	253721	237721	18357	786238	170362	14152	46274	170756
260100	Державна служба уряду	383440	0	0	383440	345226	0	0	143276
280100	Міністерство внутрішніх справ	5411325	744325	0	0	1424315	1482648	0	1633269
290100	Міністерство закордонних справ	112672	152672	101216	33044	672667	641158	325665	33709
300100	Міністерство економіки	12756	12756	0	0	0	0	0	0
290110	Міністерство закордонних справ	783626	716526	194947	769413	94782	90418	22912	13823
290120	Міністерство внутрішніх справ	44422	44422	0	0	504661	64391	0	20878
290130	Міністерство економіки	767062	707062	370459	668604	141388	458997	13941	13286
290110	Міністерство закордонних справ	3003365	3003365	1311841	69877	112740	93787	6917	22081
290120	Міністерство внутрішніх справ	625077	625077	53709	0	130952	131148	71539	9465
290130	Міністерство економіки	636985	636985	0	0	0	0	0	0
290150	Міністерство внутрішніх справ	1258619	1258619	263424	26887	23610	24918	6226	9884
290160	Міністерство закордонних справ	303489	303489	0	0	0	0	0	0
290170	Міністерство економіки	4092577	3892577	0	0	2900009	0	0	0
290180	Міністерство внутрішніх справ	266660	0	0	0	2900009	0	0	0
290190	Міністерство економіки	183661	183661	130317	13944	13103	8969	2001	1840
290200	Міністерство внутрішніх справ	11144	11144	0	0	0	0	0	0
290210	Міністерство закордонних справ	96800	0	0	0	34924	34955	0	0
290220	Міністерство економіки	116466	116466	6796	0	0	0	0	0
290230	Міністерство внутрішніх справ	15916	15916	9796	711	0	0	0	0
290240	Міністерство економіки	22922	22922	1362	0	0	0	0	0
290250	Міністерство внутрішніх справ	924784	924784	497982	47966	324542	106167	87427	16292
290260	Міністерство економіки	13794	13794	54019	1771	35	35	0	0
290270	Міністерство внутрішніх справ	663762	663762	396392	46335	324667	330716	10354	47058
290280	Міністерство економіки	657	657	0	0	4578	2192	657	4786
290290	Міністерство внутрішніх справ	803	803	402	299	0	0	0	0
290300	Міністерство економіки	0	0	0	0	6378	2367	4612	4398
290400	Міністерство внутрішніх справ	6437885	6437885	4633985	0	45909	131708	56521	31142
290500	Міністерство економіки	19276	19276	18728	0	0	0	0	0
290600	Міністерство внутрішніх справ	137462	137462	137462	0	0	0	0	0
290700	Міністерство економіки	4637226	4637226	0	0	0	0	0	0
290800	Міністерство внутрішніх справ	42094	42094	0	0	129388	140281	0	73187
290900	Міністерство економіки	0	0	0	0	0	0	0	0

Табл. 6. Головні показники сфери охорони здоров'я в Україні та Польщі⁹⁰

	Україна	Польща
Видатки на сферу охорони здоров'я - загальна сума витрат (млн \$)		
2011	11 991, 590	35 437, 703
2012	13 192, 762	33 103, 320
2013	14 145, 554	34 483, 821
(на душу населення, \$)		
2011	262	920
2012	290	859
2013	313	895
(на душу населення, паритет купівельної спроможності)		
2011	607	1495
2012	634	1509
2013	687	1551
- видатки на охорону здоров'я (% ВВП)		
2010	7,8	7,0
2011	7,3	6,8
2012	7,6	6,7
- приватні видатки (% до всіх витрат на охорону здоров'я)		
2010	40,5	22,2
2011	41,5	22,4
2012	42,4	22,8
очікувана тривалість життя (Україна на 2012 р., Польща на 2011 р.)		
чоловіки	66,2	72,7
жінки	76,2	81,2
середній показник	71,3	77
рівень смертності (на 1000 населення)		
1980	1,3	9,8
1990	12,1	10,2
1995	15,4	10,0
2000	15,3	9,6
2005	16,6	9,7
2009	-	10,1
2010	15,2	-
2011	14,5	-
кількість лікарів та медсестер (разом з акушерками) (на 1000 населення)		
1990	4,3 / 8,4	
1995	4,4 / 8,4	
2000	4,6 / 7,9	
2005	4,8 / 7,9	
2009 (акушерки)	-	2,07 / 4,87 (0,58)
2010	4,9 / 8,5	
2011	4,9 / 8,4	
2012	4,8 / 8,5	
(на 100 000 населення) (Україна на 2012 р., Польща на 2011 р.)		
	349 / 752	218 / 580

89 Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» (Сигнальний документ f436954n339.xls).

90 Дані зібрано з: Valery Lekhan, Volodymyr Rudyy, Maryna Shevchenko, Dorit Nitzan Kaluski, Erica Richardson. Ukraine: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 4, 78, 81, 84 (Health Systems in Transition. Vol. 17, No. 2); Dimitra Panteli, Anna Sagan, Wojciech Borkowski, Marek Dmowski, Filip Domański et al. Poland: Health system review. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2011. – P. 8, 89, 96, 105–106 (Health Systems in Transition. Vol. 13, No. 8); Claudia Stein, Marieke Verschuur, Nils Fietje, Fern Greenwell, Thara Raj. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 28, 123, 125; Health at a Glance 2011: OECD Indicators. – Paris: OECD Publishing, 2011. – P. 89; Валерія Лехан, Володимир Рудий, Ерика Річардсон. Україна: огляд системи здравоохорони. – Копенгаген: Європейское регіональне бюро ВОЗ, 2010. – С. 115 (Системы здравоохранения: время перемен. Том 12, № 8); Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років / за ред. О. Квітавілі. – Київ: МОЗ України, БФ «Пацієнти України», МФ «Відродження», Стратегічні радничі групи, 2015. – С. 12; Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квітавілі. – Київ: МОЗ України, 2015. – С. 10; International Bank for Reconstruction and Development Project Appraisal Document on Proposed Loan in the Amount of US \$ 214.73 Million to Ukraine for a Serving People, Improving Health Project. Document of The World Bank Report No: PAD939. – 10 February 2015. – P. 11; Заклади охорони здоров'я (1990–2014) // Державна служба статистики / https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2007/oz_rik/oz_u/zakladu_06_u.html. Медичні кадри (1990–2014) // Державна служба статистики / https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2007/oz_rik/oz_u/mkadru_06_u.html; World DataBank // The World Bank / http://databank.worldbank.org/.

загальна кількість лікарів та медсестер (акушерок) 2009 2013	225 000 / - 217 000 / -	132 800 / 278 200 / 33 900
кількість лікарень - загальна кількість лікарень (державні / відомчі / приватні) 2005 2009 2013	- 2487 / - / - 1587 / 233 / 94	611* / - / 170 526* / - / 228
кількість ліжок (державні / приватні лікарні) 1990 2005 2009 2013	700 000 / - 445 000 / - 4310 000 / - 398 000 / -	- 171 278 / 8125 165 012 / 18 507 -
середній час перебування пацієнта у стаціонарі (днів) (Україна на 2011 р., Польща на 2009 р.)	11,8	6,2

* Окрім відомчих лікарень Міністерства національної оборони та Міністерства внутрішніх справ Польщі.

Нормативно-правові акти України, що визначають фінансування системи охорони здоров'я

- Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (2014)
- Бюджетний кодекс України (2011)
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992)
- Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік»
- Закон України «Про здійснення державних закупівель» (2014)
- Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (2013)
- Указ Президента України № 5 від 12 січня 2015 року «Стратегія сталого розвитку “Україна– 2020”».
- Постанова Верховної Ради України № 26-VIII від 11 грудня 2014 року «Про програму діяльності Кабінету Міністрів України»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1994 від 24 грудня 2003 року «Про затвердження Методики розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів між районним бюджетом та бюджетами міст районного значення, сіл, селищ»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1132 від 15 грудня 2010 року «Про затвердження Порядку перерахування міжбюджетних трансфертів»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1138 від 17 вересня 1996 року «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 11 липня 2002 року «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 1222 від 4 серпня 2000 року «Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування»
- Постанова Кабінету Міністрів України № 955 від 11 липня 2002 року «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги»

- Постанова Кабінету Міністрів України № 1298 від 30 серпня 2002 року «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23 лютого 2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»
- Наказ Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 5 жовтня 2005 року «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 769 від 13 вересня 2010 року «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 435 від 25 липня 2011 року «Про затвердження Плану заходів щодо виконання Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 234 від 22 квітня 2015 року «Про організацію впровадження спільного зі Світовим банком проекту “Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей”»



Kyiv Office, Ukraine
1 Dniprovskiy Uzviz
Kyiv 01010, Ukraine
Tel: (380-44) 490-6671
Fax: (380-44) 490-6670

August 17, 2015
Reg. #2015/8/14-18

The Health Committee at the Verkhovna Rada of Ukraine
The Cabinet of Ministers of Ukraine
The Presidential Administration
The National Reforms Council
The Ministry of Health of Ukraine

Dear Colleagues,

Re: Required legislative support to health care reforms in Ukraine

This letter we send to multiple recipients with an intention to point out to essential but to date not implemented steps to start reforms and transition of the health care system of Ukraine to the more effective and efficient way of its operation. As you are well aware, the government has launched a large-scale “Serving People, Improving Health” Project supported by the World Bank (Loan 8475-UA), and this project will succeed only if the appropriate decisions are taken along with the disbursement of project funds.

Referring to the international experiences and evidence, and specifically the experience of countries with the same legacy as Ukraine, one can see that successful health reforms had some key ingredients, including: (i) identification of the agency, which would play the role of purchaser of services in the new system, and adequate pooling mechanisms (ii) clarification of a clear path for changing the input based payment system towards activity and performance based, and (iii) making inevitable split between purchaser and provider. The mentioned pillars of reforms are essential, and changing one without having other changed would not bring the country to the expected results, instead may make the transition uncontrolled and raise new threats to the operation of the system.

As we know, the MoH and the Health Committee at the Verkhovna Rada of Ukraine launched legal initiatives imposing the changes under purchaser-provider split, by promoting the autonomy of health care providers. We fully support establishing a new legal status for hospitals and other health facilities, because this would be one of the conditions to promote contractual relationships between the purchaser and provider. We see these legal initiatives important, and agree that encouraging and further support to transformation of budgetary units into autonomous providers is absolutely necessary. The status of enterprises, which gives more managerial power, if coupled with effective mechanisms of supervision, evaluation of performance, and strategic decisions of health services development, would be the most reasonable and efficient way for new facilities to operate.


Expressing our full support to the adoption of these legal initiatives as early as possible, we want to stress that without establishing a strong purchaser at the national and regional level and without performance based payment system in place, just making all providers independent could freeze the status quo, and not provide additional pressure for the new independent providers to perform better or more efficiently. There is also an urgent need to rationalize the existing health delivery system, reducing duplications and the excessive number of beds in the

hospital sector, promoting primary care, preventive services, and a more strategic and cost-effective deployment of health infrastructure and use of resources. This rationalization will not be achieved "spontaneously", simply by making health facilities autonomous.

Together with the legal provisions for the autonomization of health providers, the need is to foresee the mechanisms for needs-based and evidence-supported decisions of health care provision. Clarity about performance based payment system for all levels of health care, the status of a purchaser and needed legal support for this should be among top priorities for health reforms. The "Serving People, Improving Health" Project would give the needed resource to implement the performance based payment, but it also requires legal support for the new payment mechanisms, as well as legal definition of roles and functions of different players in the system. If not taken as a whole package, changing of any element separately would rather lead to mimicry of reforms and further extend the level of disaffection with the health system in the country.

The World Bank is ready to provide any further advice and support to these initiatives if they are seen as a package, not replacing each other or creating uncertainty in the way the system would be working in the future.

Sincerely,



Paolo Carlo Belli
Program Leader
Health, Education, Social Protection, and Fragility and Conflict
Belarus, Moldova and Ukraine
Europe and Central Asia



Kyiv Office, Ukraine
1 Dniprovskiy Uzviz
Kyiv 01010, Ukraine
Tel: (380-44) 490-6671
Fax: (380-44) 490-6670

September 3, 2015
Reg. # 2015/9/3-6

Parliamentary Committee for Healthcare
Parliamentary Committee for Budget
Cabinet of Ministers of Ukraine
Presidential Administration of Ukraine
National Reforms Council
Ministry of Health of Ukraine

Dear Colleagues,

Re: Legislative Initiatives of the Ukrainian Government on the Healthcare Reforms

First of all, I am extremely grateful to the Ministry of Health of Ukraine (MoH) for a detailed response to my letter of August 17, 2015, regarding legislative initiatives of the Ukrainian Government on the healthcare reform and a complete understanding reflected therein of the need of a comprehensive approach to further implementation of the healthcare reform factoring in reservations outlined in my letter (copy of the letter from the MoH attached).

Especially important is information of the Ministry of Health that factoring in some of the proposals shared in my letter of August 17, 2015, is already settled in the Ukrainian national legislation while accounting for some of the other is possible in principle at the stage when draft laws submitted by the Cabinet of Ministers of Ukraine allowing the change of the legal status of health facilities are prepared for consideration by the Parliament in the second reading.

I also want to clarify in unequivocal terms that my letter of August 17 should not be used for yet another postponement of commencement of the reform, but, rather, contribute to the fastest possible progress in the legislative initiatives already proposed by the Cabinet of Ministers of Ukraine, supplementing them, in a prompt manner, with key elements that secure a comprehensive approach to launching and implementing the reform. By contrast, the worst scenario would be to "freeze" the current state of the entire health system for quite a long time.

It is so because further delaying the commencement of changes in this vital sector would very rapidly result in a complete collapse of the health system, which has been equally suffering for years from the physical deficit of financial resources and their extremely inefficient utilization, and unsatisfactory management. In the same manner, a delay in the beginning of these reforms may have an extremely negative impact on the implementation success of the recently launched large-scale World Bank Serving People, Improving Health Project, particularly on successful implementation of its most essential component related to strengthening of the managerial capacity among selected oblast health administrations and introduction of a new health services providers financing mechanism.

A required preparation and decision on the said bills is yet to be made. Definitely, what this decision would be, how this important reform would move forward and whether it would get started at all fully depends on the core parliamentary committees and the Ukrainian Parliament as a whole.

-2-

The best way out of the current situation would be first reading adoption of the bills submitted by the Cabinet of Ministers of Ukraine (*which already procure autonomization of health facilities through a change in their legal status and service contracts-based delineation of the payer's and health services provider's functions*) and their immediate supplementation at the stage of preparation for the second reading with relevant provisions which would incorporate the need for efficient use of adequate arrangements for pooling financial resources in healthcare at the regional level, purchasing arrangements, and define a way towards output and performance-based payments to health services providers.

The World Bank stands ready to continue collaboration and provide relevant advisory on the Ukrainian healthcare system reform agenda.

Sincerely,



Paolo Carlo Belli
Program Leader
Health, Education, Social Protection, and Fragility and Conflict
Belarus, Moldova and Ukraine
Europe and Central Asia