

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

аналітична доповідь

КИЇВ - 2011



Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення К., НІСД, 2011.- 41 с.

Попченко Т. П., канд. держ.упр.

Доповідь підготовлено до засідання круглого столу 22 грудня 2011 р.

При повному або частковому відтворенні матеріалів даної публікації посилання на видання обов'язкове

© Національний інститут стратегічних досліджень, 2011

ВСТУП¹

Здоров'я народу – найвища турбота держави Гай Юлій Цезар

Згідно статей 3 та 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і 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 писав: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак — щасливіший, ніж хворий король»), але й одним із визначальних чинників розвитку економіки країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ. Як вказують експерти ВООЗ, здоров'я населення – це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що у свою чергу впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності².

Особливо це актуально сьогодні, адже в період економічної кризи на перше місце повинні виступати соціальні пріоритети. Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я і є одним із основних, на нашу думку, показників розвитку держави, її цивілізованості і 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 сфери охорони здоров'я. Адже за останні півстоліття здатність сфери охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилась в декілька разів. За умов її ефективної організації, як зазначають експерти ВООЗ, сфера охорони здоров'я може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок; а смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50 %³.

За всі роки незалежності України так і не вдалося створити ефективну сферу охорони здоров'я. Чинна система викликає справедливі нарікання як з боку населення, так і з боку медичного персоналу, дотепер вона не здатна належним чином задовольнити

¹ Автор доповіді висловлює вдячність за надані коментарі стосовно матеріалів дослідження віцепрезиденту НАДУ д.н.держ.упр., проф. Білинській М.М., директору ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України» д.м.н. Слабкому Г.О., д.н.держ.упр., доц. Кризині Н.П.

² Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс] // Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocco // Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

³ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 3.

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, із забезпеченням її належної доступності та 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 галузі, а з іншого – запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг. Адже декларативність безкоштовної медицини перешкоджає легальному розвитку державної медицини в ринкових умовах.

Слід зазначити, що сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які 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 ВООЗ, у співпраці з представниками сфери охорони здоров'я Європейського регіону закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності послуг з охорони здоров'я в умовах економічної кризи⁴.

На жаль, охорона здоров'я в нашій країні не стала пріоритетом державної політики, попри численні декларації, політичні спекуляції та дискусії про шляхи її реформування, що точаться вже майже два десятиліття. Критична ситуація у сфері охорони здоров'я (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 праці⁵ визначено одними із основних пріоритетів політики реформ Президентом України В.Ф.Януковичем.

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я увійшли до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» (блок «Реформа медичного обслуговування»). Це стосується умов для реформування системи охорони здоров'я, шляхів структурної реорганізації галузі та удосконалення системи її фінансування, покращення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, удосконалення системи профілактики захворювань.

Представлене дослідження присвячене аналізу сучасного становища сфери охорони здоров'я в Україні, результатів перших кроків реформування та становлення основних механізмів, що забезпечуватимуть її ефективну подальшу діяльність.

⁴ Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ 25 апреля 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf

⁵ Послання Президента України Віктора Януковича до українського народу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/17307.html>.

I. 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 наочно підтверджується 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 ця чи не найважливіша складова сфери соціального захисту набула спонтанної деформації 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 у відповідності до вимог сьогодення.

Для визначення напрямів реформування української СОЗ має бути проведено аналіз стану сфери охорони здоров'я в Україні за часів незалежності.

1.1. Стан сфери охорони здоров'я в Україні

Основним чинником погіршення стану СОЗ є відсутність впродовж всього періоду незалежності України дієвих кроків щодо її адаптації 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 Семашка будувалась на наступних принципах: загальнодоступність безкоштовного медичного обслуговування, профілактика соціально значущих захворювань, якісне медичне обслуговування, тісна взаємодія медичної науки і практики та єдність пропаганди здорового способу життя, лікування і реабілітації.

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

- 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 і дитини;
- профілактична спрямованість медичної політики: запровадження регулярних медичних оглядів серед дітей і трудящих (обов'язкова диспансеризація; санаторії і оздоровчі центри були добре обладнані і 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 розвинута, 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 галузі;
- 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, які можливі лише за належного фінансування галузі 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, а саме:

1. Відсутність реакції на зміну економічної ситуації в країні.

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

- низька самостійність медичних закладів щодо прийняття управлінських і фінансових рішень;
- фактично відсутній вплив громадськості (як професійного самоврядування, так і громадськості в цілому) на вироблення і прийняття 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 ними⁶;
- 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 обсязі⁷, а механізми компенсації та формування фінансових пулів не були розроблені ані в державі в цілому, 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.

Наразі триває використання архаїчної системи планування потреб СОЗ у кадрових ресурсах, виходячи з жорстких штатних нормативів⁸. Має місце диспропорція кадрової структури лікарського корпусу, яка проявляється у надмірній спеціалізації лікарів з одночасним браком спеціалістів первинної ланки. Особливо гостро ці проблеми стоять у сільській місцевості.

Серед іншого значну роль відіграє відсутність компенсаторних механізмів при реалізації держзамовлення на підготовку спеціалістів. В країні існує система замовлення на підготовку медичних кадрів за рахунок держави. Проте на практиці ситуація складається таким чином, що більшість фахівців, які були підготовлені за державні кошти для, наприклад, первинної ланки, працюють на вторинній ланці, або в приватному секторі).

Слід зазначити також, що низька оплата праці та соціального захисту медичних працівників спонукає останніх до заохочення тіньової оплати пацієнтами послуг медичного персоналу.

3. Диспропорційність у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я, яка виявляється в наступному:

- відбувається зміщення акценту з первинної на вторинну та третинну ланки;
- розподіл коштів між медичними закладами здійснюється в залежності від ресурсних показників (кількість ліжок, кількість штатних посад тощо), що обумовлює екстенсивний розвиток цих закладів⁹ – орієнтацію на кількість, а не на якість;
- кошторисне фінансування медичних закладів призводить до відсутності мотивації їхнього керівництва до покращення якості діяльності та ефективного використання фінансів¹⁰;

⁶ 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.

⁷ Там само

⁸ Там само

⁹ 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.74.

– недостатнє фінансування СОЗ та системна корупція в країні призвели до розбалансованості системи лікування, профілактики, реабілітації та санітарно-епідеміологічного нагляду;

– комерціалізація підприємств у поєднанні з відсутністю ефективних механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я призвела, особливо на початку становлення незалежної України, до руйнації 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, тим самим, до руйнації системи гарантованого забезпечення ліками, навіть у стаціонарах.

Значимо також, що комерціалізація фармацевтичної галузі у поєднанні з недосконалою нормативно-правовими механізмами державного регулювання, призвела до 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 їхнього 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 потягнула за собою наступні 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 співвідношення перевищення недержавних джерел фінансування над державними.

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

– бюджетне фінансування практично йде на утримання інфраструктури і не залежить від обсягу та якості наданих послуг;

– досить незначні державні видатки на виконання державних (регіональних) програм є розпорощеними, тому – неефективними;

– суперечливість статистичних даних і утрудненість обліку неофіційних витрат на потреби сфери охорони здоров'я¹¹ ускладнюють процес розрахунку та планування видатків держави.

2. Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема:

– Неефективність ресурсного забезпечення галузі. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів щорічно збільшується (рис. 1). Так, у 2010 році 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 року (2009 р.- 29,9 млрд грн.), у тому числі: місцеві бюджети в обсязі 32,1 млрд грн із зростанням на 30,6 %,

¹⁰ Там само

¹¹ 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.34.

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 %) ¹². З 2000 до 2011 р. 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).



Рис. 1 Обсяг видатків на охорону здоров'я в Україні у 2005–2010 рр. (млрд грн)

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

Проте об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається. Рівень заробітних плат в медичній галузі, за даними Держстату, залишається одним з найнижчих ¹³. Таким чином, ані медичні працівники, ні пацієнти не відчують 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 оперативно перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат в залежності від пріоритетних потреб конкретної лікарні (які, в свою чергу, мають відповідати конкретним потребам громади, яка обслуговується лікарнею). Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів ^{14,15}.

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

¹² Професійна спілка працівників охорони здоров'я України : Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у 2010 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>

¹³ Розмір середньої заробітної плати в сфері охорони здоров'я, станом на 1 лютого 2011 року, 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/>

¹⁴ Бюджетного кодексу України № 2456-17 від 07.08.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2456-17>

¹⁵ Рудий В.М. Роль органів місцевого самоврядування та місцевих державних адміністрацій у забезпеченні реформ системи медичного обслуговування населення в Україні.

– Відсутність технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних та комунальних медичних закладах різного рівня (первинного, вторинного, третинного) у поєднанні з законодавчою неможливістю (Ст 49 Конституції України¹⁶) розробки стандартів мінімального, гарантованого державою обсягу медичної допомоги, ускладнює процес планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також ускладнює процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів.

– Дублювання фінансування з бюджетів різних рівнів.

– Фрагментація коштів, що виділяються на охорону здоров'я (за рахунок існування відомчої медицини), а механізми інтеграції практично не діють.

– Формування кошторису медичних закладів залежно від потужності медичного закладу (чисельності ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що веде до екстенсивного розвитку галузі. Переважна частка державного фінансування йде на фінансування лікарень, при цьому 80 – 90 % з них спрямовуються на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

Незважаючи на збільшення в останні роки 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 вищезазначеного є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості¹⁷. 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 пацієнти¹⁸, тоді як третина загальних витрат СОЗ спрямовується саме на медикаментозне забезпечення¹⁹.

Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти обумовила появу агресивної реклами, яка у поєднанні з недосконалістю механізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє:

- «просуванню» фармацевтичними працівниками більш дорогих, переважно імпортованих ліків: в Україні станом на квітень 2011 р. зареєстровано 14 205 лікарських засобів, при цьому вітчизняного виробництва з них - лише 3681 (10 524 – іноземного

¹⁶ **Стаття 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.»

¹⁷ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств, як і в опитуванні попереднього року, 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 2008р. – у кожному десятому).

¹⁸ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 17.

¹⁹ Там само, С. 16.

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 в середньому лише 16 %²⁰;

- самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів: за даними статистики, першість по захворюваності в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів на першому місці знаходяться найбільш розрекламовані препарати, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту²¹.

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 стоїть у випадках життєзабезпечуючих ліків – 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.²² Подібна ситуація складається із препаратами для хворих гемофілією, ВІЛ/СНІДом.

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.²³ 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 статті 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»²⁴, яка передбачає встановлення у державних закладах охорони здоров'я

²⁰ Матеріали парламентських слухань на тему: «Про сучасний стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України»

²¹ Там само

²² 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 аудиторі 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, які 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" в п'яти областях, загалом склала 31,4 млн. гривень.

²³ Постановою Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» з 01 липня 2011 року було збільшено розмір посадового окладу лікаря (в т.ч. педіатра, дільничного терапевта). За єдиною тарифною сіткою (далі - ЄТС) розмір першого тарифного розряду з 01.07.2011 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 01.07.2011 становить 1394 грн, лікаря - 1299 грн, медичної сестри - 1074 грн.

Також з 01.07.2011 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) складає 1688,7 грн. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110809_2.html

²⁴ Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України : прийнятий 19 листоп. 1992 р. № 2801-12. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.

посадових окладів на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості²⁵.

Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає й на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо). Ннадзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань медиків досить високий (за останні роки, наприклад, лише на туберкульоз захворіли 150 працівників, на вірусний гепатит – понад 50). І, хоча фінансування заходів щодо охорони праці, передбачене законодавством для медичної галузі, яке має становити 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. Переважна більшість страхових випадків залишаються проблемою самого постраждалого. Для порівняння, у галузі торгівлі аналогічні витрати становлять 210 грн на одного працівника, в промисловості – близько 600 грн, у середньому по країні – 540 грн (за даними 2010 року)²⁶.

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, була направлена 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)²⁷.

1.2.2. Організаційно-управлінські механізми

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій організаційно-управлінських механізмів СОЗ потягла за собою наступні наслідки:

1. *Недосконалість структурно-організаційної системи СОЗ.* В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ 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 обертається підтримкою дублюючих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективним використанням державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я²⁸.

Наслідком вищезазначеного 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)²⁹.

2. *Нераціональне використання наявних ресурсів, зокрема:*

²⁵ Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sfult.org/analiz-stanu>

²⁶ *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-vnika-derzhava-vid-lya-62-grivn/&print=1>

²⁷ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

²⁸ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 8

²⁹ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

– Дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги³⁰. Таке дублювання проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території³¹.

– 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 галузі, а з іншого – надмірний, в переважній більшості не обґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, за даними фахівців, від 30 до 50 % пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано³².

– Відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності. Це призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання. Так, наприклад, за даними Рахункової палати 12 % придбаного обладнання для надання екстреної допомоги місцеві органи охорони здоров'я передали до однопрофільних лікарень, які не забезпечують надання екстреної медичної допомоги. Більше того, чимала кількість медприладів (на суму 4,4 млн грн.) взагалі не застосовувалась і від 3-х до 18 місяців зберігалася у постачальників чи на складах медзакладів. А МОЗ закупило 8809 одиниць обладнання і 1000 автомобілів за завищеними цінами в австрійській компанії "Vamed Engineering GmbH & CO KG", збільшивши цим майбутні бюджетні витрати на 7,1 млн євро. При цьому всі 1000 автомобілів не внесені 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 гривень³³.

– 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 становить 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 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, в той час як лише 27 % фахівців – фахівці первинної ланки³⁴.

3. Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема:

³⁰ Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf

³¹ Інформація про соціально-економічну інформацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>

Якщо у Києві в і у обласних центрах є надмірна кількість медичних працівників, то в регіонах – їх не вистачає, 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 - в Чернігівській області, 2 - в Кіровоградській). 422 лікарські амбулаторії функціонують без лікарів (основних працівників) (28 - в Житомирській області, 37 - в Одеській, 38 - в Дніпропетровській, 47 - в Чернігівській).

³² Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 12.

³³ Звіт Рахункової палати України від 29.10.2010 : Безпомічна екстрена медична допомога [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16732239>.

³⁴ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 11.

– 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 %))³⁵. Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили дану проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли ФАПи, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю 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, зокрема:

– Відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, в підвищенні своєї кваліфікації;

– Негативний кадровий баланс: постаріння працівників галузі; 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 існуючим законодавством, безпосередньо прив'язана кількість ставок медичних працівників, а отже й кількість зайнятих у галузі медиків. У той же час 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 %³⁶. При цьому загальна кількість лікарів в Україні становить близько 225 000, тобто приблизно 49 лікарів на 10 000 населення³⁷, 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, яка повинна була 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 вузів змушені працювати поза медициною. Виникає сумнів щодо спроможності держави регулювати кадрову політику галузі.

1.2.3. Нормативно-правові механізми

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються досить великою 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,

³⁵ Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

³⁶ Дані Держстату України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

³⁷ Дані Держстату України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

затвердженими Указами Президента України або Постановами Кабінету Міністрів України³⁸. Їх аналіз свідчить про наступне:

– Деякі правові норми в галузі охорони здоров'я досі не переглянуті з радянських часів, і тому продовжують діяти, хоча суттєво змінились і політичні, і соціально-економічні умови функціонування СОЗ. Це призвело до суперечностей в нормативно-правовій базі, яка регламентує діяльність СОЗ, декларативності й неузгодженості цих норм між собою та іншими правовими актами, що утруднює їх виконання³⁹ (Табл. 1).

Таблиця 1

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-соціальних 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 «Основи Законодавства України про охорону здоров'я» | Ст. 7. Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я шляхом подання гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України. Ст. 12. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обгрунтованим потребам, але не менше 10 % національного доходу. Ст. 18. Кошти Державного бюджету України,... використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обгрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Ст. 19. Забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в галузі матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінових, 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 та 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 |

³⁸ 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.

³⁹ Там само.

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

– Нечітко 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 призводить до законодавчих колізій і проблем, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній⁴⁰.

Основними чинниками вищенаведеного 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'я⁴¹.

При цьому слід зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про здійснення низки позитивних змін. Зокрема відбулося прийняття наступних законодавчих та нормативних актів:

- нова редакція Бюджетного кодексу України, в якому враховані питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів (зокрема, внесені зміни у ст. 88 та 89 Бюджетного кодексу України, у відповідності з якими 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 обласного значення)⁴²;
- Закон України «Про державно-приватне партнерство» № 2404–17 від 01.07.2010 р., який законодавчо забезпечив можливість партнерства держави й приватного інвестора, в тому числі і в сфері охорони здоров'я⁴³;
- методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги⁴⁴, розроблені Міністерством фінансів України розроблено;
- постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз»⁴⁵;
- Закони України: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI⁴⁶

⁴⁰ 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.

⁴¹ Там само

⁴² Бюджетний кодекс України. 2456-VI (2456-17) від 08.07.2010, 2010, N 50-51, ст.572 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=2542-14>

⁴³ Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404–17 - [Електронний ресурс] . – Режим доступу: - <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2404-17>

⁴⁴ Міністерства фінансів України від М: Методичні рекомендації ` щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги. - [Електронний ресурс] . – Режим доступу: - http://lviv.medprof.org.ua/uploads/media/__.pdf

⁴⁵ «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

⁴⁶ Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find=1&typ=1>

та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-VI⁴⁷

В цілому задекларовані в національному законодавстві України принципи правового регулювання діяльності сфери охорони здоров'я в основному відповідають нормам міжнародного права та міжнародних рекомендацій. Основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин.

1.2.4. Проблеми громадської охорони здоров'я

Недосконалість вітчизняної сфери охорони здоров'я особливо гостро відобразились на охороні громадського здоров'я, а саме:

1. Пріоритетності програм, направлених на забезпечення медичної складової сфери охорони здоров'я і відсутності ефективних механізмів реалізації політики громадської охорони здоров'я.

2. Нестачі кадрового забезпечення громадської складової.

3. Слабких координації та механізмів міжсекторальної співпраці в забезпеченні громадського здоров'я в Україні.

До цього слід додати: відсутність системного підходу щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; відсутність 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; несформованість системи громадського моніторингу.

Крім того, наразі в Україні залишаються невирішеними і потребують доопрацювання низка ключових позагалузевих та галузевих ризиків, 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 плат⁴⁸, які 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 станом на початок 2010 р. – понад 21 %⁴⁹.

– Високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя (поширеність тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

– Виражена відмінність показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (більше, ніж у 3 рази)⁵⁰, при високій питомій вазі 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 зростаючий попит населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

⁴⁷ Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find=1&typ=1>

⁴⁸ Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави. Національна доповідь. За загальною редакцією В. М. Гейця [та ін]. – К.: НВЦ НБУВ 2009. – 687 с

⁴⁹ Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. – С.33.

⁵⁰ Основні шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М.Лехан, В.М.Рудого. – К., Вид-во Раєвського, 2005. – С. 17.

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 складовими запровадження 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 вектору розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Все вищенаведене не залишилось поза увагою і МОЗ України, і експертів, і науковців, і медичної спільноти. Більш того, майже кожна з вищенаведених проблем в тій чи іншій мірі неодноразово розглядалась як на державному, так і на міжнародному рівнях. Протягом всього періоду незалежності України неодноразово відбувались спроби реформування медичної галузі, але вони мали, в переважній своїй більшості, безсистемний та фрагментарний характер. Наступний розділ доповіді присвячено аналізу шляхів сучасних перетворень у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

II. ШЛЯХИ ТА ЦІЛІ СУЧАСНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У ВІТЧИЗНЯНІЙ СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Окреслені вище проблеми у вітчизняній сфері охорони здоров'я вказують на необхідність негайного реформування медичної галузі. Саме тому реформування сфери охорони здоров'я віднесено до числа пріоритетних напрямів реформ 2011 року⁵¹. Ключовими питаннями реформування СОЗ визначені організаційно-структурне та фінансово-економічне розмежування сфери охорони здоров'я.

2.1. Перші здобутки реформування сфери охорони здоров'я

Згідно Програми економічних реформ, реформування сфери охорони здоров'я починається шляхом реалізації пілотних проектів у чотирьох регіонах України: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві з подальшим аналізом результатів досвіду реформування та використання його на загальнодержавному рівні.

Метою пілотних проектів є апробація проголошених підходів до реформування СОЗ, виявлення потенційних ризиків та визначення кола 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 впровадження того чи іншого напрямку реформування СОЗ в Україні, зокрема в *Житомирській, Полтавській та Харківській областях, які мали позитивні результати, проте загальнодержавного впровадження вони так і не набули. За попередні роки не було ухвалено жодного законодавчого акту щодо забезпечення діяльності пілотних проектів, який би регламентував запровадження 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 напрямку шляхів реформування.

В переважній більшості реформи залишались 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)⁵².

Аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я свідчать про здійснення низки позитивних змін, зокрема:

⁵¹ Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава : Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf.

⁵² Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. Реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/

1. Зміни Бюджетного кодексу України дадуть 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»⁵³ законодавчо закріплює можливість відпрацювання нової структурно-організаційної та фінансово-економічної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності 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. З подальшим, при умові позитивних результатів провадження реформ, використанням даного досвіду 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 допомозі⁵⁴;
- формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я⁵⁵;
- прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу⁵⁶.
- управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року⁵⁷.

4. Прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 № 524 "Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" та підвищення престижності посади лікарів первинної ланки, з 01 липня 2011 року дозволить збільшити розмір посадового окладу лікаря (в т.ч. педіатра, дільничного терапевта)⁵⁸. Разом з тим, підвищення престижності даної спеціалізації не досягнуто – ця ланка залишається найменш укомплектованою (не лише в регіонах та на селі, але й у Києві).

З огляду на зріз проблем сфери охорони здоров'я в Україні, що наводився вище, позитивним є те, що проведення реформування медичної сфери не обмежується лише апробацією пілотних проектів, а паралельно проводиться робота щодо загальної оптимізації діяльності сфери охорони здоров'я, а саме:

1. З метою вдосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я, у відповідності зі змінами, що відбулись у сфері соціально-економічних відносин, створення ефективної

⁵³ Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find=1&typ=1>

⁵⁴ Наказ МОЗ України 15.07.2011 № 420 Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/>

⁵⁵ Наказ МОЗ України 15.07.2011 № 419 Про затвердження методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

⁵⁶ Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.08.2011 N 512 Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

⁵⁷ Наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454 Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

⁵⁸ Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=524-2011-%EF>

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»⁵⁹. 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 позагалузеві умови. Внутрішньогалузевими умовами переходу на систему соціального медичного страхування є досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їхньої мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я⁶⁰.

3. Розглядаються питання паралельної розбудови національної фармацевтичної сфери для забезпечення населення України гарантованим пакетом медичної допомоги (у тому числі 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»⁶¹.

4. Вирішуються питання удосконалення кадрового забезпечення медичної галузі, 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»⁶².

5. Як вже зазначалось вище, Урядом країни у липні 2010 році був прийнятий Закон «Про державно-приватне партнерство», яким визначено організаційно-правові засади взаємодії між державою (у тому числі АР Крим, територіальними громадами) та приватними партнерами (юридичними особами, або фізичними особами-підприємцями) на договірній основі. **Закон створює рамкові умови для зменшення потреби в 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 має місце позитивна тенденція щодо реалізації поставлених завдань реформування, простежується послідовність і наукова обґрунтованість цих кроків. Разом з тим, виникає низка проблемних питань та ризиків, пов'язаних з провадженням задекларованого реформування.

⁵⁹ Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=n&find=1&typ=1>

⁶⁰ Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» - [Електронний ресурс] . – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT0030.html

⁶¹ Парламентські слухання: «Про сучасний стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України» [Електронний ресурс] . – Режим доступу: - <http://panaceja.ua/novosti/132-rekomendaczqpro-suchasnij-stan-ta-perspektivi-rozvitku-farmaczevtichno-galuz-ukraniq.html>.

⁶² Міська цільова програма підготовки лікарських кадрів для закладів охорони здоров'я міста Києва на 2011-2017 роки. – рішення Київської міської ради № 736 від 12 травня 2011. – м.Київ – 2011.

2.2. Очікувані результати та можливі ризики

Очікуваними результатами першочергових заходів реформування медичної галузі передбачаються наступні.

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, в розрізі забезпечення фінансово-економічної складової реформування, кроків було прийняття нової редакції Бюджетного кодексу України. В 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. У відповідності з вищезазначеними змінами фінансування сільської медицини, яке відбувалось через бюджети сільських та селищних рад, перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів⁶³. Проте відсутність чіткого механізму розподілу фінансів з районних бюджетів на потреби дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів у сільській місцевості, у поєднанні з відсутністю додаткових статей фінансування першого етапу реформування⁶⁴, а також у відповідності з рекомендаціями знаходити кошти «всередині системи охорони здоров'я»⁶⁵, може призвести до пошуку фінансування шляхом реорганізації (яку 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 наразі працює.

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

Очікуваними результатами мають стати:

– структурна реорганізація СОЗ у відповідності 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 в сільській місцевості головним чином на 2 лікаря, в міській – на 4 лікаря, та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості:

- в 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 – шляхом реорганізації 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 допомоги⁶⁶, що дозволить досягнути наступного:

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

⁶³ Бюджетний кодекс України [Електронний ресурс] . – Режим доступу: - <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=6&nreg=2456-17>

⁶⁴ 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> – Назва з екрану.

⁶⁵ Експеримент із реформування системи охорони здоров'я не потребуватиме додаткових коштів – І.Акімова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://project.ukrinform.ua/news/26658/>. – Назва з екрану.

⁶⁶ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С.19–20.

Потенційні ризики. Очікуваними ризиками, які вже проявляються й сьогодні, є наступні:

– «гонка» відкриття нових амбулаторій сімейного типу без належного рівня фінансування призводить до того, що нові амбулаторії, наближені до населення, відкриваються без устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення і забезпечення. В результаті – амбулаторії є, про їхнє відкриття прозвітовано, кошти витрачені, а якість і доступність медичної допомоги населенню даного мікрорайону не забезпечено;

– підготовка, а 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 ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості⁶⁷.

Потенційні ризики. У зв'язку з відсутністю забезпеченості засобами зв'язку для роботи єдиної системи екстреної медичної допомоги; централізованої оперативно-диспетчерської служби; зношеністю парку санітарних автомобілів (на даний час, за даними МОЗ України, на території України експлуатуються автомобілі, починаючи з 1992 року випуску, амортизаційна зношеність яких на цей час складає близько 70 %⁶⁸); вкрай незадовільним станом доріг, особливо в сільській місцевості тощо виконання поставленої задачі вважається досить проблематичним.

2.2.4. Соціальний захист медичних працівників

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

Окрім цього, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 № 524 "Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" з 01 липня 2011 року було збільшено розмір посадового окладу лікаря (в т.ч. педіатра, дільничного терапевта). За єдиною тарифною сіткою (далі - ЄТС) розмір першого тарифного розряду з 01.07.2011 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 01.07.2011 становить 1394 грн, лікаря - 1299 грн, медичної сестри - 1074 грн.

Також з 01.07.2011 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) складає 1688,7 грн⁶⁹.

⁶⁷ Там само. – С. 26.

⁶⁸ Реформа екстреної медичної допомоги: швидкі стають швидкими? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110215_0.html – Назва з екрану.

⁶⁹ Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2011 № 524 "Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=524-2011-%EF>

Потенційні ризики. Наразі 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 профілактичної (мени затратної) складової сфери охорони здоров'я.

Протягом останніх років залишається фактично незмінною структура причин захворюваності та смертності населення. Основною метою диспансеризації населення є в першу чергу попередження розвитку захворювань, проведення заходів, спрямованих на збереження та укріплення здоров'я, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, збільшення активного довголіття.

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

У зв'язку з цим Міністерством охорони здоров'я України був виданий наказ №728 від 28 серпня 2010 року "Про диспансеризацію населення". Разом з тим, обов'язковості проходження диспансеризації для населення України не впровадили, аргументуючи це тим, що громадяни України повинні самі бути зацікавлені у проходженні диспансеризації, у тому числі знайти час для її проходження. Диспансеризація так і залишається формальною і необов'язковою.

Потенційні ризики. Відповідно до вищевказаного 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 недуги.)

Наразі свідомість громадян України щодо турботи про своє здоров'я залишає бажати кращого. Отже задача виявлення захворювань на ранніх стадіях залишається не вирішеною.

Таким чином, незважаючи на комплексність сучасної програми реформування, кожний із її напрямів містить низку потенційних ризиків, які 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 у напрямі вироблення оптимальної моделі вітчизняної сфери охорони здоров'я з урахуванням можливих ризиків та попереднього вітчизняного досвіду.

III. НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Охорона здоров'я є сферою, яка відображає стан та характеризує перетворення усіх трьох складових суспільства – економічної, політичної і соціальної. Саме тому експерти ВООЗ звертають увагу на тісний взаємозв'язок між станом сфери 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 країни⁷⁰.

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-економічну, організаційно-управлінську, нормативно-правову сферу 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 в процесі цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Наразі, 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 охорони здоров'я населення 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 повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування.

На сьогоднішній день, 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 відтак 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, вартість медичного обслуговування постійно зростає в усьому світі. Причиною цього, насамперед, є запровадження нових технологій профілактики та лікування хвороб, нового високотехнологічного та наукоємного

⁷⁰ Інвестиції в здоров'я: ключове условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии : Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

обладнання, нових лікарських засобів тощо. На сьогодні жодна країна світу не встигає забезпечити збільшення рівня фінансування СОЗ темпами, які відповідають темпам зростання вартості медичних послуг. Це призводить до формування певного «зачарованого кола», вихід з якого, насамперед, слід шукати 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 ключових галузевих та позагалузевих проблем (про які йшлося вище), що суттєво ускладнює запровадження ОСМС найближчим часом.

Відтак етапу реформування української СОЗ шляхом запровадження ОСМС має передувати значна підготовча робота щодо підвищення ефективності функціонування існуючої системи з паралельним сприянням розвитку добровільного медичного страхування.

Отже, державну політику в царині фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров'я слід проводити з врахуванням того, що сучасні механізми фінансування охорони здоров'я повинні забезпечувати:

- доступність медичної допомоги та медичного обслуговування для усього населення країни, особливо бідних та вразливих верств;
- можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення виникаючих потреб 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 у відповідності з потребами населення;

Ключовими кроками щодо покращення фінансово-економічного механізму управління сферою охорони здоров'я є:

По-перше - перехід до контрактної моделі управління та фінансування. Він повинен відбуватись шляхом запровадження договірних відносин при закупівлі послуг з охорони здоров'я та зміни принципу фінансування, передбачаючи:

- перехід від кошторисного фінансування, в залежності 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* – шляхом запровадження поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, охоплення вакцинацією, охоплення скринінговими програмами тощо);
 - *на вторинному рівні*: шляхом запровадження для стаціонарів “глобального бюджету”⁷¹ залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – сплати за обсяг наданих послуг;

⁷¹ Метод глобального бюджету – коли лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт, який визначається наперед. Це дозволяє лікарням спрямовувати ресурси в рамках виробничого процесу на діяльність, яку вони вважають ефективнішою. Рівень оплати при цьому не залежить від кількості

- *на третинному рівні*: шляхом запровадження “глобального бюджету” залежно від структури та обсягів наданої допомоги.
 - формування «глобального бюджету» для забезпечення надання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях на бюджетний період. Він повинен формуватись з урахуванням обсягів, структури та якості послуг, визначених договором про виконання бюджетної програми залежно від потреб населення з урахуванням числа 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, який на сьогодні є деформованим, з превалюванням фінансування медичної допомоги вторинного рівня (табл. 2).

Таблиця 2

Схеми розподілу коштів у медичній галузі

| 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 (в т.ч. можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат); управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добір персоналу, вдосконалення методів його оплати, мотивація професійного розвитку); управлінні матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо); у визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності та застосуванні їх при плануванні подальшої діяльності й оплаті праці персоналу^{72,73}.

- 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 здійснювати підприємницьку діяльність, в залежності від попиту ринку медичних послуг (в межах законодавства України).

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.

⁷² 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/index.asp?p=activity&s=4>

⁷³ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С.28–35.

– можливості (на відміну від суб'єктів, які мають статус бюджетних установ) під гарантії органу управління отримувати кредити під заходи, пов'язані з виконанням державного замовлення⁷⁴.

– реалізації на практиці принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що асоціюється з переходом до оплати діяльності постачальників медичних послуг в залежності від результатів їх роботи. Вона має бути спрямована на максимально можливе врахування потреб, прав та інтересів пацієнтів як споживачів медичних послуг⁷⁵.

– створення умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг в системі охорони громадського здоров'я, що потенційно може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів в системі⁷⁶.

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 сектора, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю або реорганізації навіть неефективного медичного закладу, в тому числі за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів;
- погіршення умов роботи медичних закладів, оскільки високою є ймовірність того, що самостійність постачальників медичних послуг призведе до ще більшої комерціалізації діяльності медичних закладів, масового вивільнення персоналу⁷⁷.

Враховуючи вищенаведене, *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 медичних закладів) доцільно розглянути на заключному етапі структурної перебудови галузі в країні в цілому, враховуючи при цьому результати апробації механізмів перетворення медичних закладів на державні/комунальні некомерційні підприємства в пілотних регіонах⁷⁸.

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 шляхом стратегічних контрактних закупівель⁷⁹.

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.

⁷⁴ Там само

⁷⁵ Там само

⁷⁶ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 29–30.

⁷⁷ О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса / И.М.Шейман, С.В.Шишкин. Внештатные эксперты ВОЗ, март 2009г.

⁷⁸ Там само

⁷⁹ 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/index.asp?p=activity&s=4>

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 використання 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. В подальшому це дозволить перейти до відшкодування витрат закладів охорони здоров'я в залежності від обсягу та якості наданих послуг⁸⁰.

Слід зазначити, що деякі з наведених механізмів фінансово-економічної складової реформування вже довели свою ефективність в ході реалізації пілотних проектів в Харківській, Полтавській, Житомирській областях^{81, 82, 83}. З метою виявлення потенційних ризиків та визначення кола заходів, спрямованих на їх нейтралізацію, до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні вони будуть додатково апробовані в ході пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та 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 галузі 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, але й негативно впливає на якість надання медичної допомоги. Натомість світова практика організації охорони здоров'я вказує на чітке розмежування лікувально-профілактичних закладів за рівнями надання медичної допомоги. Це дає змогу більш раціонально використовувати ресурси шляхом скорочення числа госпіталізації на високі рівні та підняття 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.

а) Формування первинного рівня медичної допомоги (про який йшлося вище)

б) Формування вторинного рівня медичної допомоги повинне передбачати об'єднання мережі медичних закладів (поліклінік і стаціонарів), які надаватимуть

⁸⁰ Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я Київ – 2011. – С.5–7.

⁸¹ Рудий В.М. Узагальнення досвіду реформування системи охорони здоров'я в Харківській області: досягнення і проблеми. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.eu-shc.com.ua/.../6_Kh%20Experience_Summ%20Report_VR_...

⁸² Методика економіко-статистического анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений, расчета себестоимости медицинских услуг “cost accounting”. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.eu-shc.com.ua/.../8_CostAcc%20-%20medodology.pdf

⁸³ 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.pdf

лікарську медичну допомогу, у випадку виникнення потреби у спеціалізованих методах діагностики, лікування, реабілітації і використання складних медичних технологій.

При цьому обсяги вторинної медичної допомоги повинні 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 допомоги⁸⁴

Визначальне місце на вторинному рівні медичної допомоги повинні 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 світу складають близько 90 % всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше, ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік⁸⁵.

в) *Створення госпітальних округів* повинне передбачати об'єднання медичних закладів декількох сільських районів, або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг⁸⁶.

Структура госпітального округу повинна 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. Останні потрібно ввести до складу госпітального округу. Їх потужність та кількість підстанцій формувати таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості (при наявності комунікацій в належному стані)⁸⁷.

г) *Формування третинного рівня медичної допомоги* повинне здійснюватись обласними лікарнями та клініками НДІ, які надають високоспеціалізовану та високотехнологічну медичну допомогу. Може бути також передбачене створення університетських клінік шляхом об'єднання вищенаведених закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства.

Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в обласних лікарнях та університетських клініках повинне здійснюватися за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ – за направленнями обласних

⁸⁴ Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 28–43.

⁸⁵ Там само

⁸⁶ Там само

⁸⁷ Там само

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 складовими цього процесу є об'єктивна (забезпечення якості лікування) і суб'єктивна (забезпечення задоволення потреб пацієнтів щодо медичного обслуговування) складові. Вирішення питань підвищення якості медичної допомоги повинне 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 шляхом:

- 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 складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

Забезпечення підвищення якості медичної допомоги може бути здійснене шляхом:

- посилення ролі Громадської ради МОЗ України через 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;
- запровадження формулярної системи лікарських засобів та розробленої МОЗ України методики її моніторингу та оцінки якості;
- забезпечення 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;
- запровадження системи диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та системи 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.
- створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у тому числі за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які застосовуються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю якості.
- посилення мотиваційних механізмів підвищення якості надання послуг, зокрема: посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу 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 складовими процесу реформування СОЗ є поліпшення кадрового забезпечення медичної галузі та покращення соціального захисту медичних працівників.

Вдосконалення системи кадрового забезпечення потребує наступних заходів:

- запровадження системи прогнозування потреби у спеціалістах. Прогнозування має здійснюватись на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у

відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень галузі, 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 з студентами, що навчаються за державним замовленням, з тим, 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 рік 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 галузі потребують наступних 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;
- запровадження 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 наукової 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 та організацію надання медичної допомоги співробітникам;
- розроблення та законодавче закріплення системи доплати до посадового окладу лікарям дільничної мережі, швидкої та невідкладної медичної допомоги у розмірі 100 % від посадового окладу, а також надбавки за тривалу безперервну роботу усім медичним працівникам⁸⁸;
- 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 системи охорони здоров'я та медичної допомоги співробітникам медичної галузі, яка б забезпечувала доступність медичної допомоги працівникам охорони здоров'я та їхнім найближчим родичам.

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

⁸⁸ Проект концепції розвитку охорони здоров'я в місті Києві [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.kmr.gov.ua/getdoc.asp?Id=956

Вирішення вищенаведених завдань реформування сфери охорони здоров'я неможливе без подальшого вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність до норм і принципів міжнародного права, чіткої і скоординованої взаємодії усіх гілок влади.

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

1. Покращення діяльності сфери охорони здоров'я:

- визначення базового пакету надання медичних послуг, гарантованих державою, що в подальшому стане базовим 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 і 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 випадків⁸⁹;
- сприяння реалізації інвестиційних проектів 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 внутрішньо узгоджену систему. Тобто створення базового документу – Кодексу законів України про охорону здоров'я (Медичного кодексу України), який зможе комплексно врегулювати всі аспекти охорони здоров'я, в тому числі і надання медичної допомоги⁹⁰.

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 та складова сфери охорони здоров'я, яка при будь-яких сценаріях розбудови медичної галузі в Україні повинна залишитися на рівні державного фінансування. Адже вона стосується важливих для суспільства питань,

⁸⁹ Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М.Ціборовський, С.В.Істомін, В.М.Сорока. – К., 2011. – С.54-61.

⁹⁰ Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М.Ціборовський, С.В.Істомін, В.М.Сорока. – К., 2011. – С.62.

без забезпечення 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;
- міжгалузева співпраця у напрямку збереження здоров'я населення;
- кадрова політика.

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

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

- розроблення програм міжгалузевої 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 соціальних програм: побудови та фінансування хоспісів, фінансування протитуберкульозних 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 показали 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 профілактичної складової вітчизняної сфери охорони здоров'я:

- реалізація програми підвищення пріоритетності розвитку сімейної медицини як ключової ланки профілактичної медицини;
- спільно з Міністерством освіти і науки, молоді та спорту розроблення програми щодо формування здорового способу життя, розвитку фізичної культури та спорту;
- забезпечення 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;
- впровадження в медичних закладах автоматизованої інформаційної системи медичного документообігу.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

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

Чинники нинішнього незадовільного стану вітчизняної СОЗ лежать в площині як галузевих, так і позагалузевих проблем. Тому вироблення стратегії та проведення реформування медичної галузі має спиратись на комплексний міжгалузевий підхід.

Виходячи з вищенаведеного, для покращення діяльності вітчизняної сфери охорони здоров'я необхідна реалізація наступних 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 базовим для запровадження медичного страхування, а саме внести поправку в статтю 49 Конституції України, а саме частини 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'я⁹¹.

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, виходячи з наявного обсягу фінансування створити проблемну комісію з економістів, фінансистів, юристів, медиків тощо для обрахунку вартості послуг з охорони здоров'я.

– Запровадити механізми інноваційного фінансування СОЗ шляхом, зокрема, введення механізму 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, яка б оцінювала 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.

⁹¹ Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М.Ціборовський, С.В.Істомін, В.М.Сорока. – К., 2011. – С.62.

– З метою стимулювання застосування системи офіційних співоплат населення в процесі медичного обслуговування встановити пільги з оподаткування прибутковим податком для тих, хто користується приватними медичними послугами⁹².

– 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 у царині охорони здоров'я 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.

– Створити програму безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у тому числі за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які застосовуються на різних рівнях СОЗ, удосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого контролю якості.

– Посилити мотиваційні механізми підвищення якості надання послуг, зокрема: посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, в першу чергу 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 у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

⁹² Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К. : Сфера, 2005. – С.167.

– 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, які показали 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 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.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 3 |
| I. СУЧАСНИЙ СТАН СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ | 5 |
| 1.1. Стан сфери охорони здоров'я в Україні..... | 5 |
| 1.2. Наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні | 7 |
| 1.2.1. Фінансово-економічні механізми | 7 |
| 1.2.2. Організаційно-управлінські механізми | 11 |
| 1.2.3. Нормативно-правові механізми..... | 13 |
| 1.2.4. Проблеми громадської охорони здоров'я | 16 |
| II. ШЛЯХИ ТА ЦІЛІ СУЧАСНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ У ВІТЧИЗНЯНІЙ СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... | 18 |
| 2.1. Перші здобутки реформування сфери охорони здоров'я | 18 |
| Основними причинами цього, на нашу думку, є:..... | 18 |
| – заполітизованість питання реформування охорони здоров'я (кожна політична сила в Україні приходила до влади зі своєю стратегією реформування);..... | 18 |
| – відсутність спадкоємності й послідовності в реалізації реформ;..... | 18 |
| – відсутність єдиної політичної волі щодо напрямку шляхів реформування. | 18 |
| В переважній більшості реформи залишались на рівні політичних гасел, позитивний досвід не поширювався, що не сприяло покращенню діяльності сфери охорони здоров'я і збереженню здоров'я нації. | 18 |
| 2.2. Очікувані результати та можливі ризики | 21 |
| III. НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... | 24 |
| 3.1. Фінансово-економічні механізми реформування сфери охорони здоров'я | 24 |
| 3.2. Організаційно-управлінські механізми реформування сфери охорони здоров'я | 28 |
| 3.2.1. Вдосконалення структурної організації сфери охорони здоров'я..... | 28 |
| 3.2.2. Підвищення якості послуг з охорони здоров'я:..... | 30 |
| 3.2.3. Вдосконалення системи кадрового забезпечення СОЗ та покращення соціального захисту медичних працівників..... | 30 |
| 3.3. Нормативно-правові механізми реформування сфери охорони здоров'я..... | 31 |
| 3.4. Оптимізація діяльності охорони громадського здоров'я | 32 |
| ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ | 34 |