

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

**РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:  
ОРГАНІЗАЦІЙНЕ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ  
ТА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

*Аналітична доповідь*

**Київ–2012**

**УДК 616-084+338+35+34(477)**

**П 57**

*За повного або часткового відтворення матеріалів даної публікації  
посилання на видання обов'язкове*

**Автор:**

***Попченко Т. П. к. держ. упр.***

Електронна версія: <http://www.niss.gov.ua>

**П 57** **Попченко Т. П.** Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.

ISBN 978-966-554-168-4

Проаналізовано сучасний стан сфери охорони здоров'я в Україні, її основні вади та необхідність реформування. Наведено шляхи та цілі сучасних перетворень у системі охорони здоров'я, а також очікувані результати та можливі ризики. Наголошено, що на даному етапі надзвичайно важливою є консолідація зусиль урядовців, чиновників, експертів, науковців, а також медичної спільноти та української громади щодо вироблення оптимальної перспективної моделі системи охорони здоров'я з урахуванням можливих ризиків та вітчизняного і міжнародного досвіду. Визначено напрями оптимізації надання медичної допомоги населенню України. У додатку наведено матеріали засідання «круглого столу» «Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення», що відбувся 22 грудня 2011 р. у Національному інституті стратегічних досліджень.

**ISBN 978-966-554-168-4**

© Національний інститут  
стратегічних досліджень, 2012

## ВСТУП<sup>1</sup>

Здоров'я народу – найвища турбота держави  
*Гай Юлій Цезар*

Згідно зі ст. 3 та 49 Конституції України життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Здоров'я людини є не лише однією з найважливіших життєвих цінностей, основою життя людини та способом (формою) її існування (німецький філософ А. Шопенгауер наголошував: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак – щасливіший, ніж хворий король»), а й одним із визначальних чинників розвитку економіки країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ. Як зазначають експерти ВООЗ, здоров'я населення – це чинник довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що своєю чергою впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності [1].

Особливо це актуально сьогодні, адже в період економічної кризи на першому місці мають бути соціальні пріоритети. Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я (СОЗ) і є одним із основних, на нашу думку, показників розвитку держави, її цивілізованості й конкурентоспроможності.

Між тим показники стану здоров'я населення України (за даними як вітчизняної, так і міжнародної статистики) упродовж останніх десятиріч набули досить серйозних негативних тенденцій: зросли рівні смертності (особливо серед людей працездатного віку), захворюваності, зменшилась середня тривалість життя тощо.

З-поміж інших чинників, це, безперечно, пов'язане з критичним станом вітчизняної системи охорони здоров'я. Адже за останні півстоліття її здатність впливати на здоров'я населення збільшилась у декілька разів. За умов ефективної організації, як зазначають експерти ВООЗ, сфера охорони здоров'я може забезпечити зменшення загальної смерт-

---

<sup>1</sup>Автор доповіді висловлює вдячність за надані коментарі стосовно матеріалів дослідження віце-президенту НАДУ д. держ. упр., проф. М. М. Білинській, директору ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» д. мед. н. Г. О. Слабкому, д. держ. упр., доц. Н. П. Кризині.

ності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок; а смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50 % [2, с. 3].

За всі роки незалежності в Україні так і не вдалося створити ефективну систему охорони здоров'я. Діюча система викликає справедливі нарікання і з боку населення, і медичного персоналу, досі вона не здатна належним чином задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність надання послуг з охорони здоров'я, належний рівень профілактики захворюваності та смертності тощо. Фінансово-економічна криза суттєво загострила проблеми, пов'язані з наданням населенню України медичної допомоги, забезпеченням її доступності та належної якості. Зростання цін на ліки, продукти харчування, енергоносії призвело до загального підвищення витрат на утримання мережі медичних закладів та збільшення собівартості надання всіх медичних послуг. Необхідність реформи сфери охорони здоров'я підкреслюється неможливістю, з одного боку, забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування системи, а з іншого – запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг. Адже декларативність безкоштовної медицини перешкоджає легальному розвитку державної медицини у ринкових умовах.

Слід зазначити, що сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у сфері охорони здоров'я, що пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають. Зазначені проблеми особливо загострились в умовах сучасної економічної ситуації. Саме тому експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності послуг з охорони здоров'я в умовах економічної кризи [3].

На жаль, охорона здоров'я в Україні не стала пріоритетом державної політики, попри численні декларації, політичні спекуляції та дискусії про шляхи реформування медичної системи, що точаться вже майже два десятиліття. Критична ситуація у СОЗ в Україні вимагає вироблення єдиної державної політики щодо її реформування. Неухильне підвищення рівня добробуту людей, суттєве поліпшення функціонування системи охорони здоров'я у спосіб її реформування з метою підвищення якості медичних послуг, їх доступності, запровадження стимулів для здорового способу життя населення та належних умов праці [4] визначено Президентом України В. Ф. Януковичем одними із основних пріоритетів політики реформ.

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я були визначені у Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр.

«Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» (блок «Реформа медичного обслуговування»). Це стосується умов для реформування системи охорони здоров'я, шляхів її структурної реорганізації та удосконалення механізмів її фінансування, покращення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, удосконалення системи профілактики захворювань.

У даному дослідженні проаналізовано сучасний стан сфери охорони здоров'я в Україні, результати перших кроків реформування та становлення основних механізмів, що забезпечуватимуть подальшу ефективну діяльність системи медичного обслуговування населення.

## **РОЗДІЛ І. СУЧАСНИЙ СТАН СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Сучасна система охорони здоров'я, що дісталась Україні у спадок від УРСР, знаходиться в кризовому стані, що унаочнюється медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення. За роки незалежності цей чи не найважливіший складник сфери соціального захисту спонтанно деформувався без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву, що система охорони здоров'я в її нинішньому стані потребує негайного реформування, точніше – заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення відповідно до вимог сьогодення.

### **1.1. Становлення та сучасний стан вітчизняної СОЗ**

Основним чинником погіршення стану СОЗ є відсутність впродовж всього періоду незалежності України дієвих кроків щодо адаптації СОЗ до ринкових умов. Для з'ясування коренів проблем розглянемо основні процеси трансформації принципів радянської системи охорони здоров'я, впроваджені наркомом охорони здоров'я РРФСР М. Семашком, за роки незалежності в Україні.

Система М. Семашка будувалась на таких принципах: загальнодоступність безкоштовного медичного обслуговування, профілактика со-

ціально значущих захворювань, якісне медичне обслуговування, тісна взаємодія медичної науки і практики та єдність пропаганди здорового способу життя, лікування і реабілітації.

У результаті було створено цілісну систему загальнодоступного безкоштовного медичного обслуговування, основними рисами якої були такі:

- домінуюча роль держави як у забезпеченні соціальних гарантій, так і в управлінні діяльністю охорони здоров'я;
- пріоритетність заходів щодо заохочення народжуваності й забезпечення здоров'я матері та дитини;
- профілактична спрямованість медичної політики: запровадження регулярних медичних оглядів серед дітей і трудящих (обов'язкова диспансеризація; санаторії та оздоровчі центри були добре обладнані й вважалися неодмінною частиною медичного обслуговування);
- гарантований доступ всього населення до медичної допомоги (платними були лише ліки, отримані поза лікарнею);
- збалансована система лікування, профілактики, реабілітації і санітарно-епідеміологічного нагляду;
- добре розвинена, чітко структурована система санітарно-епідеміологічної служби, спрямованої на боротьбу з інфекціями, професійними захворюваннями та хворобами, пов'язаними з екологічними проблемами (для медичного обслуговування робочих при промислових підприємствах створювали медико-санітарні частини);
- сформована, добре розвинена на всіх рівнях інфраструктура сфери;
- налагоджена система кадрового забезпечення.

Між тим зазначена система виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічної моделі суспільства й розвитку ринкової економіки. Крім того, незважаючи на безумовні переваги, що можливі лише за належного фінансування сфери та в умовах адміністративно-командної системи, ця модель з самого початку мала низку вад, які без адаптації до зміни ринково-економічної ситуації в країні суттєво загострились.

#### *1. Відсутність реакції на зміну економічної ситуації в країні.*

Незважаючи на поступ ринкових реформ в Україні, у сфері охорони здоров'я використовувався командно-адміністративний підхід до управління без можливості гнучкого прийняття управлінських рішень на місцях залежно від потреб громади, який полягає у такому:

- низька самостійність медичних закладів щодо прийняття управлінських і фінансових рішень;
- фактична відсутність впливу громадськості (як професійного самоврядування, так і громадськості в цілому) на вироблення і прийнят-

тя політичних та управлінських рішень щодо забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я;

- відсутність чіткого розмежування між платником та постачальником медичних послуг та відсутність договірних відносин між ними [5, с. 30];

- неефективність політики децентралізації: відсутність чіткого розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Держава не спроможна фінансово підтримувати СОЗ у повному обсязі [5, с. 30], а механізми компенсації та формування фінансових пулів не були розроблені ані в державі загалом, ані на місцях. Крім того, на початку існування незалежної України не було ані єдиної нормативної бази, ані достатнього кадрового забезпечення для децентралізованого розвитку СОЗ.

### *2. Недоліки кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.*

Нині діє архаїчна система планування потреб СОЗ у кадрових ресурсах, виходячи з жорстких штатних нормативів [5, с. 30]. Має місце диспропорція кадрової структури лікарського корпусу, що виявляється у надмірній спеціалізації лікарів з одночасним браком спеціалістів первинної ланки. Особливо гострими ці проблеми є у сільській місцевості.

З-поміж іншого, значну роль відіграє відсутність компенсаторних механізмів при реалізації держзамовлення на підготовку спеціалістів. Адже більшість фахівців, які були підготовлені за державні кошти, наприклад, для первинної ланки, працюють на вторинній ланці або в приватному секторі. Слід зазначити також, що низький рівень оплати праці та соціального захисту медичних працівників спонукає останніх заохочувати пацієнтів до тіньової оплати медичних послуг.

### *3. Диспропорційність у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я, що виявляється у такому:*

- відбувається зміщення акценту з первинної на вторинну та третинну ланки;

- розподіл коштів між медичними закладами здійснюється залежно від ресурсних показників (кількість ліжок, кількість штатних посад тощо), що обумовлює екстенсивний розвиток цих закладів [5, с. 74] – орієнтацію на кількість, а не на якість;

- кошторисне фінансування медичних закладів призводить до відсутності мотивації їхнього керівництва до покращення якості діяльності та ефективного використання фінансів [5, с. 74];

- недостатнє фінансування СОЗ та системна корупція в країні спричинили розбалансованість системи лікування, профілактики, реабілітації та санітарно-епідеміологічного нагляду;

• комерціалізація підприємств у поєднанні з відсутністю ефективних механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я обумовила, особливо на початку становлення незалежної України, руйнацію системи профілактики професійних захворювань та захворювань, пов'язаних з екологічними проблемами.

#### *4. Деформація фармацевтичного сектору.*

Залежність вітчизняної фармацевтичної галузі від імпорту сировини призвела до різкого спаду виробництва вітчизняної фармацевтичної продукції і, отже, руйнації системи гарантованого забезпечення ліками, навіть у стаціонарах.

Зазначимо також, що комерціалізація фармацевтичного сектору у поєднанні з недосконалими нормативно-правовими механізмами державного регулювання обумовили закриття переважної більшості державних та комунальних аптек, насамперед – відділів внутрішньоаптечного виготовлення ліків.

## **1.2. Наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні**

Задекларовані в основі пострадянської системи принципи з часом, по суті, втратили економічно обґрунтовані механізми власного забезпечення. Це призвело до розбалансованості фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування системи.

### **1.2.1. Фінансово-економічні механізми**

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій фінансово-економічних механізмів функціонування СОЗ спричинили такі наслідки.

*1. Нестача ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я, зокрема низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України.* Вона за останні п'ять років коливається у межах 3 %.

Разом з тим слід наголосити, що даний показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Адже, як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП (як і у деяких країнах Східної та Центральної Європи). Характерною особливістю України при цьому є перевищення недержавних джерел фінансування над державними.



Вади ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні передусім полягають у такому:

- бюджетне фінансування практично спрямовується на утримання інфраструктури і не залежить від обсягу та якості наданих послуг;
- досить незначні державні видатки на виконання державних (регіональних) програм є розпорошеними, тому – неефективними;
- суперечливість статистичних даних і труднощі обліку неофіційних витрат на потреби сфери охорони здоров'я [5, с. 34] ускладнюють процес розрахунку та планування видатків держави.

## 2. Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я.

• Неефективність ресурсного забезпечення системи. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується (рис.). Так, у 2010 р. він становив 41,7 млрд грн, з яких: загальний фонд (бюджетні кошти) – 39,4 млрд грн, що на 9,4 млрд грн (31,5 %) перевищує показник 2009 р. (29,9 млрд грн), у тому числі: місцеві бюджети в обсязі 32,1 млрд грн із зростанням на 30,6 %, державний бюджет в обсязі 7,3 млрд грн із зростанням на 35,8 %; спеціальний фонд (власні кошти закладів, установ, Стабілізаційний фонд) – 2,3 млрд грн. Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП склала 3,64 % (2009 р. – 2,9 %) [6]. У 2000–2011 рр. розмір фінансування сфери охорони здоров'я зріс у номінальному вимірі майже у дев'ятеро (у 2000 р. – 4,8 млрд грн, у 2010 р. – 41,7 млрд грн).

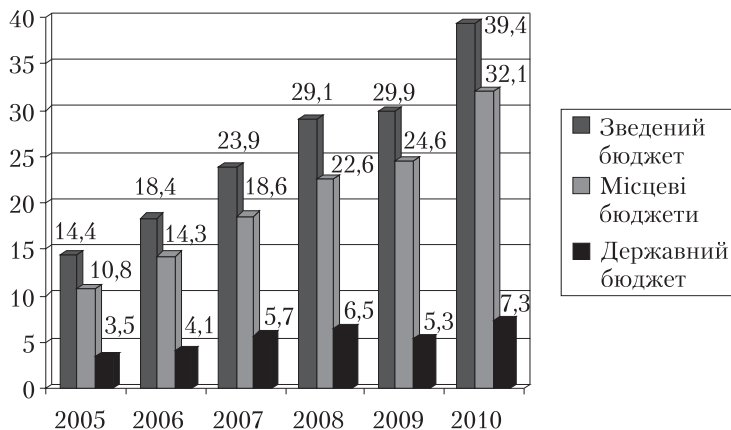
Збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я було пов'язане переважно з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції.

Проте об'єктивного покращення забезпечення системи не відбувається. Рівень заробітних плат у медичній сфері, за даними Держстату, залишається одним з найнижчих<sup>2</sup>. Таким чином, ані медичні працівники, ні пацієнти не відчувають збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Основною причиною, на нашу думку, є те, що державні й комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус «бюджетних установ», згідно з вимогами Бюджетного кодексу України фінансуються за єдиним можливим для цих установ методом постатейного кошторису. Відповідно, керівники таких лікарень не мають права самостійно оперативного перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат залежно від пріоритетних потреб конкретної лікарні (що своєю чергою мають відповідати конкретним потребам

---

<sup>2</sup>Розмір середньої заробітної плати у сфері охорони здоров'я станом на 1 лютого 2011 р. становить 1591 грн (68 % середнього рівня по економіці), що є одним з найнижчих після працівників рибальства й рибництва, сільського господарства та мисливства [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

громади, яка обслуговується лікарнею). Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів [7; 8].



**Рис. Обсяг видатків на охорону здоров'я в Україні у 2005–2010 рр., млрд грн**

- Висока частка неформальних платежів (хабарів) за надання офіційно безкоштовної допомоги в державних/комунальних закладах охорони здоров'я (які, за окремими даними, складають 3–3,5 % сукупних державних видатків на охорону здоров'я).

- Відсутність технології розрахунку собівартості медичної послуги у державних та комунальних медичних закладах різного рівня (первинного, вторинного, третинного) у поєднанні з законодавчою неможливістю (ст. 49 Конституції України<sup>3</sup>) розробки стандартів мінімального гарантованого державою обсягу медичної допомоги ускладнює процес планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів.

<sup>3</sup>Ст. 49 Конституції України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно (виділено автором); існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена».

- Дублювання фінансування з бюджетів різних рівнів.
- Фрагментація коштів, що виділяються на охорону здоров'я, внаслідок нескоординованості «основної» та відомчої медицини.
- Формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що призводить до екстенсивного розвитку системи. Переважна частка державного фінансування спрямовується на фінансування лікарень, при цьому 80–90 % – на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

Незважаючи на збільшення останніми роками бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, його розмір у душовому вимірі залишається дуже низьким, що зумовлює зростання частки особистих витрат населення (як офіційних, так і неофіційних) і заміщення безоплатної медичної допомоги платною.

3. *Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками.* Наслідком зазначеного вище є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості.

*Довідково.* Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств, як і в опитуванні 2008 р., вказала занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. Серед найменш забезпечених домогосподарств першої децильної групи та серед домогосподарств, середньодушові загальні доходи яких нижче прожиткового мінімуму, по 28 % при потребі не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, в той час як серед більш забезпечених домогосподарств десятого дециля частка таких склала лише 8 %.

Серед домогосподарств, у складі яких були особи, які потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 81 % респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Така ситуація склалася у кожному шостому пересічному домогосподарстві (у 2008 р. – у кожному десятому) [9].

Лише 4-5 % витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення сфери охорони здоров'я, покривається за рахунок бюджету – всі інші витрати лягають на пацієнтів. Навіть в умовах стаціонарного лікування переважну частку (понад 80 %) вартості ліків сплачують пацієнти [2, с. 17], тоді як третина загальних витрат СОЗ спрямовується саме на медикаментозне забезпечення [2, с. 16].

Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти обумовила появу агресивної реклами, яка у поєднанні з недосконалістю ме-

ханізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє:

- «просуванню» фармацевтичними працівниками більш дорогих, переважно імпортних ліків: в Україні станом на квітень 2011 р. зареєстровано 14205 лікарських засобів, при цьому вітчизняного виробництва з них – лише 3681 (10524 – іноземного виробництва). Обсяги продажу лікарських засобів вітчизняного виробництва у 2010 р. становили 24,5 %, а імпортного – 75,5 %. При цьому частка генеричних (дешевших) лікарських засобів вітчизняного виробництва становить у середньому лише 16 % [10];

- самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів: за даними статистики, першість за захворюваністю в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів – найбільш розрекламованим препаратам, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту [10].

Недосконалість існуючої системи закупівлі лікарських та діагностичних засобів призводить до того, що досить часто тендерна закупівля відбувається за завищеними цінами і з запізненнями (особливо гостро це питання зачіпає життєзабезпечуючі ліки – стосовно яких передбачені державні цільові програми). Так, наприклад, попри наявність Державної цільової програми «Цукровий діабет», своєчасного і в повному обсязі забезпечення хворих інсуліном та реактивами не відбувається. Подібна ситуація складається із препаратами для хворих гемофілією, ВІЛ/СНІДом.

***Довідково.** За результатами аналізу і перевірки Рахунковою палатою використання бюджетних коштів на забезпечення лікування хворих на цукровий діабет у Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській, Миколаївській та Херсонській областях, колегія Рахункової палати зазначила, що відповідальні виконавці Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки, зокрема облдержадміністрації зазначених областей, не забезпечили належного виконання заходів, спрямованих на лікування, діагностику та профілактику цієї хвороби.*

*Однією з головних причин такого становища аудиторів називають спрямування коштів державного та місцевого бюджетів переважно на медикаментозне забезпечення хворих. Водночас завдання державної і регіональних програм, що передбачають розвиток профілактики, діагностики і лікування хворих на неінсулінозалежний діабет, зменшення кількості ускладнень, що призводять до інвалідності й смертності, не виконуються.*

*Загальна сума встановлених порушень чинного законодавства при закупівлі робіт і послуг за бюджетні кошти, плануванні видатків, формуванні звітності, за результатами перевірки Рахунковою палатою виконання програми «Цукровий діабет» у п'яти областях, загалом становила 31,4 млн грн.*

*4. Недоліки соціально-економічного забезпечення медичних працівників в Україні.*

Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким. Підвищення з 1 липня 2011 р. заробітної плати медичним працівникам [11] суттєво не впливає на ситуацію – відсоток зарплати медиків у відношенні до середньої зарплати по промисловості зріс з 46 % у 2000 р. всього до 68,7 % у 2011 р., що свідчить про порушення ст. 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12], яка передбачає встановлення у державних закладах охорони здоров'я посадових окладів на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості [13].

***Довідково.** Постановою Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 р. № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» з 1 липня 2011 р. було збільшено розмір посадового окладу лікаря (у т. ч. педіатра, дільничного терапевта). За єдиною тарифною сіткою (далі – ЄТС) розмір першого тарифного розряду становить 635 грн. Відповідно розмір посадового окладу лікарів: без категорії – 1156 грн; другої категорії – 1251 грн; першої категорії – 1346 грн; вищої категорії – 1441 грн. Тобто середній посадовий оклад лікаря-хірурга за ЄТС з 1 липня 2011 р. становить 1394 грн, лікаря – 1299 грн, медичної сестри – 1074 грн.*

*Також з 1 липня 2011 р. для лікарів дільничних та лікарів-педіатрів розмір середнього посадового окладу з урахуванням обов'язкових виплат (підвищення посадового окладу за оперативні втручання, у зв'язку зі шкідливими умовами праці, надбавки за вислугу років, за тривалість безперервної роботи тощо) становить 1688,7 грн [11].*

Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає й на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо). Надзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань медиків досить високий (останніми роками, наприклад, лише на туберкульоз захворіли 150 працівників, на вірусний гепатит – понад 50). І хоча фінансування заходів щодо охорони праці, передбачене законодавством для медичної сфери, яке має

складати не менше 0,2 % фонду заробітної плати, здійснюється, але при фактичних розрахунках, зважаючи на розмір самого фонду заробітної плати в охороні здоров'я, видатки становлять лише 62 грн. Більшість страхових випадків залишаються проблемою самого постраждалого. Для порівняння: у торгівлі аналогічні витрати становлять 210 грн на одного працівника, в промисловості – близько 600 грн, у середньому по країні – 540 грн (за даними 2010 р.) [14].

Компенсація за рахунок платежів населення низької заробітної плати медичних працівників створює високий рівень корупції та неформальних платежів у СОЗ. За даними соціологічного дослідження, кожна дванадцята гривня (у січні–вересні 2008 р. – кожна чотирнадцята) з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, спрямовувалася на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі СОЗ (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [9].

### **1.2.2. Організаційно-управлінські механізми**

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій організаційно-управлінських механізмів СОЗ спричинили такі наслідки.

*1. Недосконалість структурно-організаційної системи СОЗ.* В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств (а саме – 14), на фінансування яких витрачається 42,3 % видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обумовлює підтримку дублюючих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективне використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я [2, с. 8].

Наслідком зазначеного вище є те, що, за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, у січні–вересні 2009 р. майже кожне друге (у 2008 р. – майже кожне п'яте) домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже усі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю) [9].

### *2. Нераціональне використання наявних ресурсів.*

• Дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги [15]. Таке дублювання виявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній терито-

рії. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території.

**Довідково.** В медичній сфері склалась критична ситуація з кадровим забезпеченням, особливо це стосується первинної ланки СОЗ. Так, центральні районні лікарні Херсонської області укомплектовані лише на 66,0 %, Запорізької – на 67,2 %, Миколаївської – на 68,8 %, Харківської – на 69,5 %; дільничні лікарні Донецької області укомплектовані на 50,0 %, Житомирської – на 61,0 %, Рівненської – на 61,4 %; сільські лікарські амбулаторії Житомирської області укомплектовані на 45,3 %, Чернігівської – на 53,3 %, Херсонської – на 53,7 %. 6 дільничних лікарень в Україні функціонують без лікарів (основних працівників) (4 – у Чернігівській області, 2 – в Кіровоградській). 422 лікарські амбулаторії функціонують без лікарів (основних працівників) (28 – у Житомирській області, 37 – в Одеській, 38 – в Дніпропетровській, 47 – в Чернігівській) [6].

- Відсутність системи маршруту пацієнта від лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря). Пацієнти, як правило, самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань в медичній сфері, а з іншого – надмірний, переважно необґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, за даними фахівців, від 30 до 50 % пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано [2, с. 12].

- Відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності. Це призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання. За даними Рахункової палати, 12 % придбаного обладнання для надання екстреної допомоги місцеві органи охорони здоров'я передали до однопрофільних лікарень, що не забезпечують надання такої допомоги. Понад те, чимала кількість медприладів (на суму 4,4 млн грн) взагалі не застосовувалась і від 3 до 18 місяців зберігалася у постачальників чи на складах медзакладів. А МОЗ закупило 8809 од. обладнання і одну тис. автомобілів за завищеними цінами в австрійській компанії *Vamed Engineering GmbH & CO KG*, збільшивши цим майбутні бюджетні витрати на 7,1 млн євро. При цьому 1 тис. автомобілів не було внесено до Держреєстру медтехніки та медпризначення, що відповідно до вимог українського законодавства зумовило необхідність додаткових витрат на сплату митних зборів і ПДВ у сумі 37 млн грн [16].

- Відсутність системи чіткого розподілу первинної і вторинної ланок медичної допомоги. Наприклад, чисельність стаціонарів в Україні

більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичних послуг. Частка малопотужних лікарень місткістю до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень складає 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 тис. населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73, за даними Держстату, що у 1,7 разу перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 разу – в європейському регіоні, у той час як лише 27 % фахівців – фахівці первинної ланки [2, с. 11].

### *3. Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я.*

• Диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. За даними соціологічних досліджень, у трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичну допомогу, не отримали її (у 84 % випадків – з причини високої вартості послуг, у 9 % – відсутності медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17 %) [9]. Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили дану проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів та відсутність доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги.

• Відсутність безпосереднього зв'язку, заснованого на принципах постатейного кошторису фінансування громадських медичних закладів, з обсягами та якістю наданих послуг.

### *4. Низька якість кадрового забезпечення СОЗ.*

• Відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується за ставками і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, в підвищенні своєї кваліфікації.

• Негативний кадровий баланс: постаріння працівників системи; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів.

За останні 20 років в охороні здоров'я України спостерігається тенденція щорічного скорочення кількості ліжок в медичних закладах (з 671 тис. у 1991 р. до 429 тис. у 2010 р.) та скорочення мережі лікарняних закладів (з 3,9 тис. в 1991 р. до 2,8 тис. у 2010 р.), до яких, згідно з чинним законодавством, безпосередньо прив'язана кількість ставок медичних працівників, а отже, й кількість зайнятих у сфері медиків. Водночас збільшується кількість лікарів, які випускаються вищими медичними навчальними закладами. Незважаючи на такі тенденції, рівень укомплектованості штатних посад лікарями на 2010 р. становив



80,8 %, а середніми медичними працівниками — 97,6 % [17]. При цьому загальна кількість лікарів в Україні становить близько 225 000 осіб, тобто приблизно 49 лікарів на 10 тис. населення [17], що, як вже зазначалось, більше, ніж в країнах ЄС. Але в Україні, на відміну від решти світу, статистична інформація враховує й організаторів охорони здоров'я, санітарно-гігієнічних лікарів, науковців.

Підготовка лікарів та середнього медичного персоналу в Україні — прерогатива держави, що мала б жорстко регламентувати процес підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я і регулювати чисельність відповідних спеціалістів задля задоволення потреб у них всієї мережі охорони здоров'я. Між тим значна кількість випускників медичних ВНЗ змушені працювати поза медициною. Виникає сумнів щодо спроможності держави регулювати кадрову політику медичної сфери.

### **1.2.3. Нормативно-правові механізми**

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються досить значною законодавчою базою, а саме: Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними і державними, комплексними і цільовими програмами з актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими указами Президента України або постановами Кабінету Міністрів України [18, с. 54-55]. Їх аналіз свідчить про таке.

- Деякі правові норми у сфері охорони здоров'я досі не переглянуті з радянських часів і продовжують бути чинними, хоча суттєво змінились і політичні, й соціально-економічні умови функціонування СОЗ. Це призвело до суперечностей в нормативно-правовій базі, що регламентує діяльність СОЗ, декларативності й неузгодженості цих норм між собою та іншими правовими актами, що утруднює їх виконання [18, с. 54-55] (табл. 1).

- Відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні.

Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування СОЗ, зокрема немає законодавчо закріпленого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це спричинює законодавчі колізії і проблеми, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній [18, с. 54-55].

### Ступінь виконання основних законодавчих актів, що регламентують діяльність СОЗ

Законодавчий акт	Задекларовані положення	Стан виконання
Конституція України	Ст. 49. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.	Виконується частково
Закон України «Основні законодавства України про охорону здоров'я»	Ст. 7. Держава згідно із Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом надання всім громадянам гарантованого рівня медичної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України<...> Ст. 12. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10 % національного доходу. Ст. 18. Кошти Державного бюджету України, <...> використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Ст. 19. <...> забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництва і міжнародне співробітництво в сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінних, митних та інших пільг і регуляторів.	Виконується частково
Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р.	Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Словосполучення «безоплатність медичної допомоги» означає неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків<...>	Не виконується

Основними чинниками наведеного вище є:

- нестача спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;
- неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки;
- недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я [18, с. 54-55].

При цьому слід зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить про низку позитивних змін. Зокрема прийнято такі законодавчі та нормативні акти:

- нову редакцію Бюджетного кодексу України, в якому враховані питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів (зокрема внесені зміни у ст. 88 та ст. 89 Бюджетного кодексу України, відповідно до яких фінансування дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим і міст обласного значення) [19];

- Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-17, який законодавчо забезпечив можливість партнерства держави й приватного інвестора, в тому числі й у сфері охорони здоров'я [20];

- закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI [21] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [22];

- постанову Кабінету Міністрів України «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз» [23];

- методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги [24], розроблені Міністерством фінансів України.

У цілому задекларовані в національному законодавстві України принципи правового регулювання діяльності сфери охорони здоров'я переважно відповідають нормам міжнародного права та міжнародним

рекомендаціям. Основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин.

#### **1.2.4. Проблеми охорони громадського здоров'я**

Недосконалість вітчизняної сфери охорони здоров'я особливо гостро виявилася у сфері охорони громадського здоров'я.

- Пріоритетність програм, спрямованих на забезпечення медичного складника сфери охорони здоров'я, і відсутність ефективних механізмів реалізації політики охорони громадського здоров'я.

- Недостатнє кадрове забезпечення громадського складника.

- Слабкі координація та механізми міжсекторальної співпраці в забезпеченні громадського здоров'я в Україні.

До цього слід додати відсутність системного підходу щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, постійно діючої системи порівняльного аналізу стану та перспектив розвитку охорони здоров'я, що вкрай ускладнює прийняття обґрунтованих і своєчасних рішень у цій сфері; старіння матеріальної бази охорони здоров'я; неформованість системи громадського моніторингу.

Крім того, нині в Україні залишаються не вирішеними або потребують доопрацювання низка головних позасистемних та системних проблем, які можуть негативно вплинути на провадження реформування СОЗ і які слід враховувати при розробці шляхів реформування, а саме:

- низька заробітна плата населення країни;

- високий рівень тіньових заробітних плат [25], що становлять іноді понад половину доходів лікарів;

- стрімке постаріння населення; якщо у 1991 р. частка населення у віці 60 років і старших становила всього близько 19 %, то на початок 2010 р. – понад 21 % [26];

- високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення чинників ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя (поширеність тютюнопаління, вживання алкоголю тощо);

- виражена відмінність показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (понад утричі) [27] за високої питомої ваги бідного населення в Україні.

Таким чином, українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю

структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючу потребу населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

Зазначене потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо у таких питаннях, як бюджетування охорони здоров'я, раціональне використання наявної інфраструктури (медичних закладів та їх технічного забезпечення, кадрів, технологій тощо), переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям тощо.

При цьому важливими складниками впровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками (зокрема страховими компаніями) тощо в усіх аспектах реформування, у т. ч. фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу реформування, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Наведене вище не залишилось поза увагою і МОЗ, і експертів, і науковців, і медичної спільноти. Понад те, майже кожна із зазначених проблем тією чи іншою мірою неодноразово розглядалась і на державному, і на міжнародному рівнях. Протягом всього періоду незалежності України неодноразово відбувались спроби реформування медичної сфери, але вони мали переважно безсистемний та фрагментарний характер. Наступний розділ доповіді присвячено аналізу шляхів сучасних перетворень у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

## **РОЗДІЛ II.**

### **ШЛЯХИ ТА ЦІЛІ СУЧАСНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У ВІТЧИЗНЯНІЙ СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Зазначені вище проблеми у вітчизняній сфері охорони здоров'я свідчать необхідність негайного її реформування. Саме тому цей напрям є одним з пріоритетних напрямів реформ 2011 р. [15]. Головними питаннями реформування СОЗ визначені організаційно-структурне та фінансово-економічне розмежування.

## **2.1. Перші здобутки реформування сфери охорони здоров'я**

Згідно з Програмою економічних реформ першим етапом реформування сфери охорони здоров'я є реалізація пілотних проектів у чотирьох регіонах України: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві з подальшим аналізом результатів та запровадженням реформ на загальнодержавному рівні.

Метою пілотних проектів є апробація проголошених напрямів реформування СОЗ, виявлення потенційних ризиків та визначення заходів, спрямованих на нейтралізацію цих ризиків до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні.

Слід зазначити, що про реформування системи охорони здоров'я йшлося неодноразово протягом всього існування незалежної України. Здійснювалась низка пілотних проектів з реалізації того чи іншого напрямку реформування СОЗ, зокрема в Житомирській, Полтавській та Харківській областях. Зазначені проекти мали позитивні результати, проте ці напрацювання не були впровадженими в Україні загалом. За попередні роки не було ухвалено жодного законодавчого акта щодо забезпечення реалізації пілотних проектів, який би регламентував здійснення реформ.

Основними причинами цього, на нашу думку, є:

- заполітизованість питання реформування охорони здоров'я (кожна політична сила в Україні приходила до влади зі своєю стратегією реформування);

- відсутність спадкоємності й послідовності в реалізації реформ;
- відсутність єдиної політичної волі щодо шляхів реформування.

Реформи залишались переважно на рівні політичних гасел, позитивний досвід не поширювався, що не сприяло покращенню діяльності сфери охорони здоров'я і збереженню здоров'я нації.

На сучасному етапі основними завданнями реформування сфери охорони здоров'я в Україні визначено:

- підвищення якості медичних послуг;
- підвищення доступності медичних послуг;
- поліпшення ефективності державного фінансування;
- створення стимулів для здорового способу життя населення й безпечних сприятливих умов праці;
- підготовка умов для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування) [28].

Аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про низку позитивних змін.

1. Зміни Бюджетного кодексу України нададуть можливість перейти на трирівневий рівень фінансування сфери охорони здоров'я, створювати фінансові пули і раціональніше використовувати наявне фінансування.

2. Прийняття Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» законодавчо закріплює можливість відпрацювання нової структурно-організаційної та фінансово-економічної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах з урахуванням особливостей адміністративних територій (густоти та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціації закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання. За досягнення позитивних результатів планується провадження реформ на території всієї України.

3. Розробка та затвердження Міністерством охорони здоров'я низки методичних рекомендацій дозволить забезпечити та деталізувати окремі кроки провадження реформування сфери охорони здоров'я, а саме:

- розрахунки потреби населення у медичній допомозі [29];
- формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я [30];
- прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу [31];
- управління якістю медичної допомоги на період до 2020 р. [32].

4. З прийняттям постанови Кабінету Міністрів України «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 11.05.2011 р. № 524 збільшено розмір посадового окладу лікаря (у т. ч. педіатра, дільничного терапевта) [33]. Разом з тим підвищення престижності даної спеціалізації не досягнуто – ця ланка залишається найменш укомплектованою (не лише у регіонах та на селі, а й в м. Києві).

З огляду на проблеми сфери охорони здоров'я в Україні, про що йшлося вище, позитивним є те, що реформування медичної сфери не обмежується лише апробацією пілотних проєктів, а паралельно проводиться робота щодо загальної оптимізації діяльності сфери охорони здоров'я.

1. З метою вдосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я відповідно до змін, що відбулись у сфері соціально-економічних відносин, створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу з урахуванням набутого досвіду роботи закладів охорони здоров'я в ринкових умовах прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [21]. Дієвість даного механізму можна оцінити з часом.

2. Знайдено консенсус щодо запровадження обов'язкового медичного страхування. Він полягає у тому, що перш ніж запроваджувати страхову модель охорони здоров'я, необхідно підготувати відповідні внутрішньо- та позасистемні умови. Внутрішньосистемними умовами переходу на систему соціального медичного страхування є досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їхньої мережі, надання більшої самостійності керівникам медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я [15].

3. Розглядаються питання паралельної розбудови національного фармацевтичного сектору для забезпечення населення України гарантованим пакетом медичної допомоги (у т. ч. й лікарськими засобами). У зв'язку з цим у червні 2011 р. були проведені парламентські слухання на тему «Про сучасний стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України» [10].

4. Вирішуються питання удосконалення кадрового забезпечення медичної сфери, а саме: з метою кадрового забезпечення первинної ланки надання медико-санітарної допомоги населенню прийнята «Міська цільова програма підготовки лікарських кадрів для закладів охорони здоров'я міста Києва на 2011–2017 роки» [34].

5. Як вже зазначалося вище, у липні 2010 р. було прийнято Закон «Про державно-приватне партнерство», яким визначено організаційно-правові засади взаємодії між державою (у т. ч. АР Крим, територіальними громадами) та приватними партнерами (юридичними особами або фізичними особами-підприємцями) на договірній основі. **Закон створює рамкові умови для зменшення потреби у державних коштах для розбудови сфери охорони здоров'я.** Разом з тим конкретних проектів у сфері СОЗ із застосуванням механізму державно-приватного партнерства в Україні вкрай мало.

*Таким чином, в Україні спостерігається позитивна тенденція щодо реалізації завдань реформування, послідовність і наукова обґрунто-*



ваність цих кроків. Разом з тим виникає низка проблемних питань та ризиків, пов'язаних з провадженням задекларованого реформування.

## **2.2. Очікувані результати та можливі ризики**

Передбачено такі результати першочергових заходів реформування медичної сфери.

### **2.2.1. Перехід на трирівневу систему фінансування сфери охорони здоров'я**

Як вже зазначалось вище, вжито низку заходів щодо реалізації реформування вітчизняної СОЗ. Одним із визначальних щодо забезпечення фінансово-економічної складника реформування кроків було прийняття нової редакції Бюджетного кодексу України. У цьому документі враховані питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів, переходом на трирівневий механізм фінансування сфери охорони здоров'я і більш раціональним використанням наявного фінансування.

*Потенційні ризики.* Відповідно до зазначених вище змін фінансування сільської медицини, яке відбувалось через бюджети сільських та селищних рад, перенесено на видатки районних бюджетів [7]. Проте відсутність чіткого механізму розподілу фінансів з районних бюджетів на потреби дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів у сільській місцевості та додаткових статей фінансування першого етапу реформування [35], а також рекомендаціями щодо знаходження коштів «всередині системи охорони здоров'я» [36] може призвести до пошуку фінансування шляхом реорганізації (що на місцях досить часто розуміють як скорочення) існуючої моделі охорони здоров'я та руйнації життєво необхідної сільської медицини, яка хоча й не на належному рівні, але нині працює.

### **2.2.2. Формування підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини**

Очікуваним результатом має стати структурна реорганізація СОЗ відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги (розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги).

Створення мережі закладів первинного рівня відбувається переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини у сільській місцевості головним чином на 2 лікаря, в міській – на 4 лікаря та устаткування цих закладів відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості:

- у сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, великих ФАПів.

- в містах – через реорганізацію та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

З метою оптимізації закладів первинної ланки медичної допомоги планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги [2, с. 19-20], що дозволить досягнути такого:

- запровадження закупівлі медичних послуг;
- підвищення якості, доступності та своєчасності надання населенню медичної допомоги та медичного обслуговування;
- поліпшення кадрового забезпечення медичної сфери.

*Потенційні ризики.* Очікуваними ризиками, які вже почали виявлятися, є, зокрема такі.

- «Гонка» відкриття нових амбулаторій сімейного типу без належного рівня фінансування призводить до того, що нові амбулаторії, наближені до населення, починають функціонувати без відповідного забезпечення. У результаті – амбулаторії є, про їхнє відкриття прозвітовано, кошти витрачені, а якість і доступність медичної допомоги населенню даної території не забезпечено.

- Підготовка, особливо перепідготовка, кадрів для первинної ланки (сімейних лікарів) відбувається формально.

### **2.2.3. Реформування екстреної медичної допомоги**

Очікується, що станції швидкої допомоги будуть введені до складу госпітального округу, їх потужність та кількість підстанцій формуватиметься таким чином, щоб забезпечити дотримання головного критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хв. в місті, 20 хв. – у сільській місцевості [2, с. 26].

*Потенційні ризики.* У зв'язку з відсутністю забезпеченості засобами зв'язку для роботи єдиної системи екстреної медичної допомоги, цент-

ралізованої оперативно-диспетчерської служби, зношеністю парку санітарних автомобілів (на даний час, за даними МОЗ України, на території України експлуатуються автомобілі, починаючи з 1992 р. випуску, амортизаційна зношеність яких складає близько 70 % [37]), вкрай незадовільним станом доріг, особливо в сільській місцевості, тощо виконання поставленого завдання вважається досить проблематичним.

#### **2.2.4. Соціальний захист медичних працівників**

Соціальний захист медичних працівників був чи не найнижчим із всіх спеціальностей: не виплачувалась матеріальна допомога для оздоровлення, вирішення соціально-побутових питань тощо.

Окрім цього, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 11.05.2011 р. № 524 з 1 липня 2011 р. було збільшено розмір посадового окладу лікаря (у т. ч. педіатра, дільничного терапевта). За єдиною тарифною сіткою (*далі* – ЄТС) розмір першого тарифного розряду становить 635 грн. Відповідно розмір посадового окладу лікарів:

- без категорії – 1156 грн;
- другої категорії – 1251 грн;
- першої категорії – 1346 грн;
- вищої категорії – 1441 грн.

Тобто середній посадовий оклад лікаря-хірурга за ЄТС становить 1394 грн, лікаря – 1299 грн, медичної сестри – 1074 грн.

Також з 1 липня 2011 р. для лікарів дільничних та лікарів педіатрів розмір середнього посадового окладу з урахуванням обов'язкових виплат (підвищення посадового окладу за оперативні втручання, у зв'язку зі шкідливими умовами праці, надбавки за вислугу років, у тривалість безперервної роботи тощо) становить 1688,7 грн [33].

*Потенційні ризики.* Нині заробітна плата та соціальний захист працівників сфери охорони здоров'я не мотивують якість роботи, не заохочують приплив молодих спеціалістів на первинну ланку.

#### **2.2.5. Забезпечення пріоритетності профілактичного (менш затратного) складника сфери охорони здоров'я**

Протягом останніх років залишається фактично незмінною структура причин захворюваності та смертності населення. Основною метою диспансеризації населення є передусім попередження розвитку за-

хворювань, вжиття заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, збільшення активного довголіття.

За розрахунками, економічно вигідніше попередити захворювання, ніж лікувати хвороби та їхні наслідки, виплачувати кошти за втрату працездатності.

У зв'язку з цим МОЗ був виданий наказ «Про диспансеризацію населення» від 28.08.2010 р. № 728. Разом з тим обов'язковості проходження диспансеризації для населення України не впровадили, аргументуючи це тим, що громадяни мають самі бути зацікавлені у диспансеризації, у т. ч. знайти час для її проходження. Диспансеризація так і залишається формальною і необов'язковою.

*Потенційні ризики.* Відповідно до вказаного вище наказу єдиним обов'язком органів охорони здоров'я є створення умов для того, аби усі бажаючі могли пройти щорічну диспансеризацію. (Нині до першочергових належать медогляди з метою виявлення хворих на туберкульоз, злоякісні новоутворення, шкірні й венеричні хвороби, зоб, цукровий діабет, а також на хронічний алкоголізм, глаукому та інші хвороби.)

Нині свідомість громадян України щодо турботи про своє здоров'я залишає бажати кращого. Отже, завдання виявлення захворювань на ранніх стадіях залишається не вирішеним.

*Таким чином, незважаючи на комплексність сучасної програми реформування, кожний із її напрямів містить низку потенційних ризиків, що можуть негативно вплинути на очікуваний результат.*

*Тому на даному етапі надзвичайно важливою є консолідація зусиль і урядовців, і чиновників, і експертів, і науковців, а також медичної спільноти та української громади щодо вироблення оптимальної моделі вітчизняної сфери охорони здоров'я з урахуванням можливих ризиків та попереднього вітчизняного досвіду.*

### **РОЗДІЛ III.**

#### **НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Охорона здоров'я є сферою, що відображає стан та характеризує перетворення головних сфер розвитку суспільства – економічної, політичної та соціальної. Саме тому експерти ВООЗ звертають увагу на тісний взаємозв'язок між станом системи охорони здоров'я, здоров'ям

населення та економічним розвитком країни. Інвестиції в зміцнення здоров'я населення не лише знижують тягар хвороб, а й стимулюють економічне зростання країни [1].

Враховуючи стратегічне значення сфери охорони здоров'я для розвитку економіки України, зміцнення безпеки держави та поліпшення здоров'я населення, а також зважаючи на необхідність вжиття невідкладних заходів щодо комплексного розв'язання проблем даної сфери, реформування має охоплювати *фінансово-економічний, організаційно-управлінський, нормативно-правовий аспекти та механізми оптимізації діяльності громадської охорони здоров'я.*

### **3.1. Фінансово-економічні механізми реформування сфери охорони здоров'я**

Удосконалення фінансово-економічних механізмів необхідне для створення прозорих фінансово-економічних відносин у процесі цільового накопичення та адресного використання коштів для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Нині, як вже зазначалось вище, джерелами фінансування охорони здоров'я в Україні є:

- кошти державного та місцевих бюджетів; вони мають бути основним джерелом фінансування державних цільових програм та слугувати фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення;
- кошти добровільного медичного страхування;
- кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів;
- благодійні внески;
- пожертвування юридичних і фізичних осіб;
- кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також з інших джерел, не заборонених законодавством.

Заклади охорони здоров'я усіх форм власності в обов'язковому порядку мають дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування.

На сьогодні, незважаючи на щорічне збільшення бюджетних видатків на фінансування сфери охорони здоров'я, ефективність, якість

та спеціалізація медичних послуг залишаються на незадовільному рівні. Заклади охорони здоров'я часто недоотримують фінансування, а отже, змушені спрямовувати більшу частину бюджетних коштів лише на фінансування фонду оплати праці.

Удосконалення механізмів державного фінансування та раціоналізація використання наявних ресурсів СОЗ є, безумовно, вагомими інструментами забезпечення ефективності діяльності сфери охорони здоров'я та надання якісного медичного обслуговування населенню. Між тим в усьому світі постійно зростає вартість медичного обслуговування. Причиною цього насамперед є запровадження нових технологій профілактики та лікування хвороб, високотехнологічного та наукоємного обладнання, нових лікарських засобів тощо. Нині жодна країна світу не встигає забезпечити зростання рівня фінансування СОЗ темпами, що відповідають темпам збільшення вартості медичних послуг.

Це призводить до формування певного «зачарованого кола», вихід з якого слід шукати насамперед не в збільшенні видатків (хоча, безумовно, для України це залишається досить актуальним з причини критично низького рівня державних видатків на СОЗ і високого рівня позабюджетного фінансування, про що йшлося вище), а в механізмах раціонального використання наявного рівня фінансування та ресурсного забезпечення. Особливого значення даний механізм набуває в умовах дефіциту фінансових ресурсів, що є характерним для України.

Найбільш ефективним шляхом покращення фінансування сфери охорони здоров'я у більшості країн світу вважають відмову від суто бюджетного фінансування і перехід на модель медичного страхування (приватного (добровільного) чи обов'язкового). Основною перевагою запровадження обов'язкового соціального медичного страхування (ОСМС) є цільовий характер внесків. Це забезпечує зміцнення фінансової бази СОЗ і високий ступень солідарності незалежно від фінансової можливості людини. Водночас на сьогодні в Україні залишаються невирішеними і потребують доопрацювання низка головних системних та позасистемних проблем (про які йшлося вище), що суттєво ускладнює запровадження ОСМС найближчим часом. Отже, запровадженню ОСМС в українській СОЗ має передувати значна підготовча робота щодо підвищення ефективності функціонування існуючої системи з паралельним сприянням розвитку добровільного медичного страхування.

Таким чином, державну політику в царині фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров'я слід здійснювати з урахуванням

того, що сучасні механізми фінансування охорони здоров'я мають забезпечувати:

- доступність медичної допомоги та медичного обслуговування для усього населення країни, особливо бідних та вразливих верств;
- можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення потреб, що виникають у відповідних ланках сфери охорони здоров'я;
- застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я;
- виділення ресурсів надавачам залежно від якості та обсягів наданих ними послуг і відповідно до потреб населення.

Основними кроками щодо покращення фінансово-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я є такі.

*По-перше* – перехід до контрактної моделі управління та фінансування, тобто запровадження договірних відносин при закупівлі послуг з охорони здоров'я та зміни принципу фінансування, що передбачає:

- перехід від кошторисного фінансування залежно від показників потужності закладів охорони здоров'я до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги;
- перехід на якісно новий метод оплати послуг з охорони здоров'я:
  - *на первинному рівні* – поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, охоплення вакцинацією, скринінговими програмами тощо);
  - *на вторинному рівні* – запровадження для стаціонарів «глобального бюджету»<sup>4</sup> залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;
  - *на третинному рівні* – використання «глобального бюджету» залежно від структури та обсягів наданої допомоги.
- формування «глобального бюджету» для забезпечення надання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях на бюджет-

---

<sup>4</sup>Метод глобального бюджету полягає в тому, що лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт, який визначається наперед. Це дозволяє лікарням спрямовувати ресурси у межах виробничого процесу на діяльність, яку вони вважають ефективнішою. Рівень оплати при цьому не залежить від кількості ліжок, наявних потужностей та інфраструктури лікарень, а лише від результату їхньої діяльності. При цьому обов'язковим є паралельне запровадження системи сучасної системи обліку та моніторингу якості діяльності.

ний період; він має формуватися з урахуванням обсягів, структури та якості послуг, визначених договором про виконання бюджетної програми залежно від потреб населення з урахуванням рівня і структури захворювань; при цьому для лікарень третинного рівня при визначенні «глобального бюджету» враховуються як потреба у конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення; оскільки повне забезпечення потреби у цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у т. ч. із визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги;

- перегляд принципу розподілу коштів між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги, що на сьогодні є деформованим, з превалюванням фінансування медичної допомоги вторинного рівня (табл. 2).

Таблиця 2

### Схеми розподілу коштів у медичній сфері

Рівні медичної допомоги	Існуюча система (% від обсягу фінансування)	Пропонована система (% від обсягу фінансування)
Первинний	10–20	25–30
Екстрена медична допомога	–	10
Вторинний	50–60	25–30
Третинний	30–40	30–35

Ефективнішим вбачається принцип фінансування, орієнтований на первинний рівень медичної допомоги.

*По-друге*, забезпечення автономії медичних закладів та перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства. Це створить умови закладам охорони здоров'я для:

- більшої самостійності у визначенні організації господарської діяльності (у т. ч. можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат); управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добір персоналу, вдосконалення методів оплати праці, мотивація професійного розвитку); управлінні матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання,



приміщень тощо); визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності та застосуванні їх при плануванні подальшої діяльності й оплаті праці персоналу [38; 2, с. 28–35].

- більш гнучкого управління та планування в умовах ринкової економіки (тобто поряд із своєю основною діяльністю з надання гарантованих державою безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти заклади СОЗ матимуть змогу здійснювати підприємницьку діяльність залежно від попиту ринку медичних послуг (в межах законодавства України);

- можливості (на відміну від суб'єктів, які мають статус бюджетних установ) під гарантії органу управління отримувати кредити під заходи, пов'язані з виконанням державного замовлення [2, с. 28–35];

- реалізації на практиці принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг залежно від результатів їхньої роботи; ця оплата має бути спрямована на максимально можливе врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів як споживачів медичних послуг [2, с. 28–35];

- створення умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг у системі охорони громадського здоров'я, що потенційно може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів [2, с. 29–30].

Проте вказаний крок містить у собі й низку загроз. Зокрема як свідчить міжнародний досвід, надання лікарням автономії без попередньої структурної реорганізації може призвести до:

- сповільнення темпів структурних перетворень стаціонарного сектору, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю або реорганізації навіть неефективного медичного закладу, у т. ч. за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів;

- погіршення умов роботи медичних закладів, оскільки високою є ймовірність того, що самостійність постачальників медичних послуг спричинить ще більшу комерціалізацію діяльності медичних закладів, масового вивільнення персоналу [39].

Враховуючи наведене вище, *на сучасному етапі розвитку доцільно зберегти існуючий статус медичних організацій як бюджетних*. Питання щодо зміни господарського статусу медичних закладів з наданням їм більшої самостійності (автономізації) доцільно розглянути на заключному етапі структурної перебудови системи у цілому, враховуючи при цьому результати апробації механізмів перетворення медичних закладів на державні/комунальні некомерційні підприємства в пілотних регіонах [39].

*По-третє*, перехід до активних закупівель медичних послуг для потреб населення на основі контрактів між державою (уповноваженими нею органами) та постачальниками вказаних послуг. При цьому слід застосовувати напрацьований позитивний міжнародний досвід, а саме: сприяти розвитку приватної практики у сфері охорони здоров'я (особливо в умовах первинної медико-санітарної допомоги (первинна ланка) та спеціалізованої амбулаторної допомоги (частина вторинної ланки)). Йдеться про модель так званої функціональної приватизації цих служб, за якої до надання медичних послуг населенню країни за рахунок бюджетного фінансування державою залучаються приватні постачальники через стратегічні контрактні закупівлі [38].

Безперечно, ані держава, ані місцеве самоврядування в принципі не можуть імперативно спонукати лікарів до зайняття приватною практикою. Проте вони можуть сприяти створенню умов, за яких медичним працівникам буде вигідніше та комфортніше надавати послуги саме в такому статусі.

Для планування видатків та використання бюджетних коштів першочерговим завданням є визначення показників діяльності закладів охорони здоров'я та їх використання для обрахунків витрат. Такі витрати можуть бути розраховані на один день перебування хворого на стаціонарному лікуванні, амбулаторно-поліклінічне відвідування, виклик швидкої медичної допомоги тощо.

При плануванні видатків та використанні бюджетних коштів потрібно враховувати специфіку закладів, в яких надається медична допомога. Визначення витрат по кожному закладу охорони здоров'я дозволить встановити економічну обґрунтованість їх діяльності та визначати ефективність використання бюджетних коштів. Це сприятиме більш раціональному плануванню обсягів фінансування, що спрямовуються на охорону здоров'я в межах міських, районних та обласних бюджетів. У подальшому це дозволить перейти до відшкодування витрат закладів охорони здоров'я залежно від обсягу та якості наданих послуг [40].

Слід зазначити, що деякі з наведених механізмів фінансово-економічного складника реформування вже довели свою ефективність під час реалізації пілотних проектів в Харківській, Полтавській, Житомирській областях [41; 42; 43]. З метою виявлення потенційних ризиків та визначення кола заходів, спрямованих на їх нейтралізацію, до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні вони будуть додатково апробовані при реалізації пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та в м. Києві. Отриманий досвід планується використати на загальнодержавному рівні.

## **3.2. Організаційно-управлінські механізми реформування сфери охорони здоров'я**

У поєднанні з фінансово-економічними організаційно-управлінськими механізмами є основою для забезпечення ефективності діяльності сфери охорони здоров'я. Тому реформування медичної системи слід починати саме з цих двох напрямів.

Як зазначалось вище, в Україні відсутня система розмежування закладів охорони здоров'я, в яких надається медична допомога різних рівнів. Це не лише має негативні організаційні та економічні наслідки, а й негативно впливає на якість надання медичної допомоги. Натомість світова практика організації охорони здоров'я свідчить про чітке розмежування лікувально-профілактичних закладів за рівнями надання медичної допомоги. Це дає змогу більш раціонально використовувати ресурси у спосіб скорочення кількості госпіталізацій на вторинний та третинний рівні та підвищення значення первинної медико-санітарної допомоги.

### ***3.2.1. Вдосконалення структурної організації сфери охорони здоров'я***

Вдосконалення структурної організації СОЗ полягає передусім у чіткому розмежуванні первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги.

1. *Формування первинного рівня медичної допомоги* (про який йшлося вище).

2. *Формування вторинного рівня медичної допомоги* має передбачати об'єднання мережі медичних закладів (поліклінік і стаціонарів), що надаватимуть медичну допомогу у разі виникнення потреби у спеціалізованих методах діагностики, лікування, реабілітації і використання складних медичних технологій.

При цьому обсяги вторинної медичної допомоги мають визначатися клінічними протоколами діагностики і лікування, затвердженими МОЗ України. У разі відсутності клінічного протоколу обсяг діагностичних і лікувальних послуг визначається за медичними показаннями відповідно до загальноприйнятих підходів.

Виходячи з інтенсивності медичної допомоги лікарні вторинного рівня можуть бути диференційовані як:

- лікарні інтенсивної допомоги;
- лікарні для проведення планового лікування;

- лікарні для відновлювального лікування;
- хоспіси;
- лікарні для медико-соціальної допомоги [2, с. 28–43].

Визначальне місце на вторинному рівні медичної допомоги мають посідати багатопрофільні лікарні з надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах складають близько 90 % всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше, ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3 тис. оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів за рік [2, с. 28–43].

3. *Створення госпітальних округів* має передбачати об'єднання медичних закладів декількох сільських районів або міст та районів залежно від густоти та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг [2, с. 28–43].

Структура госпітального округу має включати: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних ЦРЛ або міських лікарень); лікарні для відновлювального лікування (відповідно до потреби); хоспіс (один на округ); заклади медико-соціальної допомоги/сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих в кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги) та станції швидкої допомоги [2, с. 28–43].

4. *Формування третинного рівня медичної допомоги* має здійснюватися обласними лікарнями та клініками НДІ, що надають високоспеціалізовану та високотехнологічну медичну допомогу. Може бути також передбачене створення університетських клінік у спосіб об'єднання наведених вище закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства.

Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в обласних лікарнях та університетських клініках має здійснюватися за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ – за направленнями обласних управлінь охорони здоров'я в обсягах, які відповідають квотам, що визначені МОЗ України.

### 3.2.2. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я

Не менш важливим питанням, яке необхідно вирішувати у вітчизняній сфері охорони здоров'я, є поліпшення якості медичної допомоги. Невід'ємними складниками цього процесу є об'єктивний (забезпечення якості лікування) і суб'єктивний (забезпечення задоволення потреб пацієнтів щодо медичного обслуговування) складники.

Вирішення питань підвищення якості медичної допомоги має здійснюватись у двох напрямках:

- оцінювання якості (експертиза, аудит, моніторинг, контроль, соціологічні дослідження);
- забезпечення підвищення якості (нормативно-правове, матеріально-технічне, фінансове, кадрове, організаційно-управлінське, інформаційне, мотиваційне).

Забезпечення оцінювання якості медичної допомоги може бути здійснене у спосіб:

- запровадження системи проведення регулярних соціологічних досліджень за допомогою об'єктивних стандартизованих методик щодо визначення задоволеності пацієнтів результатами їх взаємодії з системою охорони здоров'я;
- проведення регулярного клінічного аудиту, а саме: систематичний перегляд складників медичної допомоги на відповідність визначеним критеріям та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

Підвищення якості медичної допомоги може бути забезпечене:

- посиленням ролі Громадської ради МОЗ України через активне залучення її до аналітичної роботи щодо вивчення впливу механізмів реформування на діяльність СОЗ, задоволення населення результатами реформування; забезпечення фахової громадської експертизи галузевого законодавства тощо;
- запровадженням формулярної системи лікарських засобів та розробленої МОЗ України методики її моніторингу та оцінки якості;
- розробленням нових та оновленням існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства за реалізацією та дотриманням цих стандартів;

- запровадженням системи диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та системи контрактних державних закупівель медичних послуг у спосіб укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги;
- розробленням програм безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у тому числі за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), ці програми застосовуються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи поза-відомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю якості;
- посиленням мотиваційних механізмів підвищення якості надання послуг, зокрема: посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, передусім на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо); **підвищення** рівня заробітної плати; запровадження стимулюючої системи оплати за профілактичну діяльність тощо.

### **3.2.3. Вдосконалення системи кадрового забезпечення СОЗ та покращення соціального захисту медичних працівників**

Невід'ємними напрямками процесу реформування СОЗ є поліпшення кадрового забезпечення медичної системи та покращення соціального захисту медичних працівників.

*Вдосконалення системи кадрового забезпечення потребує таких заходів:*

- запровадження системи прогнозування потреби у спеціалістах; прогнозування має здійснюватись на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень сфери, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів;
- збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів (насамперед первинної ланки та лікарів для сільської місцевості) за державним замовленням;
- запровадження системи укладання угод зі студентами, які навчаються за державним замовленням, щоб гарантувати обов'язковість відпрацювання ними не менше трьох років за направленням або відшкодування витрачених на їхню освіту коштів;

- забезпечення підготовки і перепідготовки випереджаючими темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою; для цього в державному бюджеті на 2012 р. передбачити відповідну статтю фінансування;

- забезпечення підготовки професійних управлінських кадрів з урахуванням передового світового досвіду.

*Покращення соціального захисту медичних працівників.* Створення мотивації та зацікавленість у всіх учасників медичної сфери потребують таких заходів:

- запровадження системи диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи;

- надання щорічної матеріальної допомоги медичним працівникам на оздоровлення у розмірі місячного посадового окладу;

- підвищення пенсій медичним працівникам, які мають безперервний стаж роботи у державних та комунальних закладах охорони здоров'я понад 25 років;

- створення фонду службових квартир для медичних працівників, особливо первинної ланки;

- розробка програми для додипломного та післядипломного навчання медичних працівників будь-якої спеціальності, а також менеджерів охорони здоров'я з питань здорового способу життя, професійних ризиків медичної діяльності та профілактики їх негативного впливу;

- розробка програми щодо економічного і морального заохочення медичних працівників з урахуванням характеру професійних ризиків, навантаження, кваліфікації, тривалості роботи;

- підвищення відповідальності керівників медичних закладів за стан здоров'я співробітників та організацію надання їм медичної допомоги;

- розроблення та законодавче закріплення системи доплати до посадового окладу лікарям дільничної мережі, швидкої та невідкладної медичної допомоги у розмірі 100 % посадового окладу, а також надбавки за тривалу безперервну роботу усім медичним працівникам [44];

- запровадження системи загальної диспансеризації медичних працівників як «групи ризику» щодо виникнення професійних захворювань із систематичним проведенням превентивного лікування за бюджетні кошти за місцем роботи.

- запровадження механізму надання медичної допомоги медикам, який забезпечував би доступність медичної допомоги працівникам охорони здоров'я та їхнім найближчим родичам.

### **3.3. Нормативно-правові механізми реформування сфери охорони здоров'я**

Вирішення наведених вище завдань реформування сфери охорони здоров'я неможливе без подальшого вдосконалення правової бази охорони здоров'я, що має бути приведена у відповідність до норм і принципів міжнародного права, регламентувати чітку і скоординовану взаємодію усіх гілок влади.

Для створення належної нормативно-правової бази необхідно виконання таких завдань.

#### *1. Покращення діяльності системи охорони здоров'я:*

- визначення базового пакету надання медичних послуг, гарантованих державою, що в подальшому стане основою для запровадження медичного страхування;

- розробка та прийняття цільової програми будівництва соціального житла для медичних працівників;

- запровадження в Україні лікарського самоврядування;

- запровадження системи моніторингу та відстеження якості та належності виконання нормативно-правових актів, що регламентують діяльність СОЗ;

- запровадження нових моделей економічних розрахунків за надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини;

- створення умов для розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я та формування засад справедливої конкуренції серед закладів охорони здоров'я різних форм власності.

#### *2. Вдосконалення державної політики охорони здоров'я населення:*

- здійснення активної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності й зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;

- посилення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства для запобігання і зниження захворюваності серед усіх верств населення, особливо на соціально небезпечні та соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД, сифіліс та інші венеричні, психічні, онкологічні,



серцево-судинні захворювання тощо), сприяння зменшенню травматизму та нещасних випадків [18, с. 54–61];

- сприяння реалізації інвестиційних проєктів в охороні здоров'я із залученням різних джерел фінансування;

- законодавче забезпечення заборони агресивної реклами лікарських засобів, алкоголю та тютюну;

- здійснення систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я відповідно до існуючого політичного та соціально-економічного становища і європейських стандартів шляхом зведення в єдину внутрішню узгоджену систему; тобто створення базового документа – Кодексу законів України про охорону здоров'я (Медичного кодексу України), що зможе комплексно врегулювати всі аспекти охорони здоров'я, у т. ч. й надання медичної допомоги [18, с. 62].

### **3.4. Оптимізація діяльності охорони громадського здоров'я**

Не менш важливими в розрізі як суспільних, так і галузевих змін є питання оптимізації охорони громадського здоров'я. Це той складник сфери охорони здоров'я, який за будь-яких сценаріїв розбудови медичної системи в Україні має залишитися на рівні державного фінансування. Адже він стосується важливих для суспільства питань, без вирішення яких неможливе нормальне функціонування не лише сфери охорони здоров'я, а й суспільства в цілому, а саме:

- розроблення державної політики щодо охорони здоров'я;
- профілактика та боротьба з захворюваннями;
- міжгалузєва співпраця щодо збереження здоров'я населення;
- кадрова політика.

Тому основними напрямками щодо оптимізації діяльності охорони громадського здоров'я мають стати такі.

*1. Покращення діяльності сфери охорони здоров'я та забезпечення ефективності реформування медичної сфери:*

- розроблення програм міжгалузєвої співпраці щодо виконання таких завдань, як ремонт доріг, забезпечення безперешкодного руху карет екстреної медичної допомоги в містах, контроль за якістю та безпекою харчових продуктів, води та повітря тощо;

- сприяння паралельному проведенню реформування фармацевтичної галузі;

- сприяння розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціаль-

них програм побудови та фінансування хоспісів, фінансування проти-туберкульозних програм тощо.

2. *Пошук оптимальної для України національної моделі охорони здоров'я*, діяльність та інфраструктура якої відповідатимуть потребам населення та враховуватимуть географічні, історичні та культурні особливості України:

- проведення поточного та ретроспективного аналізу елементів сучасних світових моделей охорони здоров'я, які довели свою ефективність;
- оптимізація системи збору та аналізу статистичних даних, зокрема узгодження порядку надання та обігу інформації між Міністерством охорони здоров'я, регіональними центрами медичної статистики та Держстатом;
- запровадження системи оцінки якості надання медичних послуг кінцевому споживачу та ефективного зворотного зв'язку задля розроблення науково та економічно обґрунтованих механізмів реформування вітчизняної СОЗ.

3. *Посилення ролі профілактичного складника вітчизняної сфери охорони здоров'я*:

- реалізація програми підвищення пріоритетності розвитку сімейної медицини як головної ланки профілактичної медицини;
- спільно з Міністерством освіти і науки, молоді та спорту розроблення програми щодо *формування здорового способу життя, розвитку фізичної культури та спорту*;
- вивчення реального стану здоров'я громадян України, попередження розвитку захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення;
- забезпечення обов'язковості проведення диспансеризації населення (як головного методу профілактики), насамперед декретованих контингентів, та врахування результатів профілактичних медичних оглядів;
- запровадження в медичних закладах автоматизованої інформаційної системи медичного документообігу.

## ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Проведений аналіз свідчить, що сфера охорони здоров'я в Україні потребує невідкладного комплексного реформування і вироблення власної, адаптованої до історичних, політичних, економічних, демографічних, географічних тощо умов моделі вітчизняної охорони здоров'я.

Чинники нинішнього незадовільного стану вітчизняної СОЗ стосуються як системних, так і позасистемних проблем. Тому вироблення стратегії та проведення реформування медичної сфери має спиратись на комплексний міжгалузевий підхід.

**Виходячи з наведеного вище, для покращення діяльності вітчизняної сфери охорони здоров'я необхідна реалізація таких кроків.**

### **1. Вдосконалення законодавчого забезпечення СОЗ.**

- З метою забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні визначити базовий пакет надання медичних послуг, гарантованих державою, що в подальшому стане основою для запровадження медичного страхування, а саме внести поправку в ст. 49 Конституції України (у ч. 3).

- З метою забезпечення законодавчої захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні прийняти Закон України «Про захист прав пацієнта».

- З метою посилення ефективності механізмів реалізації чинного законодавства запровадити систему моніторингу та відстеження якості та належності виконання нормативно-правових актів, що регламентують діяльність СОЗ.

- З метою комплексного врегулювання всіх аспектів нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я створити базовий документ – Кодекс законів України про охорону здоров'я [18, с. 62].

### **2. Посилення ресурсного забезпечення СОЗ.**

- З метою забезпечення прозорого механізму фінансування сфери охорони здоров'я визначити чіткий перелік гарантованих державою послуг з охорони здоров'я, створити проблемну комісію з економістів, фінансистів, юристів, медиків тощо для обрахунку вартості послуг з охорони здоров'я, виходячи з наявного обсягу фінансування.

- Запровадити механізми інноваційного фінансування СОЗ, зокрема ввести механізм цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) на потреби охорони здоров'я.

- З метою вдосконалення процедури державного забезпечення населення України базовим пакетом лікарських препаратів створити Державний реєстр цін на лікарські засоби; на державному рівні запровадити систему фіксування цін на низку найбільш соціально важливих лікарських засобів з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво.

- З метою підвищення ефективності використання видатків на СОЗ впровадити систему моніторингу, що оцінювала б ефективність державних видатків з точки зору якісних наслідків для здоров'я суспільства.

- Сприяти розвитку соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини шляхом залучення їх до соціальних програм: побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних програм тощо.

### **3. Стимулювання розвитку добровільного медичного страхування.**

- З метою забезпечення принципу багатоканальності фінансування СОЗ сприяти подальшому розвитку добровільного медичного страхування, лікарняних кас, ширше використовувати ресурси приватних медичних закладів.

- З метою стимулювання застосування системи офіційних співоплат населення в процесі медичного обслуговування встановити пільги з оподаткування прибутковим податком для тих, хто користується приватними медичними послугами [45].

- З метою підвищення якості медичної допомоги, забезпечення цілеспрямованого і контрольованого використання коштів сприяти подальшому розвитку лікарняних кас, залученню до них підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності. При цьому підприємства можуть сплачувати частину внесків чи повний їх розмір за своїх співробітників.

- З метою ширшого використання добровільного медичного страхування, зниження цін на його послуги запровадити механізми фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення і тим самим – скорочення кількості страхових випадків.

### **4. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я.**

- З метою посилення громадського контролю, побудови двостороннього зв'язку між державою, сферою охорони здоров'я і громадянським суспільством посилити роль Громадської ради МОЗ України шляхом забезпечення активного залучення її до аналітичної роботи щодо вивчення впливу механізмів реформування на діяльність СОЗ, задоволення населення результатами реформування; забезпечення фахової громадської експертизи галузевого законодавства тощо.

- З метою забезпечення якості, безпеки та ефективності лікарських засобів та раціонального їх використання широко запровадити формулярну систему лікарських засобів та розроблену МОЗ України методичку її моніторингу та оцінки якості.

- Забезпечити розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади,

органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією та дотриманням цих стандартів.

- З метою підвищення ефективності використання ресурсів у СОЗ запровадити систему диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та систему контрактних державних закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги.

- Розробити програму безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у т. ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо).

- Посилити мотиваційні механізми підвищення якості надання послуг, зокрема: посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, передусім на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо); **підвищити** рівень заробітної плати; запровадити стимулюючу систему оплати за профілактичну діяльність тощо.

#### **5. Підвищення якості кадрового забезпечення СОЗ.**

- З метою усунення диспропорції в кадровому забезпеченні СОЗ запровадити систему прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень сфери, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

- Забезпечити підготовку і перепідготовку випереджаючими темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою. Для цього в державному бюджеті передбачити відповідну статтю фінансування.

#### **6. Створення національної моделі охорони здоров'я.**

З метою пошуку оптимальної для України національної моделі охорони здоров'я, діяльність та інфраструктура якої відповідатимуть потребам населення та враховуватимуть географічні, історичні та культурні особливості України, забезпечити:

- проведення поточного та ретроспективного аналізу елементів сучасних світових моделей охорони здоров'я, що довели свою ефективність;

- оптимізацію системи збору та аналізу статистичних даних, зокрема узгодження порядку надання та обігу інформації між Міністерством охорони здоров'я, регіональними центрами медичної статистики та Держкомстатом;

- запровадження системи оцінки якості надання медичних послуг кінцевому споживачу та ефективного зворотного зв'язку задля розроблення науково та економічно обґрунтованих механізмів реформування вітчизняної СОЗ.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Suhrcke, M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocco; Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/pubrequest>
2. *Лехан, В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К, 2009. – С. 3.
3. *Охрана* здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. – 2009. – 25 апреля [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/132959/Oslo\\_report\\_rus.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf)
4. *Послання* Президента України Віктора Януковича до українського народу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/17307.html>
5. *Основні* шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 30.
6. *Інформація* про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у 2010 році / Професійна спілка працівників охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>
7. *Бюджетний* кодекс України від 07.08.2011 р. № 2456-17 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2456-17>
8. *Рудий, В. М.* Роль органів місцевого самоврядування та місцевих державних адміністрацій у забезпеченні реформ системи медичного обслуговування населення в Україні / В. М. Рудий [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/999/6/565/9991/VR\\_Local\\_Authorities\\_VR\\_Apr\\_May2009\\_updated090409.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/catalogs/999/6/565/9991/VR_Local_Authorities_VR_Apr_May2009_updated090409.pdf)
9. *Самооцінка* населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної до допомоги у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
10. *Про сучасний* стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України: рекомендації парламентських слухань [Електронний

ресурс]. – Режим доступу : <http://panaceja.ua/novosti/132-rekomendac-zqpro-suchasnij-stan-ta-perspektivi-rozvitku-farmaczevtichno-galuz-ukrainiq.html>

11. 3 1 липня 2011 року збільшено розмір посадових окладів медичних працівників [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20110809\\_2.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110809_2.html)

12. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* : закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>

13. *Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sfult.org/analiz-stanu>

14. *На охорону праці одного медичного працівника держава виділяє 62 гривні* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medsvit.org/articles/1/58/na-ohoronu-prats-odnogo-medichnogo-prats-vnikaderzhava-vid-lya-62-grivn/&print=1>

15. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : програма економічних реформ на 2010–2014 рр. / Комітет з економічних реформ при Президентові України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf)

16. *Безпомічна екстрена медична допомога* : звіт Рахункової палати України від 29.10.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16732239>

17. *Дані Держстату України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

18. *Ціборовський, О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я* / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – С. 54-55.

19. *Бюджетний кодекс України* від 08.07.2010 р. № 2456-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=2542-14>

20. *Про державно-приватне партнерство* : закон України від 01.07.2010 р. № 2404-17 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2404-17>

21. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги* : закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find>

22. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та міс-*



ті Києві : закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find=1&typ=1>

23. *Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=244093832&cat\\_id=119129001](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=244093832&cat_id=119129001)

24. *Методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги / Міністерства фінансів України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/\\_\\_.pdf](http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/__.pdf)

25. *Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави. Національна доповідь / за заг. ред. В. М. Гейця [та ін.]. – К. : НВЦ НБУВ, 2009. – 687 с.*

26. *Модернізація України – наш стратегічний вибір: щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. – С. 33.*

27. *Основні шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 17.*

28. *Реформа медичного обслуговування: Програма економічних реформ на 2010–2014 роки* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_reform/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/)

29. *Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

30. *Про затвердження методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 419* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

31. *Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу : наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

32. *Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

33. *Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери : постанова Кабінету Міністрів*

України від 11.05.2011 р. № 524 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=524-2011-%EF>

34. *Міська* цільова програма підготовки лікарських кадрів для закладів охорони здоров'я міста Києва на 2011–2017 роки : рішення Київської міської ради від 12.05.2011 р. № 736. – К., 2011.

35. *Експеримент* із реформування системи охорони здоров'я не потребуватиме додаткових коштів – І. Акімова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrinform.ua/ukr/order/?id=980839>

36. *Експеримент* із реформування системи охорони здоров'я не потребуватиме додаткових коштів – І. Акімова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://project.ukrinform.ua/news/26658/>

37. *Реформа* екстреної медичної допомоги: швидкі стають швидкими? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>

38. *Звіт* про науково-дослідну роботу: наукове обґрунтування напрямків удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я / М. Шевченко, Л. Карамзіна, В. Князевич та ін. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uiph.kiev.ua/>

39. *Шейман, И. М.* О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса/ И. М. Шейман, С. В. Шишкин (внештатные эксперты ВОЗ). – 2009. – Март.

40. *Методичні* рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я. – К., 2011. – С. 5–7.

41. *Рудий, В. М.* Узагальнення досвіду реформування системи охорони здоров'я в Харківській області: досягнення і проблеми / В. М. Рудий [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua/.../6\\_Kh%20Experience\\_Summ%20Report\\_VR\\_...](http://www.eu-shc.com.ua/.../6_Kh%20Experience_Summ%20Report_VR_...)

42. *Методика* економіко-статистического аналізу діяльності лікувально-профілактичних установ, розрахунок собівартості медичних послуг «cost accounting» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua/.../8\\_CostAcc%20-%20medodology.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/.../8_CostAcc%20-%20medodology.pdf)

43. *Економіко-статистичний* аналіз як інструмент для прийняття рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів та покращення якості медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua/.../7\\_econom-stat%20%20BK+SD](http://www.eu-shc.com.ua/.../7_econom-stat%20%20BK+SD).

44. *Проект* концепції розвитку охорони здоров'я в місті Києві [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.kmr.gov.ua/getdoc.asp?Id=956](http://www.kmr.gov.ua/getdoc.asp?Id=956)

45. *Рудий, В. М.* Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – С. 167.

**РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:  
ОРГАНІЗАЦІЙНЕ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ  
ТА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

*Матеріали засідання  
«круглого столу»*



22 грудня 2011 р. у конференц-залі Національного інституту стратегічних досліджень відбулося засідання «круглого столу» з теми **«Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення»**. На засіданні були присутні працівники наукових та аналітичних установ, органів державної влади, медичної спільноти, громадських об'єднань, профспілок і засобів масової інформації.

**В обговоренні взяли участь:**

**БОГОМОЛЕЦЬ**

Ольга  
Вадимівна

директор Інституту дерматокосметології доктора Богомолец

**ГАВРИЛЕНКО**

Лідія  
Іллівна

головний спеціаліст з соціальних питань Центрального комітету профспілки працівників охорони здоров'я України

**ГАРЯЧА**

Юлія  
Петрівна

заступник завідувача відділу державної правової політики Національного інституту стратегічних досліджень

**ГОРАЧУК**

Вікторія  
Валентинівна

доцент кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**ГРУЗЄВА**

Тетяна  
Степанівна

професор кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, начальник інформаційно-аналітичного відділу

**ДЕМЧАК**

Руслан  
Євгенійович

голова Ради Федерації роботодавців м. Києва, президент Всеукраїнської громадської організації «Захисту прав споживачів фінансових послуг», власник Корпорації «*Ukrainian Business Group*»

**ДОЛОТ**

Володимир  
Денисович

виконавчий директор Благодійної організації «Муніципальна лікарняна каса міста Києва»

**ЄРМОЛАЄВ**

Андрій  
Васильович

директор Національного інституту стратегічних досліджень

<b>ЖАЛЛО</b> <b>Ярослав</b> <b>Анатолійович</b>	перший заступник директора Національного інституту стратегічних досліджень
<b>ЖАЛЛО</b> <b>Любов</b> <b>Іванівна</b>	професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентіві України
<b>ЗАВАЛЕЦЬКИЙ</b> <b>Вадим</b> <b>Васильович</b>	перший заступник начальника Військово-медичного управління Служби безпеки України
<b>ЗАГОРОДНІЙ</b> <b>Володимир</b> <b>Васильович</b>	радник начальника Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації
<b>ЗЕЛЕНИЙ</b> <b>Володимир</b> <b>Михайлович</b>	заступник генерального директора з питань розвитку добровільного медичного страхування СК «Нафтогазстрах»
<b>КАНАРОВСЬКА</b> <b>Лариса</b> <b>В'ячеславівна</b>	голова ради профспілки «Медик Столиці»
<b>МАКСИМЧУК</b> <b>Марина</b> <b>Михайлівна</b>	заступник директора Департаменту з реформ та розвитку галузі охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
<b>МАРАХОВСЬКИЙ</b> <b>Вадим</b> <b>Анатолійович</b>	начальник лікувально-профілактичного відділу Головного управління медичних закладів Укрзалізниці
<b>МАРТИНЮК</b> <b>Олена</b> <b>Іванівна</b>	доцент кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентіві України
<b>МОХОРЕВ</b> <b>Віталій</b> <b>Андрійович</b>	начальник Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації
<b>ПАК</b> <b>Степан</b> <b>Якович</b>	аспірант Національної академії державного управління при Президентіві України

<b>ПИЩУЛІНА</b> Ольга Миколаївна	завідувач відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень
<b>ПОЛЩУК</b> Микола Єфремович	завідувач кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
<b>ПОПЧЕНКО</b> Тетяна Петрівна	старший консультант сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень
<b>РИНГАЧ</b> Наталія Олександрівна	головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи
<b>СОЛОНЕНКО</b> Іван Миколайович	професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України
<b>СТОВБУН</b> Анатолій Іванович	головний спеціаліст, довірений лікар департаменту охорони праці та здоров'я Федерації профспілок України
<b>ТОЛСТАНОВ</b> Олександр Костянтинович	заступник Міністра охорони здоров'я України
<b>ЧУМАКОВА</b> Анна Олександрівна	начальник відділу Міністерства економічного розвитку і торгівлі України
<b>ШЕВЧЕНКО</b> Марина Вікторівна	завідувач відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства здоров'я України»

**ЄРМОЛАЄВ Андрій Васильович,**  
*директор Національного інституту  
стратегічних досліджень*

Наш «круглий стіл» присвячений тематиці, яка в фокусі уваги з першого року незалежності – це стан справ, розвиток та реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. На сьогодні цей напрям є одним із головних у програмі реформ. Напрацьовується конкретний план дій по кожному року в рамках національного плану дій. Нині завершується підготовка чергового плану на наступний рік і, без сумнівів, проведення реформи охорони здоров'я буде одним із основних пріоритетів 2012 р. Водночас ця тема викликає чимало дискусій, непорозумінь і критики як громадськості, так і фахівців, оскільки охорона здоров'я – сфера, для якої не характерні експерименти й різні погляди, особливо альтернативні. Все це призвело до того, що на сьогодні немає якогось єдиного узагальненого підходу щодо подальшого функціонування медичної системи.

Не будемо приховувати, що підходи, які втілювалися у життя останнім часом, також часто викликали запитання: наскільки це погоджено, наскільки збігається з реальною картиною в медичній сфері, наскільки ефективно й вигідно для людей, які користуються цими послугами. Я говорю відкрито, тому що медицина – це не той випадок, коли потрібно шукати дипломатичні вислови.

В Інституті є напрям, пов'язаний з аналізом справ у вітчизняній системі охорони здоров'я, розробкою пропозицій щодо її реформування, він новий, це наші перші спроби оцінити ситуацію, підготувати аналітичний документ і внести пропозиції щодо розвитку та реформування медичної сфери в Україні. Я дуже вдячний за можливість презентувати ці матеріали і розраховую на те, що цей напрям у нас буде розвиватися, у т. ч. завдяки діалогу і співпраці з вами у майбутньому. Тим більше, що питання реформи охорони здоров'я обов'язково буде включено до Послання Президента України 2012 р.

У розвитку охорони здоров'я я виділив б три головні складники, кожний з яких потребує і окремого аналізу, і погодження позицій щодо плану дій. Зрозуміло, що на першому місці знаходиться економічний складник, а саме реальний стан фондів (який є критичним), дефіцит сучасного устаткування тощо.



Наступний, не менш важливий складник – це якість медичних послуг. На жаль, вже неодноразово наголошувалося на проблемі недовступності якісних послуг з охорони здоров'я для найбільш вразливих верств населення з невеликими доходами.

Серйозною проблемою є забезпечення кадрами, особливо на первинному рівні, де робота досвідченого медика перестала бути престижною: це і невисокі доходи, і умови праці, і соціальні гарантії. Відбувається певна девальвація: лікарів, які отримували гарну освіту, мали можливість навчатися в потужних медичних школах, мають значний досвід роботи – стає дедалі менше і менше.

Таким чином, на сьогодні постає нагальна проблема – вироблення оптимальної, сучасної, ефективної економічної моделі, що забезпечила б подальший розвиток медичної сфери.

Є також серйозне протиріччя в соціальній царині, а саме, між зафіксованою в Конституції гарантією медичних послуг і фактичною їх малодоступністю. Наше суспільство надзвичайно бідне, з велетенським розшаруванням на верству з високими доходами (багатих людей) і низькими доходами. При цьому домінуючою серед малозабезпечених стала група людей пенсійного віку, така ситуація може призвести до демографічної кризи. У нас близько 15 млн пенсіонерів і понад 1 млн осіб, які залежать від соціальної допомоги: інваліди, люди з хворобами, які не мають можливості працювати, тощо. На сьогодні саме ця, більша група населення не має рівного доступу до якісної медичної послуги, можливості отримати стабільну профілактичну допомогу і водночас не може собі дозволити платну медичну послугу.

Таким чином, на сьогодні питання доступності медичної допомоги і збереження здоров'я взагалі стало соціальною проблемою. Це подразник, що формує ставлення людей до власної держави, яка не виконує своїх гарантованих зобов'язань. Здоров'я давно вийшло за межі стану окремої людини. Це питання гостре, соціальне, навіть питання масштабу соціальної безпеки.

Крім цього, здоров'я людини – це, власне, і гуманітарна проблема. Адже здорова людина – це людина, яка передусім відчуває своє належне місце в суспільстві. Тому питання забезпечення здоров'я населення віддзеркалює відносини у суспільстві, відносини «людина – суспільство – держава». Суспільства, в яких перше місце посідає питання розвитку соціального капіталу, забезпечення соціальної стабільності, гармонійного розвитку людини, охорони здоров'я, медицини – це суспільства не лише з ринковою економікою і навіть не стільки з ринковою економікою, а з ринковою формою організації. Це передусім розвиток людського потенціалу як такого, з індикаторами

людського розвитку. Україна, на жаль, щодо цього нагадує якусь «фабрику», де все зводиться до підтримки фізичного стану або до забезпечення функціонування робочої сили. Дуже дивна ситуація – після руйнівної філософської, соціологічної критики колишньої радянської системи нині виявляється, що вона була більш гуманною, ніж нині діюча.

Я вважаю, що на сьогодні саме охорона здоров'я і реформування цієї сфери є своєрідним тестом на подальшу гуманізацію національного розвитку.

Фахівці в царині медицини, вчені і філософи визнають, що охорона здоров'я – одна з провідних сфер ХХІ ст., де перетинаються багато чинників. Визначальними з яких є соціально-економічні, тобто йдеться про старіння населення, особливо в найрозвиненіших країнах. Відповідно питання збереження якості робочої сили, збільшення прошарку людей працездатного віку, пропаганда здорового способу життя тощо – одні з головних пріоритетів діяльності сфери охорони здоров'я.

Людина дедалі більше залежна від медичного обслуговування, але визначальними все ж таки залишаються питання збереження здоров'я населення – здорового способу життя, здорового робочого місця, здорового харчування тощо.

Таким чином, головним у ХХІ ст. має стати питання забезпечення здорового суспільства. Щоб здорове суспільство і здорова людина стали своєрідною ціннісною моделлю, на яку орієнтуються, своєрідним критерієм, за яким порівнюють вдалість – невдалість, якість – неякість розвитку, цивілізованість – нецивілізованість держави. І в цьому сенсі, відповідно, критерієм оцінки країн, урядів, які спроможні забезпечити здоров'я суспільства, здоров'я людини як основу національного капіталу. А державна політика, спрямована на формування системи забезпечення здорового способу життя людини, ефективної профілактики захворювань, сучасного лікування і забезпечення максимальної тривалості життя, вважатиметься успішною. Країни ж, які на перше місце ставитимуть лише меркантильні орієнтири, перетворюються на ресурсні. Це виклик, який виявиться в найближче десятиріччя.

Я маю надію, що доповідь, яку підготували фахівці нашого Інституту, буде вам цікавою, але повторююсь – це привід для розмови. Ми починаємо серію дискусій, пов'язаних з підготовкою Послання Президента України до Верховної Ради України. Я просив би розглянути цю дискусію і наступні заходи, які здійснюватимуться разом з Міністерством охорони здоров'я і з нашими колегами з інших науко-

вих закладів, як шлях пошуку пропозицій, форм, оцінок для майбутнього Послання.

**ПОПЧЕНКО Тетяна Петрівна,**  
*старший консультант сектору управління  
соціальними ризиками відділу соціальної політики  
Національного інституту стратегічних досліджень*

Реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я є одним із головних пріоритетів сьогоденної державної політики. Адже діюча система охорони здоров'я викликає справедливі нарікання і населення, і медичного персоналу. Дотепер вона не здатна належним чином задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність надання послуг з охорони здоров'я, належний рівень профілактики захворюваності та смертності.

Нам дісталась у спадок від Радянського Союзу досить потужна система охорони здоров'я, що добре працювала в умовах адміністративно-командного управління. Але згодом виявилася непридатною для використання в умовах ринкової економіки. Це спонукало до пошуку шляхів реформування медичної сфери, про яке неодноразово наголошувалось. Але комплексних системних змін не відбувалось, проблеми пов'язували переважно лише із недостатнім рівнем фінансування системи. Це, безумовно, одна з головних проблем, проте не єдина.

На сьогодні має місце певна позитивна тенденція щодо реформування сфери охорони здоров'я. Визначені напрями реформування та етапи їхньої реалізації. Позитивним є те, що, по-перше, прийшло усвідомлення пріоритетності профілактичного напрямку вітчизняної сфери охорони здоров'я шляхом переорієнтації на первинну ланку; по-друге, неможна реформувати лише медичну систему без паралельної реформи вітчизняної фармацевтичної галузі, місцевого самоврядування тощо.

Представлене дослідження присвячене аналізу шляхів реформування та основних механізмів, що забезпечують не лише реформування сфери охорони здоров'я, а передусім ефективну її діяльність в подальшому.

Згідно з Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки реформування медичної сфери передбачено в три етапи.

Нині закінчується перша половина вже другого етапу реформування, а позитивних зрушень майже немає. Вітчизняна система охорони здоров'я не здатна задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність медичних послуг.

Крім того, під час провадження реформи виникає низка проблем та ризиків, які необхідно обговорювати, аби запобігти погіршенню ситуації у вітчизняній сфері охорони здоров'я й руйнації того позитивного, що залишилось.

Фінансування сільської медицини через бюджети сільських та селищних рад перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів. Проте відсутність, особливо на I етапі реформи, чіткого механізму розподілу фінансів з районних бюджетів на потреби дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів у сільській місцевості разом з рекомендаціями знаходити кошти «всередині системи охорони здоров'я» призвело до пошуку фінансування у спосіб реорганізації (яку на місцях досить часто розуміли як скорочення) існуючої мережі медичних закладів та руйнації життєво необхідної сільської медицини, що хоча й не на належному рівні, але працювала. Окремо слід зупинитися на деяких основних ризиках, які необхідно враховувати при плануванні перетворень медичної сфери, які ми розподілили на два основні блоки (системні та позасистемні).

Серед системних особливої уваги, на нашу думку, заслуговують такі ризики.

- Законодавча неузгодженість між Основами законодавства України про охорону здоров'я, ст. 49 Конституції України та рішенням Конституційного Суду України у справі про безоплатну медичну допомогу щодо визначення обсягу медичних послуг, що мають надаватися населенню України безоплатно за рахунок публічних джерел фінансування, та співучасті населення в оплаті вартості медичних послуг (у т. ч. і за рахунок соціального медичного страхування), що, посуті, ускладнює саму сутність перетворень.

- Відсутність єдиних державних тарифів на медичні послуги відповідно до стандартів якості послуг з охорони здоров'я, що може призвести до неконтрольованого зростання цін на медичні послуги без відповідного підвищення якості.

- Регіональна та організаційна диспропорція в оснащенні медичних закладів, що ускладнює процес забезпечення рівності та солідарності надання якісних послуг з охорони здоров'я, яка може суттєво загостритися в умовах запровадження страхової медицини.

- Заробітна плата та соціальний захист працівників сфери охорони здоров'я не мотивують якість роботи, не заохочують приплив молодих спеціалістів, не сприяють заповненню кадрової «прогалини» у первинній ланці й сприяють поширенню практики неофіційної оплати за медичні послуги (яка, за деякими даними, становить іноді понад половину доходів лікарів).

- «Гонитва» відкриття нових амбулаторій сімейного типу без належного рівня фінансування призводить до того, що нові амбулаторії, наближені до населення, відкриваються без відповідного устаткування і забезпечення.

- Підготовка, а особливо перепідготовка, кадрів для первинної ланки (сімейних лікарів) відбувається формально.

- Відсутність забезпечення засобами зв'язку для роботи єдиної системи екстреної медичної допомоги, зношеність парку санітарних автомобілів, вкрай незадовільний стан доріг тощо значно ускладнюватиме процес реформування екстреної медичної допомоги.

З позасистемних ризиків необхідно виділити такі.

- Ризики, пов'язані зі становищем на ринку праці, зокрема: низька заробітна плата населення країни, високий рівень нарахувань на заробітну плату, високий рівень тіньових заробітних плат тощо.

- Ризики, пов'язані з негативною медико-демографічною ситуацією в країні:

- стрімке постаріння населення, що, по-перше, призводить до загострення процесів депопуляції (навіть за умови підвищення народжуваності), по-друге – посилюється тягар на працююче населення та на державу;

- високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення чинників ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя (поширеність тютюнопаління, вживання алкоголю тощо);

- і найголовніше, на нашу думку, – недосконалість системи статистичної звітності, «підтягування» статистичних даних до очікуваних (заздалегідь) результатів, ставить під загрозу саму сутність реформи.

Таким чином, виходячи з наявних проблем та враховуючи можливі ризики, що можуть негативно вплинути на результати реформування, можна запропонувати такі кроки.

З метою зміцнення фінансово-економічного складника сфери охорони здоров'я:

- для забезпечення прозорого механізму фінансування сфери охорони здоров'я визначити чіткий перелік гарантованих державою послуг з охорони здоров'я, створити проблемну комісію з економістів, фінансистів, юристів, медиків та інших для обрахунку вартості послуг з охорони здоров'я, виходячи з наявного обсягу фінансування;

- для забезпечення обґрунтованих державних видатків та їх ефективного використання вдосконалити механізм регіонального моніторингу стану здоров'я населення та на його основі формувати потреби закладів охорони здоров'я на регіональному рівні;

- для збільшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я запровадити механізми інноваційного фінансування СОЗ, наприклад, ввести цільовий акцизний збір на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) та цільового їх використання на потреби охорони здоров'я.

З метою удосконалення організаційно-правових механізмів діяльності сфери охорони здоров'я:

- прийняти закон України «Про захист прав пацієнта» для забезпечення законодавчої захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні;

- створити базовий документ – Кодекс законів України про охорону здоров'я для комплексного врегулювання всіх аспектів нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я;

- забезпечити розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю за дотриманням цих стандартів для забезпечення якості надання медичної допомоги;

- запровадити систему диференційованої стимулюючої оплати праці медичних працівників та систему контрактних державних закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги для підвищення ефективності використання ресурсів сфери охорони здоров'я.

З метою покращення кадрового забезпечення СОЗ:

- забезпечити формування державного замовлення на підготовку фахівців на підставі пропозицій не навчальних закладів, а регіональних органів охорони здоров'я;

- забезпечити механізми контролю за відпрацюванням молодими спеціалістами встановленого трирічного терміну та компенсаторних механізмів при його порушенні.

Сьогодні ми порушили лише окремі питання реформування. Ми добре розуміємо, що всі процеси реформування вимагатимуть вирішення надзвичайно складних завдань. Це багатопланова робота, що стосується питань організації медичної допомоги, запровадження нових підходів до фінансування, організації відповідного інформаційного супроводу змін, що відбуватимуться, проблемних питань щодо кадрової політики тощо.

Лише всі разом ми зможемо змінити ситуацію у медичній сфері на краще.

**ТОЛСТАНОВ Олександр Костянтинович,**  
*заступник Міністра охорони здоров'я України*

По-перше, хочу подякувати Національному інституту стратегічних досліджень за те, що ви порушили дане питання. Воно не просто заслугоує уваги, а є одним з головних. І мета в нас єдина – зробити те, що є прописаною істиною: щоб медична допомога була якісною, своєчасною і доступною. На мою думку, ці три критерії і є, напевно, індикаторами проведення реформ, а найголовнішим індикатором буде думка пересічного громадянина про зрушення на краще.

Хотів би підкреслити, що процес змін у будь-якій сфері є тривалим і болючим. І цей процес потребує не просто декларованих рішень, а виваженого підходу, серйозного фахового обговорення. А тим більше, коли це стосується такої важливої сфери, як медицина, з якою людина має справу протягом всього життя. Коли йдеться про інші напрями реформування то, безумовно, не принижуючи їхньої ваги, маємо розуміти, що ці реформування стосуються якоїсь окремої категорії людей, а в даному разі вони зачіпають абсолютно все населення. Адже медицина знаходиться поряд з нами протягом всього нашого життя: починаючи від планування вагітності, закінчуючи, на жаль, останніми хвилинами життя, і тому будь-які зміни у цій сфері викликають, безумовно, відповідні серйозні конфлікти.

Не виділяв би так чітко етапи реформування, про які сьогодні йшлося. Так, з теоретичної точки зору, вони мають певні часові межі, але на практиці під час запровадження реформи виникає чимало проблем, ризиків, перешкод, які слід враховувати і усувати. Тому ставити чіткі часові межі не можна, адже це може лише загострити існуючі ризики. Це перший момент.

Другий момент, на якому хотів наголосити, це те, що ми маємо розуміти, що жодні теоретичні надбання, яким би колом фахівців високого рівня вони не були прописані, поки вони не будуть опрацьовані на відповідних територіях, не матимуть результатів.

Тому я вважаю, що на етапі початку 2012 р. наше спільне завдання – перейти від поодиноких теоретичних викладок або структурних змін до широкого діалогу в суспільстві. 2012 рік має бути роком найширшого інформування про те, що ми хочемо зробити у медичній сфері, що очікуємо і що відбувається.

Які завдання ми ставимо перед собою? Передусім – чітко розділити рівні надання медичної допомоги. Це не якась вигадка або забаганка фахівців і вчених системи охорони здоров'я, а це перевірений роками світовий досвід. Розділяючи медичну допомогу на первинну, вторин-

ну, третинну та екстрену, таким чином, чітко окреслюється маршрут, який має йти пацієнт.

Наступний момент – що ми хочемо зробити на первинці? Ми хочемо за деякий період часу людину з вищою освітою, яка працює дільничним терапевтом в поліклініці і через своє навантаження, посуті, лише випи-сує лікарняні листи, навчити бути лікарем, який не лише зможе надати кваліфіковану медичну допомогу, а й допоможе людині не хворіти.

Ще одним головним моментом, вирішення якого планується на 2012 р., є створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги. Адже за ситуації, коли у людини на вулиці виникає, напри-клад, серцевий напад, вона має бути впевненою, що до неї своєчасно приїде на відповідному автомобілі, з відповідним оснащенням і відпо-відною кваліфікацією медична допомога. Це саме ті речі, які, з нашого погляду, дійсно нададуть можливість оцінити зміни у медичній сфері.

Де кілька слів щодо покращення соціального захисту медичних пра-цівників. Маємо сьогодні зрозуміти, що у процесі змін в системі охоро-ни здоров'я є два головні гравця: пацієнт і медичний працівник. І ми маємо довести першому, що медична допомога для нього стала доступ-нішою, якіснішою і менш коштовною, а другого ми маємо, по-перше, мотивувати, а по-друге, сприяти тому, щоб людина, яка закріплена за його дільницею, менше хворіла.

На сьогодні, на жаль, система соціального захисту медичного пра-цівника вкрай незадовільна, адже заробітна плата 1400 грн лікаря-хі-рурга з вищою категорією, я вже не кажу про чергу на квартиру тощо – тому підтвердження. Тому це одне із найгостріших питань, яке маємо вирішити. Повірте, що вже практично три місяці поспіль ми проводи-мо кропітку роботу у цьому напрямі, й основним каменем на шляху вирішення цієї проблеми є опрацювання умов оплати праці на пер-винній ланці. З теоретичної точки зору ніби все просто: є гарантова-ний, декларований державою рівень оплати праці, є надбавки за кате-горію, за вислугу років тощо, а проблема залишається. Вже практично досягнуто консенсус між різними міністерствами, що зацікавлені у ви-рішенні цього питання, і направлено в Кабінет Міністрів відповідний проект постанови щодо стимулювання медичних працівників за обсяг виконаних робіт і за їхню якість.

Але й тут виникають свої проблеми. Знову ж таки здається, ніби-то все просто – стимулювання медичних працівників за обсяг викона-них робіт і за їхню якість. Але на практиці виникає дуже багато питань: який має бути обсяг, чи потрібно при цьому враховувати віково-статеву структуру (знаємо, що потрібно), чи необхідно чітко спиратися на кіль-кість закріпленого контингенту. А які мають бути індикатори якості?



Щодо медичних кадрів. Я хочу сказати, що це також дуже важливе питання. Незважаючи на те, що за останні півроку у пілотах місцевими адміністраціями запропоновані вагомі пакети місцевих стимулів, які мали зацікавити приплив кадрів, особливо на первинку, відверто кажучи, на сьогодні ці стимули не сприяють забезпеченню того обсягу кадрів, який ми очікували. Але все ж таки певні зрушення є. Це підтверджують дані соціологічного опитування, що проводиться всередині системи.

Проте проблема залишається і вона значна. На нашому засіданні є представники навчальних закладів, які підтверджують, що випускник, який закінчує ВНЗ, м'яко кажучи, не зовсім бажає йти працювати на первинку в м. Києві, я вже не кажу про сільську місцевість.

Особливу увагу я хотів би приділити питанню інформаційного забезпечення реформування. Якби плани не створювали ми з вами, вони не дадуть очікуваного ефекту без належної інформаційної підтримки. Ми маємо виробити стратегію пошуку спікерів, які не обов'язково пов'язані з самою системою охорони здоров'я, але мають повагу в тій чи іншій місцевості, які б доступними словами змогли перекопати населення в необхідності реформи, її шляхах, очікуваних результатах тощо, і тим самим здолати певні ризики. Які ризики – ті, які ми вже зараз відчули. Найперший – це те, що люди не зовсім вірять, що лікар, який просто змінить вивіску з дільничного педіатра на сімейного, надасть вам відповідний вид допомоги належної якості. А для цього що потрібно? По-перше, потрібен час; по-друге, необхідно щоб цей лікар був належним чином «озброєний» для надання медичної допомоги.

Другий ризик, який виникає і, на наш погляд, є дуже серйозним – це несприйняття реформ органами місцевого самоврядування, особливо щодо питань передачі на обласний рівень як фінансів, так і майнових комплексів. Хочу сказати, що питання дискусійне. Адже якщо на сьогодні ми говоримо про те, що дільнична лікарня має залишатися як лікарня, я хотів би задати такі питання. По-перше, чи це лікарня? Якщо вона лікарня, чи надає вона невідкладну допомогу? Чи виконує вона покладену на неї функцію? По-друге, у суспільстві склалися такі умови, коли лікар, який працює у такій лікарні, якої б він не був кваліфікації, який би стаж роботи він не мав, не може кваліфіковано надати допомогу, тому що не має відповідного потоку пацієнтів і як лікар починає поступово декваліфікуватися.

Хочу ще раз сказати, що концентрація фінансових обсягів, тобто передача фінансування на відповідний рівень, надасть можливість більш ефективно його використовувати. І найголовніше – посилити автономність фінансового поля первинки.

Зважаючи на ризики, які виникають, маємо усвідомити, що шлях, який ми обрали, тернистий, тому всі наші консультації, диспути, дебати мають відбуватися у практичній площині впровадження реформи. І ті складники, про які сьогодні йшлося – відповідне фінансове, кадрове, матеріально-технічне забезпечення, відповідна теоретична база – мають спрямовуватися на забезпечення головних позицій: підвищити роль лікаря на первинці, забезпечити екстрену і невідкладну допомогу і оптимізувати рівень висококваліфікованої медичної допомоги, в жодному разі не згубивши ті позитивні надбання, що нині існують.

Я впевнений, що такі дискусії, такі зібрання дуже потрібні. Адже нам ще багато про що доведеться говорити і ми відкриті для співпраці, готові вислуховувати абсолютно всі точки зору.

**ЗАГОРОДНІЙ Володимир Васильович,**  
*радник начальника Головного управління охорони  
здоров'я Київської міської державної адміністрації*

В мене буде два питання. Перше – до першої презентації. Ви на початку сказали таку фразу, що є перші позитивні результати, тому, на мою думку, всім буде цікаво почути, про що йшлося.

І до Вас, шановний Олександр Костянтиновичу, два питання. Перше: чи не здається Вам, що концентрація ресурсів на обласному рівні стане підґрунтям інколи частіше безпідставних, інколи – з підставами, претензій до системи охорони здоров'я. І про відповідні зловживання, що можуть бути при цьому.

Друге: чи не здається Вам, що ми на сьогоднішній день механічно усуваємо місцеві громади з їхніми органами місцевого самоврядування і місцевими органами виконавчої влади від вирішення повсякденних потреб пересічних громадян.

**ТОЛСТАНОВ О. К.:**

Я, напевно, почну з другого запитання. Для того й існує місцева громада, для того й обрані депутати районної ради, районний голова і сільський голова, щоб опікуватися ситуацією, що склалась у місцевій громаді, і ніхто їм не забороняє на сьогодні використовувати відповідні кошти за рішенням сесії. А сесія може прийняти рішення про розподіл тієї чи іншої доходної частини для того, щоб підтримати матеріально-технічну базу медичного закладу.

Щодо другого запитання, то я абсолютно з Вами згоден, що ризи є, але ми будемо напрацьовувати механізми для їхнього усунення.

Щодо питань ризиків зловживання – вони можуть виникати у будь-якій спільноті й у будь-якій системі. Моє особисте переконання,

що концентрація коштів надасть можливість їх ефективно використовувати. А все інше перевіряється, контролюється.

**ПОПЧЕНКО Т. П.:**

Стосовно позитивних результатів, то аналіз вжитих заходів свідчить, що позитивні зрушення мають переважно теоретичне значення, оцінку дієвості яких можна буде зробити з часом. Окремо хочу звернути увагу на такі позитиви: по-перше, це те, що паралельно з реформуванням сфери охорони здоров'я все ж таки почалась реформа фармацевтичного сектору, тобто готується підґрунтя для можливості забезпечення пацієнтів певним, на перший час, мінімальним пакетом лікарських засобів, хоча б у стаціонарі. Адже сьогодні ні для кого не секрет, що питання забезпечення лікарськими препаратами повністю лягає на плечі пацієнтів. По-друге – це те, що пріоритетність віддається саме профілактичному напрямку охорони здоров'я.

**ПОЛІЩУК Микола Єфремович,**  
*завідувач кафедри нейрохірургії  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

Передусім хочу подякувати за запрошення. А також наголосити на тому, що політична воля Першої особи держави щодо реформи сфери охорони здоров'я є і не просто проголошена, є конкретні напрацювання. Проте є багато проблем на шляху реалізації цієї реформи. На мій погляд, краще було б спочатку зробити адміністративно-територіальну реформу в Україні, а потім проводити реформу медичної системи, адже території мають залежно від фінансування визначати, де і що робити. Я був у м. Калгарі свідком, коли закривався один із найбільших в Канаді кардіоцентр. Чому? Тому що громада підрахувала і вирішила, що їм вигідніше закрити даний кардіоцентр. Подібним шляхом було б корисно йти й Україні. Але, як кажуть, маємо те, що маємо.

На сьогодні в Україні визначено чотири пілотних регіони, в яких проводиться реформування. І ми бачимо, який чиниться супротив реформуванню: і суб'єктивний, і об'єктивний, головна проблема – нестача фінансування. Але реформа проводиться.

Зупинюсь на окремих питаннях. По-перше, особливу увагу слід приділяти реформі первинної допомоги, адже їй немає альтернативи. Я наведу з приводу цього лише деякі приклади: у Флориді збільшення на 30 % кількості лікарів первинної ланки привело до зниження смертності від раку шийки матки на 20 %; у Великобританії введення ліка-

ря первинної ланки на 1 тис. населення сприяло зниженню загальної смертності на 6 %. Я вважаю, що прорив по первинній ланці буде і у нас, особливо в м. Києві. Те, що нині відкривається багато сімейних амбулаторій – це дуже добре, адже по мережі лікарських амбулаторій на 10 тис. ліжок: в Європі – 4,9 на 10 тис. населення, а в Україні – 2,4 на 10 тис. населення (у сільській місцевості) і 0,09 на 10 тис. населення (в містах). Через це в нас на 26 класів захворювань, від яких помирає населення та стає інвалідами, у нас витрачається 4 млрд, а на все інше – 16 млрд.

Тепер щодо системи охорони здоров'я і даних Держстату. Ми всі говоримо, що в нас найбільше помирає населення в молодому віці, тобто в 30–44 роки (вчетверо більше, ніж у Європі). Це так, але давайте подивимось на причини смертності. Як не парадоксально, але під час економічної кризи 2008 р., за статистичними даними другого півріччя 2008 р., спостерігалось різке зменшення смертності порівняно з 2007 р. чи 2006 р., на два проміле впала смертність. Чому? Економічна криза плюс подорожчання горілки в середньому з 12 грн до 24 грн, тютюну – з 3 грн до 8 грн привели до того, що люди стали менше купувати алкоголь і тютюн.

Як наслідок, за даними Держстату, за три роки смертність від легеневих захворювань зменшилась на 22 %, а смертність від причин, пов'язаних із вживанням алкоголю – на 30 %. Це свідчить про те, що потрібно розвивати і реформувати сферу охорони здоров'я, а не лише медичну систему. Адже я навіть приклади деякої зміни лише способу життя, умови життя при цьому не покращились. Через це у мене є пропозиція: акцизи на тютюн, на алкоголь підняти на стільки, на скільки тільки можна. І кожний рік згідно з інфляцією піднімати ще вдвічі. Пан Олександр Попов закривав малі архітектурні форми, передбачаючи покращення виду міста, а прокуратура скасувала це рішення. На мій погляд, ці МАФи треба позакривати, щоб за тютюном і алкоголем людям довелося далеко ходити. Щоб стало дорого купити і далеко діставатися. Крім цього, слід обмежити і місця вживання алкоголю, натомість відкривати спортивні комплекси. Таким чином ми зможемо вплинути на збільшення тривалості життя.

Щодо престижу лікаря. Престиж лікаря має піднімати сам лікар. Але держава має створювати умови для цього. В чому вони полягають? За даними міністра охорони здоров'я, на первинну ланку буде виділено до 35 % коштів, а по м. Києву – 20–23 % (до 30 %) коштів. Якщо змінити принцип фінансування і на первинну ланку спрямувати не менше 30 %, а первинний лікар при цьому буде фондорозпорядником цих коштів плюс запровадження індикаторів якості роботи, а це пере-

дусім – здоров'я людей, повірте мені, у нас не буде відбою на первинній ланці не лише у містах, а й у селах.

Тепер щодо того, щоб кадри не залишались у містах, а йшли працювати в село. Це теж складне питання, тому що містить фінансовий чинник: закладам охорони здоров'я надати статус самостійних неприбуткових суб'єктів господарювання і платити за обсяг якісно виконаної роботи, забезпечувати замовлення на обсяг роботи і забезпечувати відповідним фінансуванням. Управляти закладом охорони здоров'я при цьому має економіст, а не головний лікар. Таким чином, необхідно змінити систему фінансування, а лікар сам підніматиме свій престиж – він буде зацікавлений якісно працювати.

Необхідно визначити базовий, гарантований рівень медичної допомоги, а решта – доплата. І інформувати про це людей. Які форми доплати: десь це – лікарняна каса, десь – добровільне страхування, десь інші фонди, але це мусить бути. Якщо заклади охорони здоров'я матимуть самостійний статус господарювання, частина закладів позакривається. І немає значення, в якому вони будуть відомстві: якщо ми дамо їм замовлення – будуть працювати, якщо не дамо замовлення – хай спробують вижити. Але при цьому шлях лікування хворого має визначати лікар первинної ланки – хворий повинен керуватися.

Безумовно, реформування це болючий шлях. Тому дуже важливо, як уже зазначав Олександр Костянтинівич, вести просвітницьку роботу і доводити людям, що медичний заклад – це лікувальний заклад, який передусім надає якісне лікування. Адже якщо неякісне лікування, навіщо воно взагалі.

Окремо хочу сказати, що я – вузький спеціаліст, нейрохірург, для себе зрозумів, що вузька спеціалізація – це дуже мало, якась сота частина. У свій час Єжи Бальцерович наголошував, що вкладання грошей у спеціалізовану, високотехнологічну допомогу в популяції за ефективністю близьке до нуля. Подивіться що ж у нас: ми 500 млн вклали у позитронно-емісійний томограф в м. Києві, що становить чверть бюджету Києва, і не використовуємо його з повною потужністю. Тобто ми вкладаємо кошти у високовартісне обладнання, що неефективно використовується, тоді як треба вкладати гроші в те, щоб люди менше хворіли. Необхідно розвивати сімейну медицину, яка сприятиме зменшенню смертності.

І насамкінець. Реформування системи охорони здоров'я – це складне і комплексне питання, що має відбуватися в двох напрямках: реформування медичної допомоги і сфери охорони здоров'я в цілому в державі.

**СОЛОНЕНКО Іван Миколайович,**  
*професор кафедри управління охороною  
суспільного здоров'я Національної академії  
державного управління при Президентові України*

Хотів би зупинитися на потенціалі, який, на мій погляд, сьогодні ще недостатньо був висвітлений з точки зору успіху даних реформ. Очевидно, що сьогодні основними дійовими особами запровадження реформи ми бачимо людей, які працюють у сфері під егідою Міністерства охорони здоров'я, тобто медичних працівників. І абсолютно недооцінена роль органів місцевої влади, що мають змінити своє ставлення до стану здоров'я територіальних громад. Необхідно ввести принципи персональної відповідальності керівників місцевих органів влади за стан громадського здоров'я. Сьогодні у нас немає в системі людей, які б за функціональними обов'язками думали про те, що зробити, аби зменшити рівень смертності й збільшити тривалість життя на будь-якій території. Не знаю такого фахівця, який щодня приходив на роботу і думає, що ще можна зробити для територіальної громади району, міста, області, щоби збільшити тривалість життя. Всі думають над тим, як забезпечити надання поточної медичної допомоги. Я вважаю, що необхідно реалізувати один із перших принципів – це перетворення органів місцевої влади на стратегічних замовників послуг з охорони здоров'я для територіальних громад. Тобто має відбутися зміна їхнього статусу з тих, хто утримує соціальну сферу, у т. ч. й охорону здоров'я, на розпорядників коштів державних і місцевих бюджетів, тих, хто замовляє послуги з погляду потреб територіальної громади. Не тільки послуг з щоденної медичної допомоги, а стратегічних послуг з покращення стану здоров'я. Але щоб реалізувати цей принцип, нам необхідний другий принцип – це перехід від моделі утримування соціальної сфери, у тому числі й сфери охорони здоров'я, до моделі договірних відносин, контрактних відносин між замовником, розпорядником коштів, і постачальником медичних послуг. Цей принцип треба розвивати у межах реформи, що нині впроваджуватиметься. Тому що неможливо буде перейти у 2014 р до моделі обов'язкового медичного страхування, якщо не надати закладам охорони здоров'я автономний статус – статус неприбуткових підприємств, і не створити стратегічного замовника, розпорядника коштів з точки зору його орієнтації на потреби територіальних громад.

І, власне, третій принцип, про що вже сьогодні говорили – це стилювання переходу з бюджетних закладів охорони здоров'я до комунальних підприємств, автономних, неприбуткових.

Це ті засади, що сприятимуть в успішному запровадженні обов'язкового медичного страхування. Без розвитку цих принципів ми не зможемо перейти до моделі обов'язкового медичного страхування.

Кілька слів щодо ризиків. Я нещодавно аналізував проблеми, які виникали на шляху реформ в країнах Центральної і Східної Європи, оскільки вони до нас досить подібні. Як на мою думку, висновки польських експертів досить доречні.

Польща дуже важко проводила реформи: у кінці 1993 р. – страйк медичних сестер по всій Польщі два тижні, надавалась тільки ургентна допомога. Спочатку були створені 16 територіальних фондів в кожному воєводстві, потім їх доводилось об'єднувати і централізувати (розподіл фінансів), тобто важкий шлях. І зроблені такі рекомендації.

По-перше, мета реформи має бути дуже чіткою і зрозумілою кожному громадянину, кожному медичному працівникові, кожному керівникові органів державної влади. Можлива різна інтерпретація, але мета має бути дуже добре зрозуміла.

Чи сьогодні зрозуміла мета наших реформ, навіть медичним працівникам, які будуть залучені (посуті, на них покладається відповідальність за реформу)? Чітко вони розуміють, що вони можуть отримати і що від них очікується? І, власне, яка їх особиста мотивація, щоб підтримати дану реформу?

По-друге, це, звичайно, потужна інформаційна підтримка. На цьому сьогодні наголосив заступник міністра охорони здоров'я Толстанов Олександр Костянтинович. Це надзвичайно важливо – потужна, щоденна інформаційна підтримка. Реформа сектору охорони здоров'я – це топ-новина щодня у всіх засобах масової інформації. Тільки за такого варіанта можлива реалізація реформи.

По-третє, це мотивація медичних працівників. Кожний медичний працівник – лікар, керівник, медична сестра – мають відчутти, що вони щось від цього отримають. Зрозуміло, що матеріально – це якби на поверхні лежить, але не тільки матеріально. Сьогодні було зазначено, що перехід від класичного дільничного терапевта до статусу сімейного лікаря, який зможе себе реалізувати як справжній професіонал – це вже теж є потужною мотивацією для того, щоб здійснювати такі реформи.

Декілька слів щодо підготовки керівників. Сьогодні дуже мало керівників, які готові впроваджувати реформу, а саме в їх руках ті важелі, за допомогою яких можна її впроваджувати. Понад те, існує така усталена думка, що керівники закладів охорони здоров'я, окремих органів охорони здоров'я сьогодні є тією інертною інституцією, яка не схильна до реформ. І дуже важливо це подолати.

Одним із підходів сучасного менеджменту – розбудова команди (тімблдінг) – вміння зорганізувати людей на ті чи інші зміни. Для цього потрібна серйозна сучасна підготовка керівників охорони здоров'я – тих, від кого залежить реформування сфери охорони здоров'я.

І знову ж повторюю: відповідальність органів місцевого самоврядування. Ця проблема виходить за межі Міністерства охорони здоров'я. Реформа проводиться під патронатом Президента України. Тому, на мою думку, необхідно запровадити персональну відповідальність за критерії соціально-економічного розвитку регіону залежно від успіхів у реформі охорони здоров'я і відповідальність місцевої влади за стан здоров'я територіальних громад, і перехід на стратегічного замовника послуг. Це все потрібно реалізувати, тому що якщо тільки доручати медичним фахівцям, без підтримки органів державної влади, буде важко це зробити. У м. Києві, я зрозумів, це роблять. З подачі шановного Віталія Андрійовича я був запрошений на Координаційну раду при голові Київської міської державної адміністрації і бачив, що всі 10 голів районних державних адміністрацій на засіданні Ради отримували персональні завдання від голови КМДА, яким чином підтримувати реформу в секторі охорони здоров'я. Це дуже важливий підхід.

**ЖАЛІЛО Ярослав Анатолійович,**

*перший заступник директора*

*Національного інституту стратегічних досліджень*

Дуже суттєвим є питання широкого обміну інформацією і серед фахівців, і серед широкої громадськості. Ми, на жаль, маємо низку прикладів, коли, по суті, й позитивні, й суттєві реформи не набули потрібного резонансу або, навпаки, були деформовані. Як, наприклад, з податковою та пенсійною реформами. Дуже не хотілося, щоб у питаннях з медичною реформою ми знову зіткнулися з тими самими проблемами.

**ДЕМЧАК Руслан Євгенійович,**

*голова Ради Федерації роботодавців м. Києва,*

*президент Всеукраїнської громадської організації*

*«Захист прав споживачів фінансових послуг»,*

*власник Корпорації «Ukrainian Business Group»*

Я сьогодні представляю приватний сектор медицини (є власником мережі клінік «Добробут»). Ми якраз та медична мережа, що активно розвивається, ми постійно відкриваємо нові клініки. Тут було багато сказано про реформування. Я ж хочу зупинитися ось на чому. Коли ми говоримо про реформування, то дуже часто чуємо, що гроші потрібно перерозподіляти. Але справа в тому, що їх не стає більше. Ми має-



мо розуміти, що крім ментальних, географічних особливостей, є ще й економічні особливості країни. Ми живемо в бідній країні, ВВП у нас майже не зростає, він на тому самому рівні, і з часом, я переконаний, ситуація не зміниться. Ми маємо це усвідомити. Ми говоримо про розподіл коштів: якщо їх десь стане більше, наприклад на місцевому рівні, то десь їх стане менше (чи в столиці, чи десь в обласному центрі тощо). Розподіляючи таким чином гроші, ми маємо зрозуміти, що якщо коштів не стає більше, то, мабуть, точок з їхнього розподілу має стати менше. Із цього виходить, що, фактично, реформування медицини зводиться до скорочення кількості лікувальних закладів. Все дуже просто, насправді ми боїмося собі в цьому зізнатися. І це політичне рішення, що тягне за собою соціальні наслідки.

Тому я як представник приватної медицини хочу повідомити, що у нас є в планах. Ми відстежуємо, як рухається державна реформа і, виходячи з наявної ситуації, хочемо створити мережу клінік у тих точках, де закриватимуться державні медичні заклади у двох пілотних регіонах: Дніпропетровській і Вінницькій областях. Тобто, як кажуть, ми хочемо підставити плече і таким чином долучитися до державної програми реформування. Якщо, наприклад, у процесі створення міжрайонних клінік, як передбачено планами реформування, скорочуватимуться деякі лікарні в районних центрах, ми готові створити від 10 до 15 приватних клінік, точніше, поліклінік (перший рівень медицини). Адже для нас відкриваються і ринок, і кадри, і приміщення. При цьому від держави нам потрібна лише компенсація відсотків за кредитними ресурсами, якщо це буде програма обласного або державного рівня.

Таким чином, приватна медицина готова брати участь у державному реформуванні і закривати ті соціальні прогалини, відкриваючи свої приватні клініки там, звідки йде державна медицина. Іншого шляху, без ліквідації, у нас, на жаль, немає.

### **ЖАЛІЛО Я. А.:**

Хотів би наголосити на питаннях інструментарію державно-приватного партнерства, а саме поширення його на сферу охорони здоров'я. Тому що у цій сфері є широкий спектр можливих перспективних напрямів інвестування приватної медицини. На жаль, не змогли до нас завітати декілька представників потужних приватних медичних мереж і закладів, яких ми запрошували. Але з того спілкування, що у нас неодноразово відбувалося в робочому режимі, впливає, що на сьогодні є значна зацікавленість, скажімо наприклад, у розширенні інвестування, формуванні певних медичних кластерів, медичних міст саме зі створенням умов для залучення приватного капіталу в цій сфері.

**ГРУЗЄВА Тетяна Степанівна,**  
*професор кафедри соціальної медицини  
та охорони здоров'я Національного медичного  
університету імені О. О. Богомольця,  
начальник інформаційно-аналітичного відділу*

Вельмишановні колеги, дозвольте подякувати організаторам «круглого столу» за запрошення. Я представляю сьогодні Національний медичний університет імені О. О. Богомольця і передаю вам вітання від Національної академії медичних наук України, від Національного медичного університету.

Дуже важливо, що ми сьогодні зібралися і таким широким колом обговорюємо перші результати моніторингу першого етапу реформ для чіткого визначення прогалин і проблем, з метою врахування їх в подальшій діяльності. Проблема реформування на сьогодні дуже значна. І з приводу цього хочу підтримати Миколу Єфремовича в тому, що надзвичайно важливо у цій реформі не просто задекларувати профілактичний напрям, а втілити його в життя. Тим більше, що він був успішно впроваджений в радянській системі охорони здоров'я, але з часом став переважно декларативний, втратив своє значення. Тому сьогодні, коли ми говоримо про боротьбу з різними чинниками ризику, що виходять на перший план у світі, маємо розуміти, що саме лікарі первинної ланки мають бути активними провідниками цього профілактичного напрямку. На жаль, сьогодні профілактична діяльність лікаря первинної ланки жодним чином не враховується в його діяльності, відсутня статистична інформація: які обсяги профілактичної діяльності надаються, яка її ефективність тощо. Лікарі не заохочуються проводити таку профілактичну діяльність. А саме на первинці починає формуватися здоров'я, разом, звичайно, з дією інших секторів суспільства, такими як сільське господарство, промисловість, наше харчування, наш спосіб життя тощо. Тому дуже важливо врахувати цей профілактичний напрям і можливість його реалізації на різних рівнях управління системою охорони здоров'я.

Сьогодні в охороні здоров'я вже не діють старі підходи, старі пріоритети. Тому у світі розробляється нова політика «Здоров'я–2020». Її основою є міжсекторальна співпраця, профілактична спрямованість діяльності і, звичайно, стратегічне планування, стратегічне бачення проблем і підходів до їхнього вирішення. З цього приводу є значні напрацювання і у нас – готується програма «Здоров'я–2020: український вимір». Є вагомі розробки за цією програмою і в Міністерстві охорони здоров'я, і в Інституті стратегічних досліджень МОЗ України. Дія

програми буде починатися з 2012 р. і триватиме до 2020 р. і, фактично, вона буде також механізмом реалізації тих напрацювань і тих напрямів реформи, які ми сьогодні обговорюємо.

Концепція програми уже затверджена Кабінетом Міністрів України, вона чітка, має профілактичну спрямованість. Основна робота з формування самої Програми доручена Національному медичному університету імені О. О. Богомольця. Тому я запрошую усіх вас до співпраці у підготовці даної програми для того, щоб ми створили ефективну програму, за якою Україна буде працювати наступні 10 років.

Хочу, щоб голос наш сьогодні був почутий. З огляду на це нагадую, що в Україні видається науково-практичний журнал «Східноєвропейський журнал громадського здоров'я», і сьогоднішнє наше обговорення, ваші пропозиції можуть бути надруковані в цьому журналі, що надасть можливість з ними ознайомитися широкій аудиторії медичної спільноти.

Я ще раз запрошую вас всіх до активної співпраці у напрямі реформування сфери охорони здоров'я, формування програми «Здоров'я–2020».

**МОХОРЕВ Віталій Андрійович,**

*начальник Головного управління охорони здоров'я  
Київської міської державної адміністрації*

Я представляю один із пілотних регіонів і не просто регіонів, а столичного регіону, який в останню мить, до речі, за нашої ініціативи, потрапив до цього пілоту. І на сьогодні ми не шкодуємо, що пішли цим шляхом. Звичайно, це певні ризики, адже м. Київ – це не просто регіон, а столиця. Тому ризики, які можуть виникнути під час реалізації цього проекту, звичайно, виявляться передусім в м. Києві.

Було багато дискусій стосовно того, наскільки взагалі доцільне впровадження сімейної медицини в такому великому місті, як Київ. Якщо говорити про сільську місцевість, віддалені райони країни, то питань немає, а стосовно столиці було багато і питань, і дискусій. Проте на сьогодні є вже певні позитивні результати.

Вступаючи в пілотний проект, ми для себе визначились, що будемо починати з двох, а не з десяти, районів м. Києва. І на сьогодні ми можемо вже навести попередню і абсолютно об'єктивні результати, які ґрунтуються на статистичних даних. За результатами нашого моніторингу, ті дільниці, які були переведені на обслуговування на засадах сімейного лікаря і були забезпечені відповідними фахівцями, мають такі позитивні результати: рівень госпіталізації пацієнтів, які обслуговуються на цих дільницях, зменшився на 12 % (при чому це ті цифри, що можуть бути перевірені).

Другий момент, дуже важливий, з нашої точки зору, це рівень надання невідкладної медичної допомоги на цих дільницях. Тут теж є покращення, можливо, воно не надто велике – 5–7 %, але воно теж свідчить про оптимізацію роботи служби.

По-третє, зменшилось звернення до вузьких фахівців, що дуже важливо з огляду на покращення ефективності використання ресурсів. Це відбувається не через те що, знову ж таки, сімейний лікар не направляє пацієнтів до вузького фахівця, а тому, що питання, з яким хворий звертається до сімейного лікаря, на сьогодні вирішується на рівні саме сімейного лікаря.

Таким чином, позитивна тенденція є і вона свідчить на користь сімейного лікаря. Звичайно, ми б хотіли, щоб ці наші кількісні відносні показники переросли в якісні показники, як, наприклад, збільшення тривалості життя, зменшення смертності, особливо серед людей працездатного віку, тощо. Звісно, ми розраховуємо на такі результати, але разом з тим розуміємо, що їх можна буде досягти лише через деякий час.

Якщо ж говорити в цілому про те, як проходить реформування в м. Києві, то всі ті ризики, про які говорили попередні доповідачі, вони всі є й у нас. Але найбільший, на мою думку, ризик – це несприйняття реформ медичними працівниками, до певної міри, звичайно, громадськістю, нашими пацієнтами. Тому перед нами стоїть надзвичайно важливе завдання – донести зміст цих реформ до їх споживачів (медичних працівників, пацієнтів, громадськості в цілому). І абсолютно правильно було зазначено, що це мають робити професійні спікери – люди, які є на видноті, мають авторитет і популярність серед населення. Не медичні працівники мають говорити про необхідність реформи, а відомі люди, до яких прислуховуватимуться.

Наступна проблема, на якій я хотів би зупинитись – це економічна мотивація медичних працівників. Тому що робити реформи на лозунгах і не створювати при цьому відповідного матеріального підґрунтя – це просто марно витрачений час. Ми дуже сподіваємось, що механізми, що нині опрацьовуються в Кабінеті Міністрів стосовно оплати праці медичних працівників, крім основної базової заробітної плати, можливість отримувати надбавки за якісне і кількісне лікування, будуть ухвалені. Це багато у чому, як кажуть, «розв'яже нам руки».

Хотів би підкреслити таке: чому в м. Києві, незважаючи на масу проблем, легше провадити реформу? Тому що є підтримка влади. Адже системою охорони здоров'я в м. Києві опікується власне голова Київської міської державної адміністрації. Тому є розуміння реформи, спрацьовує принцип міжсекторальної взаємодії, про який вже говорилося і який закладається в нову програму «Здоров'я–2020».

Напевно ви знаєте про те, що Київською міською державною адміністрацією затверджена стратегія розвитку м. Києва до 2025 року і одним із основних її розділів є розділ «Здоровий киянин». Саме в ньому і закладені принципи міжсекторального підходу при вирішенні таких питань, як забезпечення питною водою (окремий підрозділ), створення спортивної інфраструктури тощо, адже ці питання тією чи іншою мірою стосуються забезпечення здоров'я населення. Ми розуміємо, що охорона здоров'я – це проблема комплексна і вирішувати її треба комплексно, що і відображено в даній стратегії, яка дуже тісно корелюється з завданнями, що поставлені перед нами як перед пілотним регіоном.

Звичайно, не все так просто, але ми працюємо і сподіваємось, що результат все-таки буде, і той шлях, що ми обрали, правильний. Хоча у ході реформування потрібно вносити певні поточні корективи. І дуже важливо при цьому не дискредитувати ідею сімейної медицини, ідею самої реформи. І якщо ми відкриваємо сьогодні сімейні амбулаторії в м. Києві, яких вже 48, а за два останні тижні року ми плануємо відкрити ще 18, то завдання полягає не стільки в тому, щоб відкрити ці амбулаторії, а у тому, щоб змістовно їх наповнити. Щоб киянин повірив, що те, що ми робимо – йому потрібно, що звернувшись до сімейного лікаря в сімейну амбулаторію, він отримає кращу медичну допомогу, ніж він її отримував у поліклінічному закладі. Для того, щоб цього досягнути, треба і відповідна підготовка кадрів, і відповідне оснащення, фінансування, управління тощо. Тобто тут є багато питань, над якими нам треба всім разом працювати.

#### **ЖАЛІЛО Я. А.:**

Пілотний регіон для того і є пілотним, щоб можна було вивчати плюси і мінуси. Зі свого боку хотів би зазначити, що наш Інститут дуже зацікавлений у співпраці з вашим управлінням щодо аналізу наслідків, коли вони з'являться (позитивних, негативних, проблем), для того, щоб можна було цю «пілотність» реалізувати вже у широкомасштабній реформі. Тому хотілося б розраховувати на подальшу співпрацю.

**ШЕВЧЕНКО Марина Вікторівна,**  
*завідувач відділу економічних досліджень  
охорони здоров'я та медичного страхування  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
Міністерства охорони здоров'я України»*

Хотіла б сказати про деякі речі, які вже озвучувалися. Передусім щодо тих реформ, тих стратегій, що нині реалізуються. Закони, прийняті у липні поточного року, ідеологічно містять досить серйозні плат-

форми і це непросто «придумки» науковців чи теоретиків, а абсолютно доказові інструменти, механізми, що відпрацьовані в інших країнах.

Було акцентовано на питанні щодо концентрації бюджетних коштів. Звичайно, для м. Києва концентрація бюджетних коштів не є проблемним питанням, тому що фактично всі кошти сконцентровані в міському бюджеті. І в цьому питанні м. Київ є в більш вигірній ситуації, ніж інші пілотні регіони. Чому порушувалося питання створення системи медичного страхування? Тому що виникала проблема концентрації ресурсів, і саме така система дозволяла створити більш потужний пул для того, щоб задовольнити фінансові потреби закладів охорони здоров'я. Разом з тим запровадження медичного страхування містить багато відкритих питань, що можуть ускладнити хід реформування. Адже світова економічна криза довела, що медичне страхування не є панацеєю і не змінить ситуацію щодо збільшення фінансування для потреб охорони здоров'я. Це лише інструмент, що дозволить більш раціонально використовувати кошти. Крім того, досвід і пострадянських, і європейських країн свідчить, що країни, де поширено обов'язкове медичне страхування, важче пережили кризову ситуацію 2008-2009 рр., ніж системи, що фінансуються за рахунок суспільних коштів. Тому на даному етапі нам слід провести ґрунтовну роботу, зважити всі плюси й мінуси для того, щоб уникнути нових проблем, які можуть виникнути у ході запровадження обов'язкового медичного страхування.

Фінансові питання досить складні, тому що ми маємо, з одного боку, закон про пілоти, яким дозволяється змінювати фінансово-економічний механізм, а з іншого – досить заангажоване і серйозно стримуюче бюджетне законодавство, яким чітко прописані рамки для функціонування бюджетних закладів охорони здоров'я. Хоча в новій редакції Бюджетного кодексу є досить багато інновацій, які все таки дозволяють працювати некомерційним організаціям, зокрема: прописані норми щодо одержувачів бюджетних коштів, надані рекомендації щодо запровадження програмно-цільового методу не тільки на рівні державного бюджету, а й на рівні місцевих бюджетів, і всі ці елементи включені для апробації у пілотних регіонах.

Ще хотіла трохи заперечити колезі, який говорив про приватний сектор. Відповідно до статистичних даних частка лікарів, які працюють на первинній ланці в приватному секторі, взагалі мізерна. Приватний сектор в Україні фактично надає більш спеціалізовану медичну допомогу і досить вибірково за спеціальностями. Тому я вважаю, що, звичайно, добре, якщо ви відкриватимете нові заклади у Дніпропетровській області, але наскільки доцільно з точки зору бізнесу вкладати гроші

в неприбуткові проекти? Чи проводили Ви якісь маркетингові дослідження? Це, звичайно, досить цікаво. Я порадила б ширше використовувати закон про державно-приватне партнерство, тому що, як на мою думку, для бізнесу не вигідно будувати нові поліклініки десь на периферії. Чи будуть, скажімо, у сільському районі вони мати попит? Тим більше, що Ви, з Ваших слів, хочете від держави, щоб вона вам покрила затрати по кредитах, але наскільки буде платоспроможним населення, наскільки ви зможете конкурувати навіть з тією мережею, яку планується реорганізувати? Тобто є досить багато питань. Саме тому вважаю, що робота в межах закону про державно-приватне партнерство буде більш дієвою і дійсно допоможе державному сектору покращувати якість і доступність надання медичної допомоги.

Щодо питання необхідності підтримки реформ місцевими органами влади. Зі мною погодиться пані Марина Максимчук, що нині це питання досить актуальне, і на засіданнях, що відбуваються в Адміністрації Президента, Міністерстві охорони здоров'я, обов'язково присутні голови адміністрацій або заступники, а не тільки медики, управлінці медичної сфери. Стверджувати, що ми сьогодні маємо значні успіхи – важко. Але зрушення є.

Так, наприклад, коли влітку цього року готувалися два закони про пілоти і про внесення змін до основного законодавства про охорону здоров'я, то була й політична воля, були сформовані робочі групи і не тільки з представників Міністерства охорони здоров'я, а й з інших міністерств та відомств, було досягнуто певного порозуміння. Все це зрештою привело до позитивного результату – прийняттям законів. Тому потрібно й обговорювати проблеми, і долучатися до підготовки й обговорення законодавчих документів, тому що тільки разом ми зможемо щось змінити у цій системі.

Я нещодавно спілкувалася з міжнародним експертом від Світового банку паном Олександром Кацагою. Він наголосив на такому: «Дійсно, система охорони здоров'я досить інертна і не тільки в Україні, а й в інших країнах, але ви досить багато часу втратили в розмовах, а не в діях, тому вам сьогодні буде досить складно». Тому ми маємо націлитися на роботу і залучати ширше коло для спілкування та обговорення, і чим більше ми будемо обговорювати проблеми, знаходити якість точки відліку, тим більше шансів на те, що це дасть позитивний результат.

**ЖАЛІЛО Я. А.:**

Дякую, Марино Вікторівно, на мою думку, ми просто приречені дружити інститутами, особливо в контексті розробки стратегії реформування системи охорони здоров'я.

## **ЗАГОРОДНІЙ В. В.:**

Я попросив слово як президент Української федерації громадських організацій сприяння охороні здоров'я громадянського суспільства України і як голова Української федерації роботодавців охорони здоров'я. Продовжуючи виступ Віталія Мохорева, хотів би сказати, що в м. Києві менше всього проблем тому, що реформа здійснюється під патронатом міської влади і те, що ці кроки розпочалися ще в 2001 р. Тобто чогось нового не вигадано, хоча є технічні проблеми, пов'язані передусім з безглуздяма деяких положень закону, за який проголосувала Верховна Рада щодо реалізації пілотних проєктів.

Здається, у 2007 р. була видана монографія, не хочу помилитися, тому не буду називати прізвище автора, «Губительные реформы здравоохранения в Восточной Европе и странах СНГ». Ми обрали, з моєї точки зору, саме такий шлях. Не раз повторював, але повторюся ще: для країн з перехідною економікою, незалежно від сектору цієї економіки, є три важливі елементи – децентралізація, автономізація і роздержавлення взаємовідносин між суб'єктами у системі. Якщо ми повернемося до змісту цього закону, то участь Міністерства охорони здоров'я має бути найменшою, а лівова частка – Мін'юста, Мінекономіки, Міністерства фінансів і Міністерства соціальної політики. До речі, підкреслю, що проєкт закону народився не на Банковій і не на Грушевського, в МОЗ, а в зовсім іншому місці. Тільки сьогодні авторів не можна знайти. Я чому так різко говорю, тому що свого часу Прем'єр-міністру публічно заявив при великій аудиторії, що цей закон приймати не можна. І на сьогодні у тому вигляді, в якому пропонується реалізувати цей закон, його неможливо реалізувати, тому що під це треба підґрунтя. А у нас як: закон прийнятий, а підґрунтя немає.

Міністерство охорони здоров'я на сьогодні йде старою второваною дорогою, готуючи проєкт наказу про визначення маршруту пацієнта. Уявіть ситуацію, пацієнт, наприклад, в Закарпатті, у Івано-Франківській області, а Міністерство в м. Києві визначає маршрут, яким має він ходити?! Чи на майже 800 сторінок проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я, де затверджені положення про лікарню інтенсивного лікування, планового лікування, хоспісу тощо. Є речі, які зрозумілі, а цей документ може бути корисним як методичні рекомендації, а не як нормативний документ. Міністерство охорони здоров'я вирішило його передати Міністерству юстиції на реєстрацію для того, щоб він мав статус регуляторного акту. А це не збігається з тією стратегією, з якою ми мали б визначитися і яку мали б реалізувати на сьогодні. Це не означає, що нічого не треба робити.



У 2003 р. розпочався проект у Харківській, Полтавській і Житомирській областях який закінчився у 2006 р. Не все в проекті піддається критиці, більша частина його відображає досвід цих областей. Можна сказати, що цей проект реалізований у цілому вдало. Біда тільки в тому, що він закінчився лише звітом за результатами проекту реалізації, і автори вказаного вище закону про пілоти з цього проекту взяли найгірше – те, що підпадає під досить жорстку критику.

Зупинюсь ще на одному дуже важливому моменті, що буде завжди гальмувати зміни – це конфлікт інтересів. У сфері охорони здоров'я задіяні різні суб'єкти – це громада, медична спільнота, влада, яка виступає чи в особі лікарів, чи як влада загалом. Ці суб'єкти досить часто переслідують різну кінцеву мету. І якщо схематично зобразити інтереси цих суб'єктів як кола і подивитися, де ці кола перетинаються, то точок перетину буде дуже мало. Тому що пацієнт хоче, щоб було якісно, близько і якщо треба платити, так ще й дешево. Лікар хоче, щоб в нього була пристойна зарплата і пристойні умови праці, у тому числі й умови для підвищення кваліфікації. Влада зі свого боку (влада всіх країн і розвинених у т. ч.) хоче якнайменше витратити на це коштів. І поки ми не підемо шляхом роздержавлення цих взаємовідносин між суб'єктами у системі охорони здоров'я (і в управлінні, і в системі суспільного життя), то ми будемо довго товктися з цими реформами.

Завершуючи, хотів би наголосити (адже ваш покірний слуга стояв у витоків багатьох спроб реформування системи охорони здоров'я, які дали свої результати), що є одна обставина, яку, з моєї точки зору, обійти просто не можна. Де є така практика у цивілізованому світі, щоб пілотні проекти чи експерименти проводилися і при цьому регулювалися законодавчим актом? А якщо щось не виходить у реалізації цього закону, то кожний раз питання виносити на засідання Верховної Ради? Аналогічно у нас відбувається все: віз попереду, воли позаду.

Відповідно до загальноприйнятої практики пілотний проект починається від ідеї, підготовки документа, відстеження результатів того чи іншого експерименту і лише потім – підготовка нормативної бази. Можна згадати Польщу, Чехію Словаччину. Всі агентства міжнародного розвитку досить активно допомагали країнам Східної Європи, і кожний етап закінчувався правовим актом чи рішенням уряду, або, наприклад, у Польщі, рішенням сейму, а не навпаки: нормативний акт – а потім експеримент. Тому ми на сьогодні далеко відстали. Знов повторюю: ми стаємо на ті самі граблі і не відомо, скільки будемо так стояти.

Хочу наголосити, що система охорони здоров'я сьогодні в Україні існує, задовольняє потреби населення так, як вона може, і це не «благодоря» реформам, а «вопреки»!

**ЖАЛІЛО Я. А.:**

Ми вже говорили про необхідність співпраці і дуже потужному сприянні розвитку приватного сегменту в сфері охорони здоров'я, особливо якщо йдеться про успішні практики.

**БОГОМОЛЕЦЬ Ольга Вадимівна,**  
*директор Інституту дерматокосметології  
доктора Богомолець*

Вітаю Інститут стратегічних досліджень з серйозним кроком щодо пошуку шляхів реформування медичної сфери і виступаю не як приватний лікар чи керівник найбільшої онкодерматологічної установи в Україні, що є приватною, а як людина, яка переймається системою охорони здоров'я, очолювала комісію охорони здоров'я в муніципалітеті минулого скликання.

Хочу почати з того, щоб уявити таку фантастичну, можливо, абсурдну ситуацію: якщо кожен, хто тут присутній, не має за плечима жодних інтересів, не має ані політичних, ані комерційних, жодних важелів, якими б на нього могла впливати держава. Уявімо собі, що ми є конгломератом мозку, який має вирішити, що ж ми маємо зробити з українською системою охорони здоров'я. І не думати ані про бюджет, ані про державу, ані про свою зарплату, ані про крісло, ані про що. І якщо ті думки, що є в нас насправді в серці, відрізняються від того, про що ми змушені зараз говорити, це означає, що будь-яка спроба щось змінити знову закінчиться фіаско. Тому що ми живемо в абсурдній державі, де говориться одне, думається друге, а робиться зовсім третє. І тому не зрозуміло, куди ми рухаємося. Я не знаю жодної запропонованої реформи охорони здоров'я, що має кінцеву мету: про що ми зараз говоримо, що ми хочемо досягнути цією реформою? Реформу, зміну, реструктуризацію? Кінцева мета – продовження тривалості життя, зменшення смертності від конкретних хвороб. Чи може сказати людина, яка пропонує реформи, що «я беру на себе моральну, економічну, кримінальну відповідальність і відповідаю за те, що через десять років, якщо всі кроки будуть зроблені, нарешті смертність від серцево-судинних хвороб в Україні зменшиться, а тривалість життя збільшиться»?

Ви знаєте, чому в Україні вчетверо менша смертність від онкології, ніж в Швейцарії? Тому що в Україні до онкологічних хвороб не доживають, в нас не встигають захворіти. Потрібно зрозуміти, що те, що ми зараз обговорюємо, взагалі ця вся система до здоров'я нації не має жодного стосунку. Тобто називати її охороною здоров'я неправильно.

Потрібно виділити два окремі напрями. Перший – це те, про що ми сьогодні говоримо – це медична допомога, допомога хворим. І другий – це дійсно охорона здоров'я. Тобто система існуючої охорони здоров'я може реформувати тільки надання першого напрямку – медичної допомоги абсолютно за кожним конкретним кроком.

Яким чином запропонована реформа дозволить зменшити смертність і збільшити тривалість життя? Жодним. Тому що єдина мета всіх нинішніх реформ – це економія державних коштів: у держави немає грошей, вона шукає, яким чином зекономити зараз чи щоб менше давати на цю систему. Врешті-решт держава має зрозуміти, що платників податку, які є головним інтересом цієї держави, просто скоро не буде, тому що хворих, тяжко хворих, інвалідів, які сидять у пенітенціарній системі, дітей значно більше в Україні ніж тих, хто може сплачувати податки.

Тому перший крок – це державне розуміння того, що потрібно берегти свої трудові ресурси. Другий крок – це розмежування цих двох систем. Якщо системою надання медичної допомоги мають опікуватися лікарі, то системою охорони здоров'я – принаймні віце-прем'єр. Тому що без комплексного бачення нічого змінити не можна: рівень соціальної незахищеності, хронічної депресії і стресів в Україні такий, що люди не бачать майбутнього. І жодні ліки їм не допоможуть не пити, не курити, не руйнувати своє життя та здоров'я. Люди не бачать майбутнього у цій державі.

Коли я занурилася в статистику, яку дає наш ГУОЗ, МОЗ, я здивувалася, що вона мертва. Для чого потрібна статистика? Статистика є фундаментом розвитку. Ми проаналізували статистику ГУОЗ – вона не має жодного показника, який дозволив би оцінити ефективність роботи. Я можу вам запропонувати сотні цифр, які доведуть, що ті гроші, які виділені для функціонування муніципалітету збільшилися вчетверо, а ефективність зменшилася, тому що гроші не працюють.

Мною була розроблена система інвентаризації, за допомогою якої проаналізовано тисячі економічних показників. Що ще говорить статистика? У м. Києві є 180 лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих ГУОЗ, що складають трохи більше половини всіх медичних закладів столиці (56 %). Решта закладів, не підпорядкованих ГУОЗ та іншим структурам, не здають свою статистику. А тому ми не знаємо, яка і кому надається допомога, скільки грошей витрачається, яка захворюваність, хто скільки хворіє, хто як виліковується. Якщо говорити про конкретні кроки, пан Загородній сказав про децентралізацію, автономізацію – ми забуваємо, що живемо вже в зовсім іншому часовому просторі, й на сьогодні за відсутності у державі коштів кваліфікованих

кадрів стає дедалі менше і менше, ми втратили найбільший свій кадровий потенціал.

Держава величезна, грошей та лікарів немає, яким чином виходити з цієї ситуації? Насправді є вихід. Коли я зрозуміла, що державна система мені не дозволяє адекватно розвиватися, я вирішила спробувати діяти самостійно. Я щаслива, що держава мені поки що не заважає це робити. На сьогодні створена модель пілотного проекту реформування охорони здоров'я, мета може бути будь-якою: зменшення смертності від інфарктів, інсультів, раку шийки матки тощо.

Першою мета метою нашої діяльності було зменшення смертності від меланом. Ми гарантуємо зменшення в Україні протягом 10 років смертності. Протягом 5 років ми вже сильно зіпсували статистику МОЗ, день оскільки в день меланомі, який ми запровадили по всій Україні, ми виявили кількість хворих, яку МОЗ виявляє за рік, тобто насправді захворюваність не збільшилася, збільшилося тільки виявлення. За допомогою Інтернету та спеціальним програмам ми зробили систему виявлення меланомі доступною в будь-якому куточку України. Ця модель є запатентованою, і якщо у вас є бажання, я готова вам її презентувати. Ми збільшили пропускну здатність високопрофесійного лікаря вчетверо. Якщо на звичайному прийомі лікар може кваліфіковано опрацювати 25 випадків, то в нашій системі він опрацює 100 випадків. Людина не їде в Київ, а отримує висококваліфіковану допомогу на місці, збільшується пропускну здатність лікарів, зменшуються витрати держави, люди не помирають від меланомі. В Україні була 90 % смертність від цієї хвороби, ми протягом найближчих 10 років досягнемо європейських показників – 35 %, ще 15 років знадобиться для досягнення американського показника (5 %). Сьогодні є реальні шляхи, єдине, що нам заважає – це постійні кайдани, в яких ми з вами знаходимося: кайдани ментальні, кайдани фізичні, кайдани економічні. І доти, доки ми не вирвемося з цих кайданів і не зрушимо цю систему, будемо товкти воду в ступі та жити у тій державі, в якій ми зараз живемо.

Готова поділитися нашим досвідом, нашою моделлю охорони здоров'я, що має конкретно встановлену мету, дозволяє економити державні кошти, зменшувати смертність і продовжувати життя українців.

**ЖАЛІЛО Я. А.:**

Будемо обов'язково співпрацювати у цій сфері, особливо враховуючи те, що профілактичні напрями, напрями раннього попередження хвороб, раннього виявлення – є одними з пріоритетних в тій моделі реформування охорони здоров'я, яка тут сьогодні пропонується, обговорюється.

**РИНГАЧ Наталя Олександрівна,**  
*головний науковий співробітник Інституту  
демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи*

Хочу нагадати умову успішності реформ, проголошену батьком польських реформ Бальцеровичем. За його словами, для успішності реформ мають виконуватися три обов'язкові умови: політична воля, наявність команди, яка буде цю реформу впроваджувати, і сприйняття реформи суспільством. Що є у нас? Політична воля є на найвищому рівні, на місцевому – багато говорили, що вона не завжди є. У нас є надзвичайно кваліфікована команда фахівців, теоретиків, практиків, тих, хто розробляє, менше тих, хто буде впроваджувати, але між ними відсутні взаємодія, консенсус і, як підтверджує наш «круглий стіл», є багато протиріч. Тобто єдиної команди немає. І, нарешті, суспільство. І шановний пан Загородній, і пан Мохорев говорили про те, що на сьогодні немає ані єдиного бачення реформи, ані належної поінформованості про неї, ані сприйняття і населенням, і лікарями.

Я дозволю собі пожартувати: коли у блондинки спитали, який ризик зустріти на Хрещатику динозавра, вона відповіла: «Один до одного». – «Як це так може бути?» – «Або зустріну, або ні». Так і у нас немає відсоткового ризику здійснення реформи, вона в нас або буде, або не буде. Знов-таки повторю за своїми колегами – головне не дискредитувати ідею перетворень. Тобто якщо ця реформа не відбудеться сьогодні, це не тільки не успіх наших зусиль, а передусім величезне «фе» для наступників, тому що, дискредитуючи ідею реформи зараз, ми робимо перепону для всіх подальших реформ в Україні.

**ЖАЛІЛО Я. А.:**

Ми говорили про різні механізми, альтернативи фінансування охорони здоров'я, тому дуже цікаво дізнатися, зокрема про досвід муніципальних лікарняних кас.

**ДОЛОТ Володимир Денисович,**  
*виконавчий директор Благодійної організації  
«Муніципальної лікарняної каси міста Києва»*

Хочу висловити свою особисту думку як щодо реформування сфери охорони здоров'я, так і взагалі про те, що відбувається сьогодні в охороні здоров'я. Якщо реформа вже проголошена, потрібно думати про те, яким чином її запровадити, щоб вона мала успіх. Тому що цього вимагає і ситуація, і час, і вкладені ресурси тощо. Реформа викликає неоднозначне ставлення, але все ж таки щось у державі потрібно робити.

На мою думку, при плануванні реформи недостатньо приділяється уваги дуже важливому питанню: економічному складнику діяльності сфери охорони здоров'я. Ми говоримо про відсотки, їх перерозподіл, первинний, вторинний рівні надання медичної допомоги тощо. Але мають бути визначені конкретні цифри. І поки ми не порахуємо, скільки коштує надання медичної допомоги, не домовимося ні про що інше. Ми маємо визначитись: яку суму потрібно Україні для потреб системи охорони здоров'я і який відсоток ВВП треба витратити на неї, щоб вона ефективно працювала. Тільки тоді ми зможемо визначити, яку кількість коштів потрібно державі для того, щоб задовольнити потреби кожного хворого в Україні, коли ми чітко визначимо собівартість лікування.

Крім того, потрібно чесно людям сказати про те, що в державі за будь-яких розкладів ніколи не вистачить коштів для стовідсоткового покриття надання медичної допомоги. Тобто люди мають чітко знати, яку частину медичної допомоги надасть держава, а яку потрібно заплатити самостійно. Тільки за підтримки населенням реформа матиме позитивні результати.

Що відбувається на сьогодні в м. Києві? Рік тому було започатковано проект «Муніципальна лікарняна каса міста Києва». Безумовно, цей проект було розпочато під проводом голови міської державної адміністрації та підтримано управлінням. Хочу наголосити, що це передусім благодійна організація, вона здійснює абсолютно автономну діяльність. Ми чесно запропонували киянам, що за їхні кошти на солідарній основі вирішуватимемо їхні проблеми щодо лікування хвороб у разі захворювання. Значна частина населення Києва відгукнулася на цей проект: на сьогодні вже понад 16,5 тис. киян є членами лікарняної каси. Для Києва це не дуже багато, але за рік ми вже маємо певний досвід, яким чином можна співпрацювати з населенням, знайти спільну мову. І якщо на початковому етапі потрібні були більш активні дії щодо роз'яснення принципу дії лікарняної каси, про адмінресурси тощо, то сьогодні люди звертаються до нас абсолютно добровільно. Переважно це ті, хто вже пролікувалися за рахунок Муніципальної лікарняної каси і розповіли своїм родичам, близьким, друзям. Це один із прикладів позитивної співпраці з населенням, абсолютно на даний момент обґрунтованої. Крім того, це серйозне напрацювання для створення підґрунтя запровадження тієї самої страхової медицини, про яку ми говоримо багато років. Невідомо, коли вона буде запроваджена, але перші кроки і перший досвід ми матимемо: яким чином можна залучити населення до співпраці, співоплати медичних послуг, на 100 % відшкодування яких держава просто неспроможна. Про це маємо сказати чесно людям. І, можливо, матимемо більшу підтримку населення.

**ПИЩУЛІНА Ольга Миколаївна,**  
*завідувач відділу соціальної політики*  
*Національного інституту стратегічних досліджень*

Спасибо большое, хотя на самом деле, мы сейчас очень много говорим о том, что необходимо государственно-частное партнерство и определение перечня услуг, которые будут представляться со стороны государства бесплатно, хотя не совсем остается понятным, во всяком случае мне, как быть с той нормой Конституции, которая пока что гарантирует бесплатное медицинское обслуживание в нашей стране и, как ни печально, об этом здесь пока еще не говорим. Все говорят о необходимости сооплаты, наверное, мы к этому придем так или иначе, хотя на сегодняшний день это выглядит странно.

**ГОРАЧУК Вікторія Валентинівна,**  
*доцент кафедри управління охороною здоров'я*  
*Національної медичної академії*  
*післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

Хочу звернути увагу на думку щодо інертності й спротиву реформі керівників медичних закладів. Саме з цієї позиції навчання керівників, які мають брати безпосередню участь у реформах і взагалі долучення медичних працівників до реформування сфери, має велике значення. Хочу нагадати шановній громаді, що існує така теорія супротиву змінам, яка є закономірною у процесі будь-якого реформування, але для того, щоб грамотно керувати змінами, треба мати освічених фахівців. У нашому випадку – це освічених менеджерів, причому менеджерів абсолютно різних рівнів охорони здоров'я. Слід звернути увагу на рівень освіченості стосовно забезпечення якості медичної допомоги, що сьогодні є провідним напрямом її реформування. І ми задалися цим питанням у себе на кафедрі, тому що ми навчаємо керівників різних рівнів. У нас навчається щороку близько 500 осіб з різних регіонів України. Переважно це м. Київ, Київська область і сусідні регіони. Коли ми почали вивчати базовий рівень наших слухачів стосовно питань управління якістю медичної допомоги, то за допомогою соціальних досліджень, проведених у Чернігівській, Черкаській, Кіровоградській і Київській областях та м. Києві (сьогодні тривають такі дослідження в Запорізькій та Івано-Франківській областях) з'ясували, що наші керівники навіть на рівні закладу охорони здоров'я не знають компонентів якості медичної допомоги, методик виміру якості, її оцінки, вже не кажучи про її поліпшення. Тому, на мій погляд, момент супротиву змінам, момент інертності має бути подоланий саме досягненням необхідного освіт-

ного рівня наших спеціалістів. І тоді ми зможемо досягти того рівня клінічного менеджменту, що забезпечуватиме якісну медичну допомогу безпосередньо на рівні спілкування лікаря і пацієнта.

Для цього потрібно, наприклад, дотримання клінічних протоколів – це один із компонентів якості. Проте на сьогодні, на жаль, у нас немає бази клінічних протоколів, розроблених на основі доказової медицини. Ця робота розпочата, але потрібен певний час для того, щоб ця база запрацювала. Звичайно, успіх клінічного менеджменту неможливий без автоматизації робочих місць, інформатизації закладів охорони здоров'я. Адже дуже значний обсяг медичної документації, інформації тощо, якими треба оперувати менеджеру охорони здоров'я, і мати зворотний зв'язок з робочим місцем лікаря. Тому без автоматизації ми продовжуватимемо втрачати час і не матимемо ефективності управлінських заходів.

Які ж все-таки позитиви на цьому шляху ми намагаємося впровадити в нашій Академії? На жаль, на момент початку реформ, коли ще вони не були законодавчо закріплені, але вже було зрозуміло, що вони розпочнуться, в нашій навчальній програмі, затвердженій Міністерством охорони здоров'я і за якою ми нині працюємо, на менеджерів якості відводилося всього дві години практичних занять. Враховуючи наші можливості, ми підготували і затвердили вченою радою нашої Академії цикл тематичного вдосконалення з питань менеджменту якості, що розпочнеться у 2012 р. Це тематичний цикл вдосконалення управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності. Він триватиме 39 годин і міститиме міжнародні практичні напрацювання стосовно сучасних методів фінансового управління системою, сучасних методів управління персоналом, сучасних методів стандартизації медичної сфери, державної політики у системі охорони здоров'я та інші теми, що значно підвищать рівень підготовки наших фахівців з питань управління якістю.

Хочу із задоволенням зазначити, що з 1 вересня поточного року в нашій Академії стартував проект – навчання менеджерів за півторарічною програмою, де також значно розширені питання управління якістю і управління змінами у системі охорони здоров'я. Але, на жаль, цей проект тільки розпочав свою роботу і кількість слухачів – всього кілька десятків. Ми сподіваємося, що всі ці методи і напрацювання, які ми маємо на своїй кафедрі і в Академії, можуть бути доступними для наших колег з інших закладів, які забезпечують післядипломну і додипломну освіту. Сподіваємося, що чергове перезатвердження навчальної програми для менеджерів охорони здоров'я буде підтримано за нашими пропозиціями Міністерством охорони здоров'я і буде зат-



верджено урядом. Тобто питання підготовки менеджерів розглядатимуться на вищому рівні та внесуть свій позитивний і законний внесок у формування вітчизняної СОЗ.

**СТОВБУН Анатолій Іванович,**

*головний спеціаліст,*

*довірений лікар департаменту охорони праці  
Федерації профспілок України*

Запрошення Федерації профспілок України на це засідання як одного із соціальних партнерів у нашій країні я вважаю за дуже позитивний крок і висловлюю щире подяку від керівництва Федерації профспілок і всіх членів профспілок. Ця реформа прямо чи опосередковано зачіпає інтереси не тільки простих громадян, які є, до речі, членами профспілок, а й інтереси медичних працівників, які об'єднані в галузеву профспілку працівників закладів охорони здоров'я, тому Федерація профспілок не може стояти осторонь всіх цих питань. Ми підтримуємо цю реформу і у зв'язку з тим, що всі нормативні акти Міністерства охорони здоров'я прямо чи опосередковано стосуються цих питань, тому узгоджуємо всі ці акти. До речі, про акт, про який говорив пан Загородній. У ньому 740 сторінок, ми також його узгоджували і були здивовані, по-перше, такою формою надання акта, по-друге, тим обсягом заходів, коли Міністерство бере на себе, з нашого погляду, повністю функціональні обов'язки, які можуть вирішуватися на рівні головного лікаря чи керівника того чи іншого закладу.

Разом з тим ми висловлюємо занепокоєння одним питанням: як при проведенні цієї реформи будуть збережені соціальні права населення України і соціальні права самих медичних працівників? Це ненадання безоплатної медичної допомоги, ненадання гарантованої допомоги, своєчасної допомоги. Тому якщо сьогодні ми не можемо забезпечити, особливо що стосується органів місцевого самоврядування, транспортування хворої бабусі з апендицитом до районної лікарні за 12 км, то у нас виникає занепокоєння, як це буде забезпечено, коли будуть створені госпітальні округи і що бабусю прийдесться вести за 120 км до обласного центру? Це питання дискусійне і складне.

Наступне. Узгоджуючи нормативну базу, ми бачимо те, що Міністерство охорони здоров'я неповністю розуміє напрям цієї реформи, і правильно тут висловлювалися попередні виступаючі, що МОЗ прийняттям цих актів певним чином розв'язує собі руки, щоб мати можливість для більш кардинальних кроків практично з єдиною метою – суттєво зменшити фінансування державою системи охорони здоров'я і діяльність закладів охорони здоров'я.

Продовжуючи тезу пані Горачук, хочу навести такий приклад: Міністерство охорони здоров'я не має грошей для утримання первинної ланки і закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги тощо. Разом з тим утримується 18 кадрових інститутів підвищення кваліфікації лікарів. За часів Радянського Союзу в Україну із задоволенням їздили на підвищення кваліфікації, то нині це недоречно і економічно нерентабельно. Проте головне не це. Головне те, що даючи оцінку діяльності цих кадрових інститутів, Міністерство саме визнає, що три кадрові інститути, які після конкурсу посіли останні місця, у них неефективні програми, немає бази тощо, але їх продовжують утримувати. Навіщо в Україні 18 інститутів удосконалення лікарів? Тобто з моєї точки зору як представника Федерації профспілок у самому Міністерстві охорони здоров'я існує багато резервів для поліпшення первинної ланки охорони здоров'я. Крім того, говорячи про сам пілотний проект, треба зазначити, що Міністерство не інформує про те, скільки фінансів воно витратило на виконання цього пілотного проекту. А частину їх можна було спрямувати на підтримання первинної ланки.

Нещодавно ми отримали проект закону про державне соціальне страхування, і у Федерації профспілок України до нього було дуже багато зауважень. Зокрема викликає подив, коли до надання платних медичних послуг віднесли виписування документів, довідки про можливість оздоровлення дитини в оздоровчому закладі. Невже медичний працівник так перетрудився, що під час свого робочого дня за державні кошти не може виписати безкоштовно цю довідку? Тому цей проект закону ми не погодили і не тільки з цих причин, а й через те, що в попередній редакції було зазначено, що застрахована людина може отримати медичні послуги, медичну допомогу тільки за місцем проживання і місцем реєстрації. А як бути водію міжреєйсового автобусу, як бути члену екіпажу судна, який прописаний в м. Києві, а працює в м. Херсоні? Ці питання не вирішені. У новій редакції ці аспекти були враховані, але все рівно немає узгодженості. Тому я хочу запевнити розробників цього законопроекту і Інститут стратегічних досліджень, що Федерація профспілок України є надійним партнером, в нас є досить кваліфіковані фахівці і ми відкриті для співпраці.

**ЖАЛІЛО Я. А.:**

Хотів би декілька слів сказати на завершення нашого обговорення. Передусім ми присутні при дуже важливій події. Наш Інститут в наступному березні святкуватиме своє двадцятиріччя. Мушу зізнатися, що досі жодного разу в цій залі не обговорювалися питання рефор-

мування охорони здоров'я. Ця розмова – перша, і ми сподіваємося, що не остання. Тому дуже важливі думки учасників сьогоднішньої дискусії з різних інституцій про готовність співпрацювати. Ми дійсно відкриті до взаємодії, про це говорив Андрій Васильович Єрмолаєв на початку сьогоднішнього обговорення, ми дуже розраховуємо на спільну роботу.

Спільна робота важлива ще й тому, що специфіка нашого Інституту в тому, що ми намагаємося формувати стратегічні підходи до організації державної політики, яким притаманна мультидисциплінарність. Ми прагнемо розглянути реформу охорони здоров'я як систему заходів, що задовольняють одразу низці різних критеріїв. Це питання і якості життя, тобто відчуття захищеності від захворювань, можливих ризиків для здоров'я, це і людський капітал для країни, тобто працездатність людей, можливість отримувати ефективність цієї потужної конкурентної переваги, це і питання максимально ефективного використання обмежених бюджетних ресурсів, це і питання участі України в міжнародних угодах, різномірних організаціях, що теж вимагають адекватну систему охорони здоров'я. І саме з цих позицій ми намагалися і намагаємося будувати наші підходи. Жодне слово, яке тут пролунало, не залишиться непочутим, ми формуємо відповідні висновки, відповідні матеріали до Послання Президента України до Верховної Ради. Тому ми дуже вдячні за доробок кожного із присутніх фахівців.

Дуже важливою, однією з потужних, єдиних позицій, яка сформувалася на нашому «круглому столі», є те, що сьогодні необхідні обмін інформацією між фахівцями, громадянами, інформування лікарів, підготовка кадрів. Добре, що сьогодні виступили фахівці, які здійснюють підготовку кадрів і в управлінні, і безпосередньо в лікуванні.

Дуже просто було б реформувати охорону здоров'я, якщо б у нас було багато грошей. Власне кажучи, саме таким шляхом намагається йти Російська Федерація, в них є свій досвід, хоча він теж не завжди успішний. В Україні реформування системи охорони здоров'я відбуватиметься в режимі хронічної нестачі фінансових ресурсів. Тому головний ухил, головний акцент реформування охорони здоров'я, на наше переконання, має полягати у максимальній мобілізації організаційного потенціалу, тобто у забезпеченні максимально ефективного та цільового використання наявних коштів. А також у реалізації синергетичного ефекту для системи охорони здоров'я в співпраці із приватними системами охорони здоров'я, переведенні охорони громадського здоров'я в режим попередження, профілактики захворювань тощо. Питання концентрації уваги на оптимізації організаційних механізмів

мів, на мою думку, є найголовнішим і буде завжди предметом у т. ч. й наших обговорень у цій залі.

Стосовно державно-приватного партнерства, про яке сьогодні неодноразово згадувалося, це своєрідна відповідальність, з одного боку, держави перед громадянами щодо пошуку механізмів адекватного забезпечення послугами з охорони здоров'я, з іншого – і тих представників бізнесу, які сьогодні вже готові надавати такі послуги. Очевидно, що такі послуги мають бути відповідальними і адекватними проблемам цієї системи.

Зрештою, в нас є дуже багато роботи, тому запрошуюю до співпраці, у наступних засіданнях. На закінчення хочу подякувати всім вам, авторам доповіді, організаторам нашого «круглого столу».

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I.</b>	
<b>СУЧАСНИЙ СТАН СФЕРИ</b>	
<b>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b> .....	5
1.1. Становлення та сучасний стан вітчизняної СОЗ.....	5
1.2. Наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні.....	8
1.2.1. Фінансово-економічні механізми.....	8
1.2.2. Організаційно-управлінські механізми.....	14
1.2.3. Нормативно-правові механізми .....	17
1.2.4. Проблеми охорони громадського здоров'я .....	20
<b>РОЗДІЛ II.</b>	
<b>ШЛЯХИ ТА ЦІЛІ СУЧАСНИХ</b>	
<b>ПЕРЕТВОРЕНЬ У ВІТЧИЗНЯНІЙ СФЕРІ</b>	
<b>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	21
2.1. Перші здобутки реформування сфери охорони здоров'я .....	22
2.2. Очікувані результати та можливі ризики.....	25
2.2.1. <i>Перехід на трирівневу систему</i> <i>фінансування сфери охорони здоров'я</i> .....	25
2.2.2. <i>Формування підрозділів центрів первинної</i> <i>медико-санітарної допомоги на засадах</i> <i>сімейної медицини</i> .....	25
2.2.3. <i>Реформування екстреної</i> <i>медичної допомоги</i> .....	26
2.2.4. <i>Соціальний захист</i> <i>медичних працівників</i> .....	27
2.2.5. <i>Забезпечення пріоритетності</i> <i>профілактичного (менш затратного)</i> <i>складника сфери охорони здоров'я</i> .....	27
<b>РОЗДІЛ III.</b>	
<b>НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ</b>	
<b>ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ</b>	
<b>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	28
3.1. Фінансово-економічні механізми реформування сфери охорони здоров'я .....	29
3.2. Організаційно-управлінські механізми реформування сфери охорони здоров'я .....	35

3.2.1. Вдосконалення структурної організації сфери охорони здоров'я .....	35
3.2.2. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я .....	37
3.2.3. Вдосконалення системи кадрового забезпечення СОЗ та покращення соціального захисту медичних працівників.....	38
3.3. Нормативно-правові механізми реформування сфери охорони здоров'я.....	40
3.4. Оптимізація діяльності охорони громадського здоров'я .....	41
<b>ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ</b> .....	42
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	47
<b>МАТЕРІАЛИ ЗАСІДАННЯ «КРУГЛОГО СТОЛУ»</b> .....	51
ЄРМОЛАЄВ А. В. ....	56
ПОПЧЕНКО Т. П. ....	59
ТОЛСТАНОВ О. К. ....	63
ЗАГОРОДНІЙ В. В. ....	66
ТОЛСТАНОВ О. К. ....	66
ПОПЧЕНКО Т. П. ....	67
ПОЛІЩУК М. Є. ....	67
СОЛОНЕНКО І. М. ....	70
ЖАЛІЛО Я. А. ....	72
ДЕМЧАК Р. Є. ....	72
ЖАЛІЛО Я. А. ....	73
ГРУЗЄВА Т. С. ....	74
МОХОРЕВ В. А. ....	75
ШЕВЧЕНКО М. В. ....	77
ЗАГОРОДНІЙ В. В. ....	80
БОГОМОЛЕЦЬ О. В. ....	82
РИНГАЧ Н. О. ....	85
ДОЛОТ В. Д. ....	85
ПИЦУЛІНА О. М. ....	87
ГОРАЧУК В. В. ....	87
СТОВБУН А. І. ....	89
ЖАЛІЛО Я. А. ....	90

*Наукове видання*

**РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:  
ОРГАНІЗАЦІЙНЕ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ  
ТА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ»**

*Аналітична доповідь*

Літературний редактор: *Л. К. Надіон*  
Коректор: *Є. Ю. Стрижеус*  
Верстка: *Є. Ю. Стрижеус*  
Відповідальний за випуск: *В. М. Сизонтов*

Оригінал-макет підготовлено  
в Національному інституті стратегічних досліджень:  
01030, Київ-30, вул. Пирогова, 7-а

Підп. до друку 26.09.2012. Формат 60x84/16. Папір офс. № 1. Різограф.  
Гарн. «PetersburgС». Обл.-вид. арк. 6,1. Наклад 200 пр. Зам. 12-346

Віддруковано ПП «Вид-во «ФЕНІКС»  
03680, м. Київ, вул. Шутова, 13-Б  
Тел./факс 501-93-01