

Системы здравоохранения: время перемен

Том 12 № 8 2010

Украина

Обзор системы здравоохранения

Валерия Лехан • Владимир Рудый
Эрика Ричардсон

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Ответственными за подготовку настоящего обзора являются Эрика Ричардсон (редактор) и Мартин Мак-Ки (редактор серии)

Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

Редакторы серии

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Университет Торонто, Канада

Мэтью Гаскинс, Берлинский технический университет, Германия

Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Иваут ван Гиннекен, Берлинский технический университет, Германия

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Глобальный фонд, Швейцария

Йохан Каллторп, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Земмельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Республика Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, ВОЗ

Эллен Нолте, Корпорация Rand, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Уайнанд П.М.М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

*Валерия Лехан, Днепропетровская государственная
медицинская академия*

*Владимир Рудый, Комитет Верховной рады Украины
по вопросам здравоохранения*

*Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам
и политике здравоохранения*

Украина:

Обзор системы здравоохранения
2010



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление УКРАИНА

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.,
от имени Европейской обсерватории по системам
и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по
системам и политике здравоохранения охотно удовле-
творяет запросы о разрешении на перепечатку или
перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять
по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию
по вопросам здравоохранения или разрешение
на цитирование или перевод можно заполнить
в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро
(<http://www.euro.who.int/en/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации,
и приводимые в ней материалы не отражают какого
бы то ни было мнения Европейской обсерватории по
системам и политике здравоохранения относительно
правового статуса той или иной страны, территории,
города или района или их органов власти или относи-
тельно делимитации их границ. Пунктирные линии на
географических картах обозначают приблизительные

границы, относительно которых полное согласие пока
не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов
отдельных изготовителей не означает, что Европей-
ская обсерватория по системам и политике здраво-
охранения поддерживает или рекомендует их, отда-
вая им предпочтение по сравнению с другими компа-
ниями или продуктами аналогичного характера,
не упомянутыми в тексте. За исключением случаев,
когда имеют место ошибки и пропуски, названия
патентованных продуктов выделяются начальными
прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения приняла все разумные меры предо-
сторожности для проверки информации, содержащей-
ся в настоящей публикации. Тем не менее опублико-
ванные материалы распространяются без какой-либо
явно выраженной или подразумеваемой гарантии их
правильности. Ответственность за интерпретацию и
использование материалов ложится на пользователей.
Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения ни при каких обстоятельствах не не-
сет ответственности за ущерб, связанный с использо-
ванием этих материалов. Мнения, выраженные в дан-
ной публикации авторами, редакторами или группами
экспертов, необязательно отражают решения или
официальную политику Европейской обсерватории по
системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Lekhan V, Rudiy V, Richardson E. Ukraine: Health system review.
Health Systems in Transition, 2010; 12(8):1–183.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vi
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	3
1.3 Политика	7
1.4 Состояние здоровья населения	10
2. Организационная структура	19
2.1 Обзор системы здравоохранения	19
2.2 Историческая справка	20
2.3 Организационная структура	26
2.4 Децентрализация и централизация	28
2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	31
3. Финансирование	35
3.1 Расходы на здравоохранение	37
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание	46
3.3 Сбор и источники финансовых средств	50
3.4 Объединение финансовых ресурсов	66
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	72
3.6 Механизмы оплаты	74
4. Планирование и регулирование	89
4.1 Регулирование	89
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	93

5. Материальные и трудовые ресурсы	97
5.1 Материальные ресурсы	97
5.2 Трудовые ресурсы	114
6. Предоставление медицинских услуг	135
6.1 Общественное здравоохранение	135
6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	145
6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь	147
6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь	150
6.5 Скорая медицинская помощь	157
6.6 Медикоментозная помощь	160
6.7 Реабилитационная помощь	163
6.8 Долговременная помощь	168
6.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными	170
6.10 Паллиативная помощь	170
6.11 Охрана психического здоровья	173
6.12 Стоматологическая помощь	176
6.13 Дополнительная и альтернативная медицина	178
6.14 Медицинское обслуживание отдельных групп населения	180
7. Основные реформы в области здравоохранения	181
7.1 Анализ последних реформ	181
7.2 Перспективы развития	187
8. Оценка системы здравоохранения	195
8.1 Задачи системы здравоохранения	195
8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения	197
8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения	201
8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения	204
8.5 Качество медицинской помощи	204
8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения	206
9. Заключение	209
10. Приложения	213
10.1 Библиография	213
10.2 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	220
10.3 Проверка и рецензирование обзоров	223
10.4 Сведения об авторах	224

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те направления, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа политики развития системы здравоохранения.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы сочли уместными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: <http://www.healthobservatory.eu>

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Украине подготовили Валерия Лехан (Днепропетровская государственная медицинская академия), Владимир Рудый (Комитет Верховной рады Украины по вопросам здравоохранения) и Эрика Ричардсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редактором обзора является Эрика Ричардсон, а научным руководителем, ответственным за его подготовку, – Мартин Мак-Ки.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает глубокую признательность Паоло Белли (Всемирный банк), Андрею Гуку (Общественный совет при Министерстве здравоохранения Украины) и Марии Телишевской (Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого) за критический анализ этого обзора и большой вклад в его составление.

Авторы хотели бы также поблагодарить всех, кто оказал помощь в подготовке обзора. Слова особой благодарности авторы адресуют Нине Саутенковой из Европейского регионального бюро ВОЗ и сотрудникам странового офиса ВОЗ в Киеве за их поддержку, ценные замечания и предложения и предоставленную информацию. При этом никто из указанных лиц и организаций не несет ответственности за авторскую интерпретацию материала и какие бы то ни было ошибки, которые могут в нем содержаться.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Евро-

пейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Джонатана Норта при поддержке Софи Ричмонд (техническое редактирование) и Пэт Хинсли (верстка). Административными вопросами занималась Кэролайн Уайт.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития – за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения характеризуют ситуацию, сложившуюся в Украине к маю 2010 года.

Список сокращений

GLP	Надлежащая лабораторная практика
GMP	Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств
HALE	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
АКДС	Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АР	Автономная республика
АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕС	Европейский союз
ИВК	Индекс восприятия коррупции
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КПУз	Число кариозных, пломбированных или удаленных зубов
КЭК	Клинико-экспертные комиссии
МВФ	Международный валютный фонд
МОТ	Международная организация труда
НАТО	Североатлантический союз
НПО	Неправительственная организация
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
СНГ	Содружество Независимых Государств
ТРИПС	Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ШОЗ	Школа охраны здоровья
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1990–2009 гг.	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990–2009 гг.	4
Таблица 1.3	Смертность и ожидаемая продолжительность жизни, 1990–2006 гг.	11
Таблица 1.4	Смертность по причинам смерти, на 100 000 населения, для всех возрастных групп, 1990–2006 гг.	12
Таблица 1.5	Материнская и детская смертность и показатели состояния репродуктивного здоровья, 1990–2008 гг.	13
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1999–2008 гг.	39
Таблица 3.2	Государственные расходы на здравоохранение по основным направлениям расходования (в % общих расходов на здравоохранение, 2003, 2004 и 2008 гг.)	45
Таблица 3.3	Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования в Украине (в %), 2003–2008 гг.	51
Таблица 3.4	Объем и структура частных расходов граждан на медицинскую и медикаментозную помощь, 2004 г.	55
Таблица 3.5	Деятельность больничных касс в 1999–2006 и в 2009 гг.	61
Таблица 3.6	Деятельность больничных касс в различных регионах Украины, 2009 г.	62
Таблица 3.7	Распределение средств государственного бюджета, 2008 г.	67
Таблица 3.8	Распределение государственных расходов на здравоохранение по уровням бюджетной системы, 2004 г.	71
Таблица 5.1	Обеспеченность койками, 1990–2008 гг.	97
Таблица 5.2	Преобразование сети амбулаторных учреждений, 1991–2008 гг.	101
Таблица 5.3	Преобразование сети стационарных учреждений, 1991–2008 гг.	101
Таблица 5.4	Обеспеченность медицинским персоналом (на 1000 населения), 1990–2008 гг.	116
Таблица 5.5	Подготовка медицинских кадров, 2006/2007 учебный год	125
Таблица 6.1	Использование коечного фонда, 1990–2008 гг.	154
Таблица 6.2	Развитие системы дневных стационаров, 1991–2008 гг.	156
Таблица 8.1	Частота откладывания обращений, своевременного потребления и отказа от получения медицинской помощи, 2006 г.	199
Таблица 8.2	Предотвратимая смертность населения Украины в возрасте 25–64 лет в 1989, 1995 и 2006 гг. (на 100 000 населения)	207

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Украины	2
Рис. 1.2	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний имеющийся год	15
Рис. 2.1	Структура системы здравоохранения	21
Рис. 3.1	Схема финансирования системы здравоохранения	36
Рис. 3.2	Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ, 2005 г.	40
Рис. 3.3	Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, 2005 г.	41
Рис. 3.4	Расходы на здравоохранение (в % ВВП), Украина и некоторые другие страны, 1998–2005 гг.	42
Рис. 3.5	Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение (%) в странах Европейского региона ВОЗ, 2005 г.	44
Рис. 3.6	Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2008 г.	50
Рис. 5.1	Обеспеченность койками в больницах краткосрочного лечения (на 1000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	99
Рис. 5.2	Средние розничные цены на изделия фармацевтической промышленности, 2006–2008 гг.	112
Рис. 5.3	Обеспеченность врачами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	117
Рис. 5.4	Динамика обеспеченности населения семейными врачами и врачами общей практики, 1997–2008 гг.	118
Рис. 5.5	Обеспеченность медицинскими сестрами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	120
Рис. 5.6	Обеспеченность стоматологами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	121
Рис. 5.7	Обеспеченность фармацевтами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год	123
Рис. 6.1	Число амбулаторных посещений на человека в год, Украина и некоторые другие страны Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний имеющийся год	151

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процесс, содержание и реализация стратегии улучшения состояния здоровья населения и развития системы здравоохранения; а также освещаются наиболее важные проблемы и направления, требующие более глубокого изучения.

На фоне остальных изменений в жизни страны, которая развивается на основе принципов рыночной экономики, система здравоохранения Украины сохранила все базовые черты советской системы Семашко. Главным отличием украинского здравоохранения от классической советской модели является переход от централизованного финансирования к крайней степени его децентрализации. Функционально медицинские учреждения теперь подчинены Министерству здравоохранения, но в управленческом и финансовом отношении подотчетны областным и местным органам самоуправления, что ограничило возможности реализации политики здравоохранения и привело к раздробленности его финансирования.

По сравнению с расходами по странам региона, расходы на здравоохранение в Украине относительно не высоки, и с середины 1990-х гг. расходы сектора, исчисляемые в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), практически не увеличивались. Объем этих расходов не позволяет обеспечить конституционные гарантии неограниченного доступа населения к медицинской помощи. И хотя различные страховые схемы (например, больничные кассы) играют все большую роль, на до-

лю личных расходов граждан на медицинскую помощь приходится 37,4% общих расходов на здравоохранение.

Поэтому главными проблемами украинского здравоохранения остаются неэффективная защита населения от риска катастрофических расходов в случае болезни и структурная неэффективность системы здравоохранения, обусловленная неэффективной системой ее финансирования. О недостатках системы здравоохранения Украины красноречиво свидетельствует рост показателей предотвратимой смертности. Заведший страну в тупик политический кризис усложнил процесс реализации реформ здравоохранения, и разработчикам политического курса стало чрезвычайно трудно преодолевать недоверие и накопившуюся усталость народа перед лицом необходимых, но пока так и не реализованных преобразований.

Основные положения

Введение

Украина является второй по величине страной Европы. В 2009 г. ее население составляло 46 млн человек, что на 12% меньше, чем в 1991 г., когда страна обрела независимость от СССР. Тяжелая и обрабатывающая промышленность сконцентрирована в основном на юге и востоке, а на западе больше развито сельское хозяйство. Этим географическим разделением обусловлен и некоторый политический раскол в стране: жители западных регионов более активно поддерживают политиков, выступающих за вступление Украины в Европейский союз и НАТО, в то время как в южных и восточных областях, где проживает большая часть русскоязычного населения, поддержкой пользуются кандидаты, которые стремятся наладить более тесные связи с Россией.

Быстрый переход на рыночные рельсы и гиперинфляция, последовавшие за обретением страной независимости, вызвали в Украине тяжелейшие социально-экономические потрясения, и несмотря на то, что начиная с 2000 г. в экономике страны наступил период некоторой стабилизации, а с 2003–2004 и 2006–2007 гг. – период роста, глобальный экономический спад очень тяжело ударил по украинской экономике, вследствие чего страна была вынуждена обратиться за помощью в МВФ и Всемирный банк. Одной из причин «оранжевой революции» 2004 г. было недовольство людей экономической ситуацией в стране и ее политическим устройством. Однако правительство, пришедшее к власти после «оранжевой революции», оказалось не в состоянии преодолеть внутренние противоречия, чтобы обеспечить долговременные улучшения в украинской экономике.

Несмотря на то что общие показатели состояния здоровья населения Украины после обретения независимости ухудшились, начиная с середины 1990-х гг. в этой сфере наблюдаются некоторые улучшения. Показатели материнской и младенческой смертности неуклонно снижаются, снижается также и уровень рождаемости. Смертность остается на достаточно высоком уровне, при этом главной причиной смертности яв-

ляются сердечно-сосудистые заболевания: на их долю приходится более 60% общей смертности. Предметом серьезной озабоченности являются также инфекционные болезни: по оценкам экспертов, 1,6% населения страны больны ВИЧ/СПИД и 1,4% – туберкулезом.

Организационная структура

В 1991 г. Украина унаследовала от СССР чрезвычайно разветвленную и жестко централизованную систему здравоохранения Семашко, которую после обретения независимости и последовавшим за этим экономическим спадом страна оказалась не в состоянии поддерживать. Система здравоохранения была в значительной степени децентрализована, но в остальном реформы ее практически не коснулись. Децентрализация подразумевала деконцентрацию функциональных и управленческих полномочий на региональном и субрегиональном уровнях. Областные и местные управления здравоохранением отвечают за деятельность медицинских учреждений на подведомственных территориях и функционально подчиняются Минздраву, но в управленческом и финансовом отношении подотчетны областным и местным органам самоуправления. Лишь Государственная санитарно-эпидемиологическая служба и Государственная инспекция по контролю качества лекарственных средств, каждая из которых имеет собственную сеть учреждений на разных уровнях управления, пока остаются полностью централизованными структурами и вертикально подчинены Минздраву. Таким образом, несмотря на то, что формально Минздрав возглавляет деятельность по разработке политики здравоохранения в стране, практическая реализация этой политики сопряжена с определенными трудностями.

Финансирование

По сравнению с расходами по странам региона расходы на здравоохранение в Украине относительно невысоки, и с середины 1990-х гг. расходы сектора, исчисляемые в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), практически не увеличивались. В 2007 г. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в стране составила 55,7% (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). Львиная доля государственных расходов на здравоохране-

ние идет на финансирование стационарной медицинской помощи, и лишь относительно малая их часть (13%) – на амбулаторную помощь. Частные расходы на здравоохранение складываются преимущественно из личных расходов населения на оплату медицинских услуг, которые из-за высоких цен на лекарства довольно высоки: как правило, пациенты покупают лекарства по их полной стоимости. Официально всем гражданам Украины гарантировано конституционное право на бесплатное медицинское обслуживание; тем не менее так называемые добровольные пожертвования взимаются в украинской системе здравоохранения практически повсеместно. Правительство пытается ввести весьма ограниченный набор бесплатных медицинских услуг, но на практике решение этого вопроса фактически отдано на усмотрение конкретных медучреждений, которые сами должны определять, какие услуги должны финансироваться из бюджета, а какие население будет оплачивать из своего кармана. Такой подход лишает систему прозрачности и, соответственно, способствует росту неформальных платежей за медицинские услуги. Здравоохранение в основном финансируется из бюджета, формирующегося за счет налоговых поступлений (налогов на добавленную стоимость, на доходы от предпринимательской деятельности, на доходы от внешнеторговой деятельности и акцизных сборов). На долю личного подоходного налога приходится лишь небольшая часть доходов бюджета. Значительная часть общих расходов на здравоохранение приходится на личные расходы населения; кроме того, в стране действуют ограниченные схемы ДМС. Финансовые средства консолидируются на национальном и местном уровнях, поскольку органы местного самоуправления имеют право распоряжаться частью налоговых поступлений, собираемых на подведомственных территориях. В целях выравнивания доходов местных бюджетов в стране действует механизм межбюджетных трансфертов, которые производятся в целях пополнения казны менее благополучных в финансовом отношении регионов, где органы местной власти не в состоянии собрать достаточного объема поступлений в бюджет. За исключением пары пилотных проектов в небольших сельских районах, распределение средств и оплата осуществляются на основе постатейных бюджетов, т. е. так же, как было в советской системе Семашко. Это означает, что финансирование осуществляется в зависимости от мощности и численности медицинского персонала конкретного медицинского учреждения и не зависит от объема или качества предоставляемых услуг.

Планирование, регулирование и управление

Минздрав играет ключевую роль в вопросах регулирования деятельности украинской системы здравоохранения на общенациональном, областном и районном уровнях. Минздрав отвечает за аккредитацию всех учреждений здравоохранения вне зависимости от формы собственности, однако аккредитация является скорее формальной процедурой, чем инструментом для повышения качества медицинской помощи. Предпринимаются также некоторые усилия в области стандартизации – ведется разработка клинических руководств и протоколов, но они, как правило, не базируются на принципах доказательной медицины, а мониторингом их соблюдения никто не занимается. С 2007 г. деятельность по повышению качества медицинской помощи стала более систематической; есть даже отдельный департамент, который занимается оценкой качества услуг здравоохранения.

Поскольку медицинские учреждения принадлежат не Минздраву, а органам местного самоуправления, то управление в системе децентрализовано, что препятствует выполнению планов, разрабатываемых на общенациональном уровне. В стране отсутствует орган централизованного планирования в сфере здравоохранения. Подходы к планированию с советских времен практически не изменились. Действующие в настоящее время механизмы не отражают реальных потребностей населения в услугах здравоохранения и не учитывают региональных особенностей оказания медицинской помощи. Практически отсутствуют стимулы для рационального использования ресурсов и контроля затрат медучреждений, основными источниками финансирования которых являются государственный бюджет и личные средства граждан.

Материальные и трудовые ресурсы

Несмотря на резкое сокращение числа больничных коек в 1997–1998 гг., обусловленное тяжелым экономическим кризисом, Украина обладает достаточно развитой инфраструктурой здравоохранения. В Украине отсутствует регулярная система мониторинга технической эксплуатации медицинских учреждений и тех условий, в которых производится оказание медицинской помощи, но в результате проверок Государственной санитарно-эпидемиологической службы было выявлено, что в 2007 г. лишь 29,6% медицинских учреждений было подключено к водопроводу

и только 21,1% – к канализационной сети. Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия чаще всего наблюдаются в сельской местности. Отсутствие систематического механизма улучшения условий содержания медицинских учреждений и минимальное финансирование капитальных затрат в государственной системе здравоохранения – вот две основные причины, по которым в стране отсутствует перспективное планирование в области развития (строительства и реконструкции) медицинских учреждений. Кроме того, украинская система здравоохранения постоянно испытывает колоссальные трудности с поставками и техническим обслуживанием существующего технологического оборудования.

Начиная с 1990 г. постепенно растет обеспеченность населения медицинскими кадрами, но это не отражает роста численности медицинских работников, а объясняется более быстрым снижением численности населения по сравнению со снижением численности врачей. При этом происходит старение работающих медиков, поскольку молодые выпускники предпочитают работать вне государственной системы здравоохранения или ищут работу за границей. Основной дефицит кадров наблюдается в сельской местности и в первичном звене, где очень высока текучесть кадров. Численность медсестер падает еще быстрее, что обусловлено низкими заработками, падением престижа этой профессии и ограниченностью возможностей профессионального роста. Такая тенденция наблюдается во всех странах СНГ, в отличие от стран Евросоюза, где ситуация как раз обратная.

Предоставление медицинских услуг

Первичную медико-санитарную помощь населению (ПМСП) в Украине традиционно оказывают районные терапевты и педиатры, работающие в государственных поликлиниках. В 2000 г. начался переход на новую модель оказания ПМСП, в основе которой лежат принципы семейной медицины. Семейные врачи и врачи общей практики составляют треть (32,9%) всех врачей первичного звена. Они работают в семейных поликлиниках или в соответствующих отделениях обычных участковых поликлиник; преобладающее большинство (70%) учреждений, где работают семейные врачи и врачи общей практики, находится в сельской местности.

Система оказания стационарной помощи организована по иерархическому принципу и имеет три уровня. Самый нижний из них представ-

лен небольшими сельскими больницами, которые оснащены лишь базовым оборудованием. Второй, средний уровень этой иерархии является настоящей опорой системы. Вторичную стационарную помощь населению оказывают в центральных районных и муниципальных многопрофильных больницах, а также в детских больницах, городских специализированных клиниках (диспансерах) и специализированных больницах, которые относятся к соответствующему административному уровню. К третьему, высшему уровню иерархии относится специализированная помощь, оказываемая в региональных или межрегиональных учреждениях: областных больницах, диагностических центрах и специализированных клиниках, а также в специализированных клинических и диагностических центрах при национальных научно-исследовательских институтах Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук Украины. Изначально они были задуманы как учреждения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим наиболее тяжелыми и осложненными заболеваниями, но в настоящее время границы между вторичным и третичным уровнями оказания медицинской помощи оказались несколько размыты.

Реформы здравоохранения

В отличие от остальных сфер жизни страны, развивающейся на основе принципов рыночной экономики, система здравоохранения Украины сохранила все ключевые особенности, присущие системе Семашко. Переход от централизованного финансирования к крайней форме его децентрализации является сейчас главным отличием украинского здравоохранения от классической советской модели. Никаких фундаментальных реформ после обретения страной независимости не произошло, но в секторе здравоохранения было инициировано, а зачастую даже реализовано немало преобразований; правда, большинство из них было ориентировано не на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, а скорее на решение проблем самого сектора здравоохранения. В целях мобилизации дополнительных ресурсов были введены платные медицинские услуги; начали создаваться больничные кассы и программы ДМС. В условиях жесточайшего дефицита финансовых ресурсов в целях сокращения государственных расходов на здравоохранение почти на треть был сокращен коечный фонд больниц. Была создана соответствующая нормативно-правовая база и приняты

меры по реализации реформы организационной структуры сектора здравоохранения, в том числе переориентация системы преимущественно на ее первичное звено и введение института семейной медицины. Кроме того, были введены специальные гарантии качества медицинских услуг (лицензирование медицинской деятельности, аккредитация медицинских учреждений, стандартизация клинической практики).

Оценка системы здравоохранения

Несмотря на перемены, происшедшие после обретения независимости, ключевыми проблемами украинского здравоохранения по-прежнему остаются неэффективная защита населения от рисков катастрофических расходов на медицинскую помощь в случае болезни и структурная неэффективность, обусловленная неэффективной системой финансирования отрасли. О недостатках системы здравоохранения Украины красноречиво свидетельствует рост показателей предотвратимой смертности. Политический кризис, заведший страну в тупик, усложнил процесс реализации реформ здравоохранения, и руководителям стало чрезвычайно трудно преодолевать недоверие и накопившуюся усталость народа перед лицом необходимых, но пока так и не реализованных преобразований.

1 Введение

1.1 География и социодемография

Украина является второй по величине страной Европы и по своему стратегически выгодному географическому расположению находится на перекрестке путей между Европой и Азией. Граничит с Беларусью на северо-западе, с Российской Федерацией на северо-востоке, с Республикой Молдова, Румынией и Венгрией на юго-западе и со Словакией и Польшей на западе (см. рис. 1.1). С юга омывается Черным и Азовским морями. Климат преимущественно умеренно континентальный, на южном побережье Крыма – субтропический.

Административно Украина поделена на 27 регионов: в ее состав входят Автономная республика Крым (далее – АР Крым), 24 области и два города, имеющие специальный статус, – Киев и Севастополь; 67% населения проживает в городах. Восточные регионы страны преимущественно урбанизированы. Тяжелая и обрабатывающая промышленность сконцентрирована на юге и востоке страны, на западе более развито сельское хозяйство.

По данным переписи 2001 г., в стране проживали представители свыше 130 национальностей и этнических групп. Основными этническими группами являются украинцы (78%) и русские (17%). После переписи число украинцев увеличилось на 0,3%, а их доля среди всех групп населения Украины возросла на 5,1%. В стране также представлено много различных религиозных конфессий. Свобода вероисповедания и относительная толерантность позволяют сосуществовать как разным религиям, так и атеизму. Среди верующих преобладают христиане: Украинская православная церковь на севере, востоке и в центральных регионах страны (Московская и Киевская патриархии, Автокефальная церковь) и Украинская католическая на западе (Греко-католическая и Униатская церкви). Официальный язык – украинский; в стране говорят также на русском, румынском, польском и венгерском языках. Нынешняя демо-

Рис. 1.1. Карта Украины



Источник: United Nations, 2008.

графическая ситуация в стране очень непростая (см. табл. 1.1). Численность населения составляет 46 миллионов человек, но с середины 1990-х гг. неуклонно падает. Особенно резкая убыль населения наблюдалась в период с 1995 по 2000 г. (на 0,9% ежегодно). В последнее время ежегодная убыль населения составляет 0,6%. После обретения страной независимости население Украины уменьшилось на 5,8 млн человек, или на 11%. Плотность населения с 1990 г. снизилась на 12% и в настоящее время составляет 76 человек на кв. км. Кроме того, население страны быстро стареет.

Уровень рождаемости низок и в 2008 г. составлял 11 живорожденных на 1000 населения. За период с 1990 по 1999 г. этот показатель упал на 38% и своего низшего уровня достиг в 2000 г. (7,8 на 1000 населения). Между 2000 и 2008 гг. рождаемость несколько возросла, и коэффициент фертильности повысился с 1,1 до 1,5 родов на одну женщину, однако это не компенсирует высокого уровня смертности (см. ниже). Демографы объясняют такое увеличение рождаемости достижением активного ре-

Таблица 1.1

Демографические показатели, 1990–2009 гг.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Общая численность населения, млн человек	51,8	51,7	49,4	47,3	46,9	46,6	46,2	46,0
% женского населения	53,8	53,6	53,5	53,8	53,8	53,9	53,9	53,9
% населения в возрасте 0–14 лет	21,5	20,5	17,9	14,8	14,5	14,2	14,1	14,1
% населения в возрасте 65 и старше лет	12,0	13,6	13,9	15,9	16,2	16,4	16,2	15,9
Ежегодный прирост населения, %	–	0,0	–0,9	–0,9	–0,6	–0,6	–0,9	–0,4
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	86,0	86,0	82,0	78,0	77,0	77,0	77,0	76,0
Общий коэффициент фертильности (число родов на одну женщину)	1,8	1,4	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3	1,5
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения)	12,6	9,6	7,8	9,0	9,8	10,2	11,0	–
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	12,1	15,4	15,4	16,6	16,2	16,4	16,3	–
Коэффициент демографической нагрузки (число лиц в возрасте до 14 лет и в возрасте 65 лет и старше к числу лиц в возрасте 15–64 лет)	0,50	0,52	0,47	0,44	0,44	0,44	0,44	0,43
Распределение населения (% городского населения)	67,3	67,9	67,5	67,7	67,9	68,3	68,2	68,5
Доля домохозяйств, состоящих из одного человека, %	–	–	20,9	22,2	24,6	24,0	23,7	–
Уровень грамотности, % ^a	99,4	99,5	99,6	–	99,4	99,7	–	–

Источники: Державний комітет статистики України, 2010b; ^a Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

продуктивного возраста последней из многочисленных когорт женщин, рожденных в 1980-х гг.

1.2 Экономика

Украина считается страной с доходами ниже среднего уровня. После обретения независимости и перехода к рыночной экономике в Украине наступил глубокий экономический кризис. За период с 1989 по 1999 г. объем промышленного производства упал на 54%, а ВВП – на 59,2% (Åslund, 2005). В начале 2000-х гг. в стране были произведены некоторые экономические преобразования, и в 2004 г. рост ВВП подскочил до 12,1% (см. табл. 1.2). Однако средний размер заработной платы в 2004 г. составлял всего 111 долл. США в месяц. Недовольство людей экономической ситуацией в стране, а равно и ее политическим устройством послужили толчком к «оранжевой революции» в конце 2004 г. Это событие усилило социальные ожидания среди населения и увеличило государственные расходы на социальные нужды, чему еще больше способствовала непрекращающаяся череда парламентских выборов в марте 2006-го и ноябре 2007 г. Популистская социально-экономическая политика правительства и попытки пересмотра результатов приватизации обернулись резким падением темпов экономического роста с 12,1% в 2004 г. до 2,7% в 2005 г. В 2006 и 2007 гг. ВВП несколько стабилизиро-

Таблица 1.2
Макроэкономические показатели, 1990–2009 гг.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ВВП в текущих ценах, млн гривен	130 442	170 070	204 190	225 810	2673 44	345 113	441 452	544 153	720 731	949 964
ВВП по ППС, млн долл. США	148 637	160 838	179 866	192 531	215 117	248 073	263 007	291 100	322 441	336 355
ВВП на душу населения, в постоянных ценах, в гривнах	4044	4326	4772	5070	5592	6316	6534	7059	7662	7865
ВВП на душу населения по ППС в текущих ценах, долл. США	2992	3271	3695	3994	4499	5228	5583	6222	6933	7271
Годовой рост ВВП, %	-0,2	5,9	9,2	5,2	9,4	12,1	2,7	7,3	7,9	2,1
Коэффициент Джини	29,0	—	—	28,3	—	—	28,2	—	—	—
Добавленная стоимость в промышленности, % ВВП	38,5	36,3	34,7	34,5	34,6	35,9	32,3	36,1	36,7	36,9
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве, % ВВП	14,3	17,1	16,4	14,6	12,1	11,9	10,4	8,7	7,5	8,3
Добавленная стоимость в сфере услуг, % ВВП	47,2	46,6	48,9	50,8	53,3	52,2	57,3	55,2	55,8	54,8
Трудоспособное население, млн человек	22,9	23,0	23,1	23,1	23,0	23,0	23,2	23,1	23,3	—
Общий уровень безработицы (% рабочей силы)	11,6	11,6	10,9	9,6	9,1	8,6	7,2	6,8	—	—
Официальный обменный курс (гривна к долл. США, среднее за период)	4,1	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3	5,1	5,0	5,0	5,3
Реальная процентная ставка (%)	21,6	15,0	20,3	19,2	8,9	2,0	-6,7	0,3	-7,2	-9,0
Доля населения, живущего ниже национальной черты бедности (% всего населения)	—	31,5	—	—	19,5	—	—	—	—	—

Источник: World Bank, 2009.

вался, но это было отражением не роста объемов промышленного производства, а преимущественно роста цен на энергоносители и банковские кредиты, что обусловило взлет цен на товары и услуги.

В 2008 г. темпы роста украинской экономики упали до 2,3%. Поэтому, несмотря на высокие темпы роста ВВП в 2000-х гг., в 2008 г. ВВП Украины составлял лишь 74,1% от уровня 1990 г. Падение темпов роста ВВП сопровождалось высоким уровнем инфляции: 10,3% в 2005 г., 11,6% в 2006 г., 16,6% в 2007 г., 22,3% в 2008 г.; в 2009 г. этот показатель несколько снизился – до 15,0% (currency.in.ua, 2010). Эти проблемы в экономике и последствия мирового финансового кризиса привели к тому, что в конце 2008 г. правительство Украины было вынуждено обратиться за помощью в МВФ и Всемирный банк. Мировой экономический кризис затронул Украину особенно сильно; официальные данные за первый квартал 2009 г. свидетельствуют о том, что ВВП Украины упал на 20,3% по сравнению с первым кварталом 2008 г., за второй – на 17,8%, а за третий – на 15,9% по сравнению с аналогичными периодами 2008 г. Расчеты, произведенные по методике Международной организации труда (МОТ), показывают, что в 2008 г. уровень безработицы среди населения трудоспособного возраста составлял 2,8%, но с углублением экономического кризиса этот показатель рос; в 2009 г. уже 9,4% населения трудоспособного возраста были безработными (3,7% – зарегистрированными безработными). Может показаться, что работодатели в Украине предпочли не увольнять работников, а отправить их в неоплачиваемые отпуска или сократить рабочий день, но, по оценкам экспертов, истинный уровень безработицы в стране в 2009 г. составлял от 9 до 12% (Блинов, 2008).

По данным Госкомстата Украины, в 2007 г. месячный доход домохозяйств составлял в среднем 715 гривен (141,60 долл. США): 764 гривны (151,30 долл. США) в городах и 613 гривен (121,40 долл. США) в сельской местности; в 2008 г. – 1031 гривну (133,90 долл. США): 1116 гривен (144,90 долл. США) в городах и 852 гривны (110,60 долл. США) в сельской местности, и в 2009 г. – 1098 гривен (137,3 долл. США): 1172 гривны (146,5 долл. США) в городах и 941 гривну (117,6 долл. США) в сельской местности. В 2008 г., по сравнению с 2007 г., средний месячный доход домохозяйств номинально вырос на 38%, но в реальном выражении увеличился всего на 9,6%, а в 2009 г. номинально вырос на 6,5%, а в реальном выражении сократился на 8,5%. В ежегодном обследовании бюджетов домохозяйств 86% респондентов указали, что считают себя бедными, и лишь 13,4% отнесли себя к среднему классу.

Соответственно, богатым себя в Украине не считал практически никто. В 2008 г. 17,7% населения зарабатывали меньше прожиточного минимума, который в то время составлял 607 гривен (27,2% сельского населения и 13% городского). В 2009 г. заработки 16,1% населения были ниже уровня прожиточного минимума (22,4% сельского и 13% городского).

Согласно «Методике комплексной оценки бедности», утвержденной совместным приказом Министерства труда и социальной политики, Министерства финансов, Министерства экономики, Госкомстата Украины и Национальной академии наук (Приказ № 171/238/100/149/2 от 5 апреля 2002 г.), черта бедности в Украине исчисляется на основе относительного критерия – 75% медианного уровня среднедушевых совокупных расходов, а черта крайней формы бедности (нищеты) установлена на уровне 60% медианного уровня эквивалентных среднедушевых совокупных расходов. По данным одного исследования, в 2005 г. 14,4% населения Украины жили ниже черты нищеты, т. е. заработки в этой группе населения не достигали отметки в 45% от официально установленного размера прожиточного минимума (Черенко, 2006). Пользуясь этой методикой, можно утверждать, что черта крайней формы бедности в 2003–2005 гг. начала повышаться. Так, в 2005 г. доля населения, живущего в крайней форме бедности, вернулась к уровню 1999 г., несмотря на общее улучшение условий жизни населения за этот период. С учетом повышения уровня материального благосостояния большинства населения, повышение уровня крайней бедности свидетельствует об огромном разрыве в уровне жизни различных социально-экономических групп (Черенко, 2006).

Однако этот относительный показатель является не лучшим инструментом для определения порога бедности, поскольку черта бедности зависит от характера распределения доходов в обществе. Другим часто используемым критерием оценки уровня бедности является отношение доходов (расходов) к прожиточному минимуму, что уже включает в себя расходы на определенные продукты питания, потребительские товары и услуги. По данным Госкомстата Украины, число лиц со среднедушевым месячным доходом ниже прожиточного минимума за период с 2000 по 2007 г. снизилось в 2,7 раза – с 80,2 до 29,3%. Однако и этот подход к расчету черты бедности подвергается жесткой критике, поскольку в нем используется несовершенный метод определения стандартного прожиточного минимума. Всемирный банк, Институт демографии и Национальная академия наук Украины используют в настоящее время комбинированный подход, основанный на стандартной

методике определения абсолютной черты бедности исходя из стоимости суточного рациона питания. В соответствии с этой методикой национальный уровень бедности в Украине постепенно снижался со своего максимального уровня, составлявшего примерно 32% в 2001 г., до менее чем 8% в 2005 г.; по большей части это обусловлено ростом реальных доходов населения и реальных социальных трансфертов (в основном повышением пенсий) (World Bank, 2007). При этом, однако, было отмечено, что в финансовом отношении этот рост не был устойчивым, особенно с учетом роста цен на топливо (World Bank, 2007).

1.3 Политика

По своему государственному устройству Украина является унитарной парламентско-президентской республикой. Конституция предусматривает разделение властей между различными политическими институтами. Законодательная власть принадлежит однопалатному парламенту – Верховной раде, а исполнительная – правительству (Кабинету министров). Судебная система Украины состоит из судов общей юрисдикции, а высшим органом судебной власти является Верховный суд. Главой государства является президент; он избирается на основе всеобщего равного прямого избирательного права путем тайного голосования на пятилетний срок; президент не имеет права занимать свой пост более двух сроков подряд.

Президент Украины является гарантом государственного суверенитета, территориальной целостности Украины, соблюдения Конституции Украины, прав и свобод человека и гражданина. Парламент формируется на основе пропорционального представительства. В настоящее время в Верховной раде представлено пять партий и блоков: Партия регионов (39%), блок Юлии Тимошенко (35%), блок партий «Наша Украина – Народная самооборона» (16%), Коммунистическая партия (6%) и блок Литвина (4%). Следует отметить, что большинство партий в Украине не имеет четкой идеологической платформы, а просто выражает интересы отдельных кругов. В течение первого месяца после своего избрания парламент формирует коалицию, в которую должно войти большинство депутатов. Коалиция формирует правительство и выдвигает кандидатуры на посты премьер-министра и других членов кабинета министров, которые президент затем официально представляет на рассмотрение парламента. Исполнительную власть на областном и районном уровнях, а также в городах Киеве и Севастополе осуществляют местные государ-

ственные администрации, глав которых назначает и отправляет в отставку президент Украины по представлению кабинета министров. Должностные лица в органы местного самоуправления в Украине избираются путем прямых выборов представителями сельских, поселковых, городских и районных советов. Исполнительные органы сельских, поселковых и городских советов представлены своими исполнительными комитетами. Управление ими осуществляет соответственно сельский, поселковый или городской голова, который избирается жителями соответствующей территориальной общины путем прямого голосования на пятилетний срок. АР Крым имеет собственную Конституцию, которая была принята высшим представительным органом АР Крым – Верховной Радой АР Крым – и утверждена парламентом Украины. Правительством АР Крым является Совет министров АР Крым.

Основные законы в области здравоохранения в Украине принимает парламент. В стране ведется упорная работа по приведению национального законодательства в соответствие с международными стандартами в сфере здравоохранения. Однако в последние годы из-за нестабильности деятельности парламента законодательная власть уделяет все меньше внимания развитию системы здравоохранения (см. главу 7).

После обретения независимости в 1991 г. Украина стала президентско-парламентской республикой, причем в руках президента оказалась очень большая власть. Граждане Украины были недовольны способом распределения социально-экономических благ в стране, концентрацией власти в руках одного человека, господством плюралистических элит и засильем бюрократического административного аппарата. Это недовольство сыграло не последнюю роль в «оранжевой революции», которая произошла во время президентских выборов в ноябре—декабре 2004 г. Были объявлены результаты голосования, в соответствии с которыми тогдашний действующий президент Виктор Янукович оказался победителем президентской гонки и должен был вступить в должность во второй раз, но эти результаты были оспорены оппозицией и вызвали массовые протесты граждан, что и послужило основанием для проведения повторного тура голосования. В результате повторных выборов к власти пришли лидеры «оранжевой революции» – Виктор Ющенко и Юлия Тимошенко. Враждующие партии достигли компромисса, и в Конституцию Украины был внесен ряд поправок, касающихся политического устройства страны. Таким образом, баланс сил в Украине изменился, и страна стала уже парламентарно-президентской республикой. Определенные изменения претерпела и избирательная система.

С 2006 г. парламент формируется на основе пропорционального представительства. Второй этап политических реформ, предусматривающий демократизацию и децентрализацию органов местного самоуправления, пока не реализован.

Новая политическая система, введенная в 2004 г., оказалась нестабильной. Незавершенность политических реформ и отсутствие четких границ между полномочиями президента и парламента породили целый ряд политических конфликтов. В 2007 г. президент распустил парламент, избранный в 2006 г. После досрочных парламентских выборов блок Юлии Тимошенко и блок партий «Наша Украина – Народная самооборона» (т. е. партии, стоявшие у истоков «оранжевой революции») образовали хрупкое большинство в составе 227 из 450 депутатов парламента. В декабре 2007 г. Юлия Тимошенко стала премьер-министром. Однако трения между президентом Виктором Ющенко и премьер-министром резко усилились. Президент и премьер придерживались совершенно различных взглядов на методы контроля инфляции в стране, продажу государственного имущества и распределение бюджетных средств. На международной арене президент стремился установить более тесные связи с ЕС и НАТО, а Тимошенко выступала за более сбалансированные отношения с Россией. В 2008 г. парламент при поддержке блока Юлии Тимошенко и оппозиционной партии регионов во главе с Виктором Януковичем ограничил полномочия президента. Вскоре после этого блок партий «Наша Украина – Народная самооборона» вышел из парламентской коалиции. Было объявлено о президентских выборах в начале 2010 г., и их результаты свидетельствовали о конце «оранжевой революции». Виктор Ющенко потерпел поражение в первом же туре президентских выборов, а Юлия Тимошенко с незначительным отрывом проиграла Виктору Януковичу во втором туре. Однако политическая стабильность в Украине все еще остается под вопросом, и в некоторой степени в стране по-прежнему наблюдается политический раскол. Януковича в основном поддерживают в южных и восточных регионах страны (т. е. там, где проживает большая часть русскоязычного населения), а лидеров «оранжевой революции» – на западе Украины. Когда президентом был Виктор Ющенко, Украина стремилась к вступлению в Евросоюз и НАТО. Украине удалось установить гораздо более тесные связи с ЕС, правда, формального обращения о вступлении в Евросоюз сделано не было. На саммите НАТО в апреле 2008 г. было решено отказать Украине в присоединении к плану действий по членству в НАТО. Украина является полноправным членом ООН, Всемирной

торговой организации (ВТО) с июля 2008 г., СНГ, Совета Европы с 1995 г. и Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ). Страна ратифицировала большинство основных международных документов, имеющих отношение к вопросам здравоохранения, включая Конвенцию по правах ребенка и Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (с июня 2006 г.). Цели развития тысячелетия были сформулированы с учетом местных условий, и Украина стремится к их достижению в таких аспектах, как борьба с бедностью, борьба с ВИЧ/СПИД, снижение детской и материнской смертности и т. п. По Индексу восприятия коррупции (ИВК) Украине был в 2009 г. присвоен рейтинг 2,2 («0» по этой шкале означает высшую степень коррупции, «10» – отсутствие коррупции), т. е. примерно такой же, как Российской Федерации, Сьерра-Леоне и Зимбабве в 2009 г. (Transparency International, 2010). В 2008 г. рейтинг Украины по ИВК составлял 2,5 (Transparency International, 2009), что свидетельствует о росте коррупции в стране, и это очень огорчает, потому что преодоление коррупции было объявлено одной из главных политических целей «оранжевого правительства».

1.4 Состояние здоровья населения

Социальные преобразования, обусловленные новыми экономическими и социально-политическими условиями, оказали негативное влияние на состояние здоровья населения Украины. Особенно резко это проявилось в 1995–1996 гг., однако в последние годы ситуация несколько стабилизировалась и даже постепенно улучшается (см. табл. 1.3). Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении за период с 1990 по 1995 г. упала более чем на 3 года; потом этот показатель немного вырос, но пока еще не достиг уровня, наблюдавшегося до обретения страной независимости. Затем ситуация начала постепенно улучшаться, и к 2007 г. этот показатель был всего на 1 год меньше, чем в 1990 г.

Основной причиной смертности населения являются сердечно-сосудистые заболевания (60%), онкологические заболевания (12%) и смертность от внешних причин, включая несчастные случаи и отравления (9,7%). Этими тремя причинами обусловлено 81,8% всех смертей в стране (см. табл. 1.4). Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (HALE) в Украине не рассчитывается на регулярной основе. Разовое международное исследование, проведенное в 2003 г., показало,

что в 2002 г. HALE в Украине составлял 54,9 лет для мужчин и 63,6 лет для женщин.

Таблица 1.3

Смертность и ожидаемая продолжительность жизни, 1990–2006 гг.

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	75,0	72,6	73,6	73,6	73,6	73,4	73,8
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	65,7	61,3	62,3	62,3	62,0	61,5	62,3
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общая (лет)	70,5	66,9	67,9	67,8	67,7	67,3	68,0
Смертность, женщины (на 1000 женского населения)	8,8	10,4	9,8	10,0	9,8	9,9	9,6
Смертность, женщины в возрасте до 65 лет (на 1000 женского населения в возрасте до 65 лет)	2,8	3,7	3,3	3,4	3,5	3,6	3,4
Смертность, мужчины (на 1000 мужского населения)	15,6	19,8	18,7	19,1	19,2	19,7	18,8
Смертность, мужчины в возрасте до 65 лет (на 1000 мужского населения в возрасте до 65 лет)	7,2	10,3	9,7	9,8	10,1	10,5	9,8
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)	13,0	14,8	12,0	9,5	9,4	10,0	9,6
Детская смертность в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	16,7	19,0	15,5	12,8	12,3	13,0	12,3

Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

В 2002–2005 гг. распространенность табакокурения в Украине составляла 62% среди взрослых мужчин и 17% взрослых женщин (WHO EURO, 2010b/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010b). В стране также наблюдается высокий уровень потребления алкоголя, при этом прослеживается растущая тенденция к злоупотреблению алкоголем среди детей и молодежи. По данным обследования 2007 г., проведенного среди учащихся в возрасте 15–16 лет, за последние 12 месяцев перед обследованием 83% респондентов употребляли алкоголь и 32% испытывали состояние алкогольного опьянения; 72% юношей и 56% девушек курили хотя бы однажды в своей жизни и 13% пробовали марихуану (Hibell et al., 2009).

Несмотря на все трудности переходного периода, вопросу охраны материнства и детства в Украине всегда уделялось большое внимание, и в этой области были достигнуты значительные успехи. С 1991 по 1995 г. младенческая смертность в стране росла, но за период с 1995 по 2006 г. снизилась на треть. Уровень младенческой смертности, рассчитанный ВОЗ и ЮНИСЕФ, был на 40% выше официальных данных, но динамика была такой же.

В стране по-прежнему используется советское определение понятия «живорожденный» (согласно которому, в частности, живорожденным считается младенец весом не менее 1000 г, а не 500 г), чем, по-видимому, и обусловлена такая разница в показателях. Официально Украина

Таблица 1.4

Смертность по причинам смерти, на 100 000 населения, для всех возрастных групп, 1990–2006 гг.

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006
Основные причины смерти (по МКБ-10)							
I. Инфекционные болезни							
Инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)	11,8	20,2	25,9	25,1	25,9	35,9	33,9
Туберкулез (A17–A19)	8,8	15,1	22,3	21,5	22,6	24,3	21,3
II. Неинфекционные болезни							
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	589,0	780,2	774,6	819,7	808,0	827,2	801,6
Злокачественные новообразования (C00–C97)	184,4	182,7	173,2	164,3	162,7	164,2	161,7
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого (C33–C34)	40,8	37,8	33,4	29,5	29,0	28,1	27,8
Болезни органов дыхания (J00–J99)	66,5	82,5	67,4	53,7	50,7	50,1	44,0
Болезни органов пищеварения (K00–K93)	29,7	42,6	42,1	48,2	54,6	62,1	59,0
III. Внешние причины (V01–Y89)							
Транспортные несчастные случаи (V01–V99)	26,1	19,1	14,1	18,5	18,9	19,8	19,9
Все внешние причины, травмы и отравления	107,4	162,1	146,0	146,0	143,9	141,4	130,3
IV. Неточно обозначенные и неизвестные причины							
	104,2	88,1	50,3	61,7	61,9	63,8	57,5

Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

приняла в 2007 г. международные критерии отчетности, но поскольку зарегистрированный в том году уровень младенческой смертности не увеличился, то есть основания полагать, что эти критерии пока применяются не в полном объеме. Исследование, проведенное Минздравом и Национальным институтом стратегических исследований, выявило также, что в 2006–2007 гг. число младенцев, вес которых при рождении составлял от 500 до 999 г, снизилось вдвое. Кроме того, этот анализ показал, что коэффициент выживаемости среди таких младенцев существенно увеличился (с 36,4 до 50,3 на 1000 живорожденных), несмотря на то что в стране по-прежнему имеют место серьезные проблемы с доступом к оборудованию для реанимации и интенсивной терапии новорожденных (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2008). После обретения независимости и ранняя неонатальная смертность, и материнская смертность снизились вдвое (см. табл. 1.5). Однако эксперты ВОЗ и ЮНИСЕФ полагают, что официальный показатель материнской смертности ниже истинного, что обусловлено карательным характером деятельности контролирующих органов, вынуждающим работников здравоохранения скрывать неблагоприятные показатели.

После серьезного роста распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), наблюдавшегося в 1990-е гг., показатели заболеваемости сифилисом и гонореей стали снижаться. Коэффици-

Таблица 1.5

Материнская и детская смертность и показатели состояния репродуктивного здоровья, 1990–2008 гг.

	1990	2000	2005	2006	2007	2008
Показатель подростковой беременности (на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет) ^а	59,1	32,1	28,6	29,5	30,3	–
Коэффициент рождаемости среди матерей в возрасте 15–19 лет (% общего числа живорожденных) ^а	–	–	–	10,8	10,3	–
Число аборт на 1000 живорожденных	1550,6	897,9	445,6	382,2	332,3	281,0
Неонатальная смертность (на 1000 живорожденных)	–	6,7	5,7	5,6	–	–
Постнеонатальная смертность (на 1000 живорожденных)	–	5,3	4,3	4,1	–	–
Перинатальная смертность (на 1000 живорожденных)	14,3	9,6	8,9	8,8	8,6	8,5
Материнская смертность (от всех причин) на 1000 живорожденных	32,4	24,7	17,6	15,2	19,9	15,5
Материнская смертность на 1000 живорожденных, оценка ВОЗ	50,0	35,0	–	–	–	–
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)						
Заболееваемость сифилисом, на 100 000 населения	6,0	91,9	42,2	34,5	29,9	27,5
Заболееваемость гонококковой инфекцией, на 100 000 населения	73,2	52,9	38,7	33,1	29,8	27,1
Распространенность ИППП (частота новых случаев сифилиса и гонореи), на 100 000 населения ^б	–	–	–	67,4	59,7	–

Источники: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a; ^а Державний комітет статистики України, 2010b; ^б Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2008.

ент аборт за период с 1990 по 2007 г. уменьшился на 71% , а коэффициент рождаемости среди матерей в возрасте от 15 до 19 лет упал на 36%. По европейским стандартам этот показатель все еще высок, но он продолжает снижаться, и это снижение тесно связано с развитием сектора услуг в области планирования семьи, который стал развиваться в период после обретения страной независимости (см. раздел 6.1).

Уровни иммунизации детей от инфекций, контролируемых средствами вакцинопрофилактики, относительно высоки, но с 2002 г. падают, что вызывает серьезную озабоченность. Охват прививками от полиомиелита, дифтерита-столбняка-коклюша (АКДС) и кори снизился в 2008 г. до 90,6, 90,5 и 94,6% соответственно (данные об иммунизации против кори см. рис. 1.2). Однако снижение этих показателей, скорее всего, связано не с улучшением качества данных, а с проблемами проведения программы иммунизации и с нагнетанием страхов в обществе по поводу прививок, которое было вызвано рядом публикаций в СМИ.

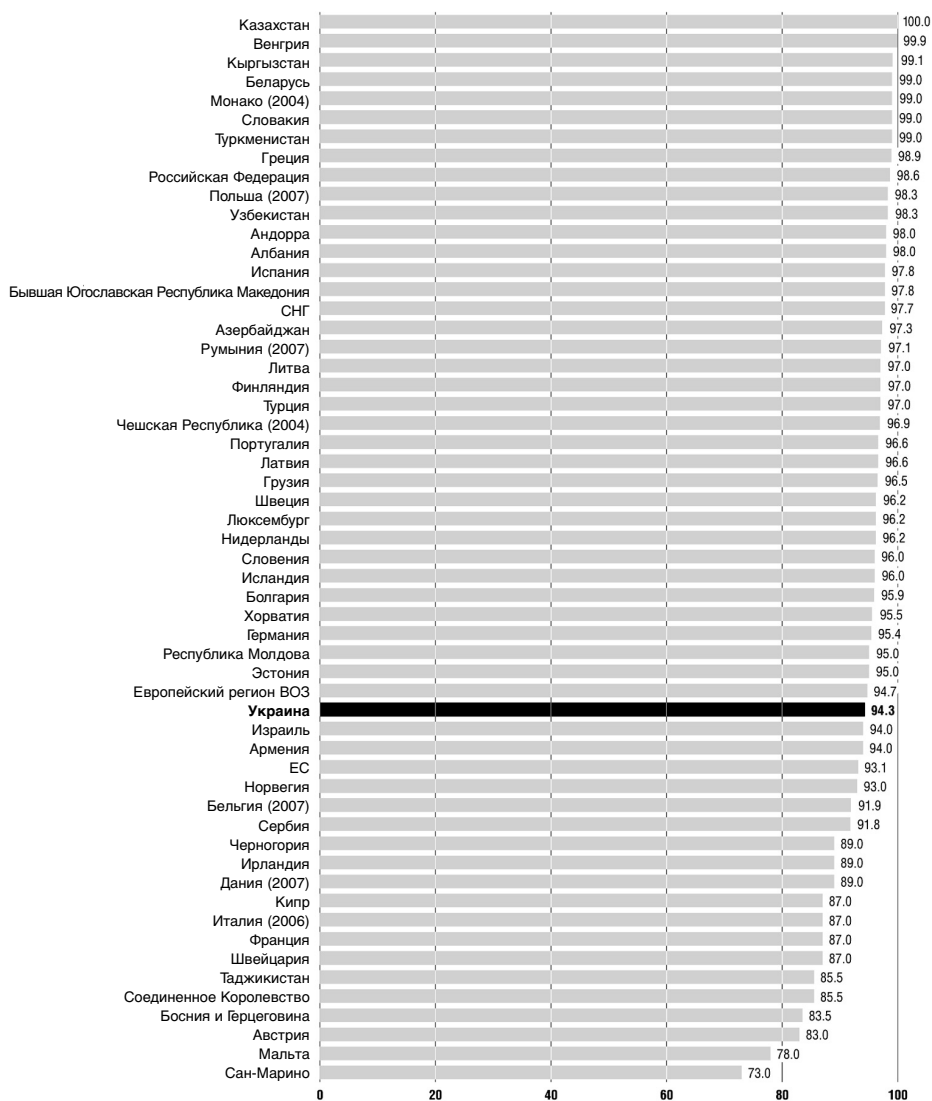
Ситуация с заболеваемостью туберкулезом и ВИЧ/СПИД в Украине очень тревожная. По данным Центра медицинской статистики Украины (2008с), эпидемия туберкулеза зарегистрирована в стране в 1995 г., и в течение последующих 10 лет уровень заболеваемости туберкулезом увеличивался; некоторые признаки стабилизации появились только в 2006 г. В учреждениях пенитенциарной системы заболеваемость тубер-

кулезом в 47 раз выше, чем в целом по стране; туберкулезом болеет 1,4% населения Украины. Ежегодно от туберкулеза умирает около 10 000 человек. Особую озабоченность вызывает нестабильность ситуации с мультирезистентными формами заболевания. Туберкулез также быстро распространяется на фоне ВИЧ-инфекции. Уровень распространенности ВИЧ/СПИД в Украине один из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. Первые случаи ВИЧ-инфекции в Украине были зарегистрированы в 1987 г. В последующие несколько лет инфекция распространялась медленно (по 6–40 новых случаев в год), но в 1995 г. вспышка инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков резко ухудшила ситуацию. Численность ВИЧ-положительных пациентов растет с каждым годом. Фактическая распространенность ВИЧ-инфекции гораздо выше, чем число официально зарегистрированных случаев заболевания. По данным Комитета по вопросам противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу Министерства здравоохранения, ВИЧ-положительными являются 1,6% населения Украины. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции по-прежнему остается инъекционное потребление наркотиков (54,4% новых случаев), но растет и число новых случаев заболевания, обусловленных гетеросексуальными контактами. Растет и число детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями.

Данные о неравенстве в состоянии здоровья среди различных групп населения Украины очень ограничены. Исследование состояния здоровья населения Украины, связанное с переписью 2001 г., послужило толчком к началу широкомасштабного социологического проекта, нацеленного на организацию мер по преодолению неравенства в состоянии здоровья, а также охраны здоровья и профилактики заболеваний (Грузева, 2006). Это исследование выявило существенные различия в состоянии здоровья среди групп населения с различными уровнями дохода. В частности, в малообеспеченных группах населения очень мало респондентов оценили состояние своего здоровья как отличное или хорошее (1,2 и 11,4% соответственно); 67,8% респондентов этих групп оценили состояние своего здоровья как плохое и 2,3% – как очень плохое. Эти показатели оказались гораздо выше, чем среди населения в целом (12,3 и 23,2%, по данным других исследований). По данным отчетности, предоставляемой медицинскими учреждениями, показатели заболеваемости среди малообеспеченных групп населения на 45,7% выше, чем среди состоятельных граждан. Согласно данным профилактического обследования, уровни заболеваемости значительно варьируют в зависимости от уровня дохода. В малообеспеченных группах населения общая заболеваемость в два раза выше, чем среди граждан с высокими уровнями доходов.

Рис. 1.2

Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

Среди малообеспеченных групп населения заболеваемость артериальной гипертензией была в 1,9 раза выше, а хроническим бронхитом – в 2,7 раза выше. Распространенность язвенной болезни желудка среди малообеспеченных была в 2,4 раза выше, чем среди групп населения с высокими уровнями доходов, а распространенность хронического гастрита – в 3,3 раза выше. Дети из малообеспеченных семей оказались в 3 раза более предрасположенными к хроническим заболеваниям, чем их сверстники из более состоятельных семей. Согласно данным эпидемиологического исследования, проведенного Ассоциацией стоматологов Украины, распространенность кариеса зубов в стране довольно высока (Міністерство охорони здоров'я України, 2008): у 87,9% шестилетних детей с показателем КПУз (число кариозных, пломбированных или удаленных зубов) 4,6 был кариес временных зубов; у 72,3% 12-летних детей с КПУз, равным 2,75, был кариес постоянных зубов, и 70–80% 15-летних обследованных подростков имели периодонтальные проблемы. Распространенность кариеса гораздо выше в регионах с низким содержанием фтора в питьевой воде (в этих регионах у 78,6% населения КПУз составляет 3,62), в то время как в регионах, где содержание фтора в питьевой воде соответствует норме, кариесом страдает 61,7% населения, а средний показатель КПУз равен 2,05. Более 60% детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет имеют дефекты зубов и челюсти. Высоким остается и показатель врожденных пороков. У детей, живущих в сильно загрязненных регионах, стоматологические проблемы встречаются в 1,5–3 раза чаще, чем в экологически чистых.

В Украине 72,3% систем водоснабжения не отвечают санитарным нормам из-за отсутствия санитарно-защитных зон; 17,4% систем водоснабжения не имеют необходимых очистных сооружений и в 18,2% отсутствуют системы обеззараживания воды. Состояние водопроводной сети неудовлетворительное; в некоторых регионах 30–70% труб изношено. Плановый и капитальный, а также аварийный ремонт своевременно не производится. Некоторые регионы, особенно на юге страны, испытывают дефицит водоснабжения, не говоря уже о низком качестве воды. Подача воды по графику и ее длительное отсутствие в водопроводных сетях способствует бактериальному загрязнению питьевой воды. Иногда объекты системы водоснабжения лишены энергоснабжения, что еще более усугубляет ситуацию. Предметом особой озабоченности является сельскохозяйственное водоснабжение. Передача сельских сетей водоснабжения под юрисдикцию органов местного самоуправления негативно сказалась на качестве воды. Нередко людям приходится самим зани-

маться ремонтом объектов инфраструктуры водоснабжения. Многие сельские системы водоснабжения не имеют очистных сооружений и установок для обеззараживания воды. Лишь четверть сельских регионов имеют централизованное водоснабжение, а остальная часть населения пользуется нецентрализованными источниками – например, колодцами. Санитарно-техническое состояние этих источников зачастую неудовлетворительное (Міністерство охорони здоров'я України, 2006). В 2006 г. 12,6% проб питьевой воды, взятых из систем централизованного водоснабжения, не удовлетворяло гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, а 4,1% проб – по бактериологическим. По пробам, взятым из нецентрализованных источников водоснабжения, эти цифры составляли 31,9 и 20,6% соответственно.

2 Организационная структура

2.1 Обзор системы здравоохранения

В основе системы здравоохранения Украины по-прежнему лежит интегрированная модель Семашко. Официально здравоохранение финансируется за счет бюджета, и формально в стране предоставляется всеобщий доступ населения к бесплатному медицинскому обслуживанию в государственных медицинских учреждениях. Государственные медицинские учреждения различных уровней подчиненности напрямую финансируются из бюджетов соответствующих уровней. Вместе с тем местные бюджеты различных уровней (областных, городских, районных и сельских) формируются за счет трансфертов центрального бюджета, которые рассчитываются в соответствии со специальной формулой, утвержденной кабинетом министров Украины. Формально система здравоохранения Украины полностью контролируется государством. Теоретически управлением системой здравоохранения и координацией ее деятельности занимается Министерство здравоохранения Украины, на практике же влияние Минздрава весьма ограничено.

Министерство здравоохранения Украины координирует деятельность основной системы здравоохранения через сеть региональных управлений здравоохранения, которые являются структурными подразделениями местных администраций, но в функциональном отношении подчиняются Минздраву (см. рис. 2.1). На региональном уровне Министерство здравоохранения АР Крым, главные управления здравоохранения областей и городов Киева и Севастополя подчинены Министерству здравоохранения Украины в части реализации на подведомственных территориях общенациональной политики и стратегии в области здравоохранения. Кроме того, они отвечают за деятельность региональных учреждений здравоохранения, которые главным образом оказывают специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь населению. На местном уровне медучреждения первичного и

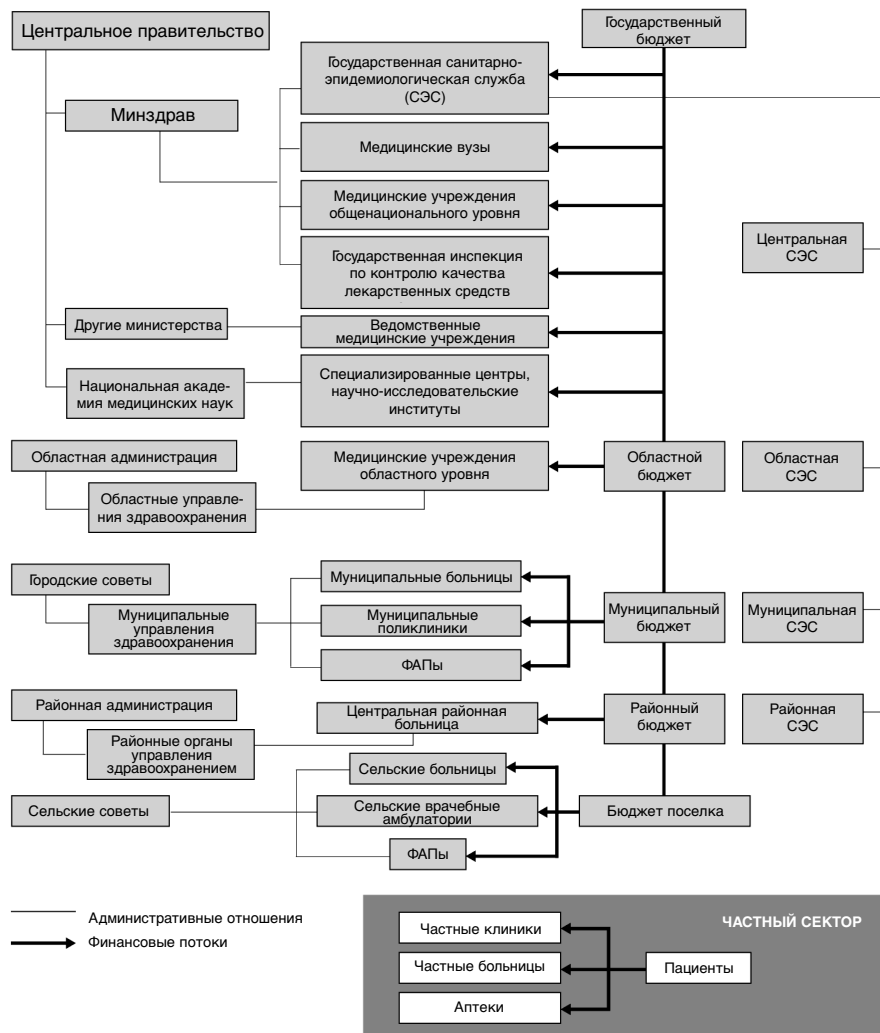
вторичного звеньев и больницы находятся в собственности органов местного самоуправления соответствующих уровней – районных администраций, городских, городских районных, сельских и поселковых советов. Большую часть медицинских услуг населению оказывают в учреждениях, находящихся в ведении местных органов самоуправления (региональных, районных, городских и поселковых) и финансируемых за счет средств бюджетов соответствующего уровня в рамках системы бюджетных трансфертов. В силу недостаточности государственного финансирования здравоохранения, население должно оплачивать за свой счет приобретение медикаментов при амбулаторном и стационарном лечении, а также вынуждено оплачивать в неофициальном порядке услуги медперсонала.

Частный сектор здравоохранения в Украине незначителен; в основном он включает в себя аптеки, амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения и частнопрактикующих врачей (см. раздел 5.1.2 «*Основные фонды и капитальные вложения*»). Частные медицинские учреждения финансируются за счет прямых платежей пациентов за оказываемые медицинские услуги и приобретение изделий медицинского назначения. За исключением появления официального частного сектора, базовая организационная структура украинской системы здравоохранения с советских времен практически не изменилась.

2.2 Историческая справка

После Первой мировой войны, Октябрьской революции и Гражданской войны в СССР начались массовые эпидемии и голод. В стране были серьезные проблемы с охраной здоровья населения, поскольку большая часть инфраструктуры здравоохранения оказалась разрушенной и ресурсов для борьбы с инфекционными и другими болезнями не хватало. В 1918 г. первый народный комиссар здравоохранения Н. А. Семашко сформулировал концепцию советского здравоохранения. Ее официально декларируемыми принципами были ответственность государства за охрану здоровья граждан, всеобщий доступ населения к бесплатному медицинскому обслуживанию, оказание высококвалифицированной медицинской помощи в целях сохранения здоровья, лечения и реабилитации граждан и профилактики социальных болезней, а также поддержание неразрывной связи медицинской науки и практики. Государство взяло на себя ответственность за обеспечение всеобщего доступа насе-

Рис. 2.1
Структура системы здравоохранения



ления к медицинскому обслуживанию путем создания абсолютно единообразной государственной системы борьбы с инфекционными и профессиональными заболеваниями и охраны здоровья матери и ребенка. Были введены соответствующие меры эпидемиологического контроля в целях профилактики эпидемий, особенно туберкулеза, сыпного эпидемического тифа, брюшного тифа, малярии и холеры. Мероприятия в области общественного здравоохранения включали, в частности, органи-

зацию карантина, улучшение санитарно-гигиенических условий в городах и осушение малярийных болот. В стране проводились масштабные программы регулярных профилактических осмотров отдельных групп населения, которые были отнесены к группам риска (Lekhan, Ruidy & Nolte, 2004).

Система здравоохранения Украины, функционировавшая под строгим контролем со стороны центрального правительства из Москвы, формально находилась в ведении Народного комиссариата (впоследствии Министерства) здравоохранения Украинской ССР, но на практике многие решения принимались действовавшим параллельно с ним коммунистическим партийным аппаратом. Контроль осуществлялся с помощью пятилетних планов, в которых были установлены централизованные нормативы обеспеченности оборудованием и медицинским персоналом; эти нормативы устанавливались без какого бы то ни было учета местных нужд. Периодически нормативы пересматривались на партийных съездах, при этом акцент ставился на увеличение численности персонала и медицинских учреждений, при этом вопросам качества медицинской помощи уделялось недостаточное внимание. Правительство отвечало также за развитие сети государственных больниц и подготовку медицинских кадров. Для работников здравоохранения государство было прямым работодателем, платило им заработную плату и занималось необходимым оснащением медицинских учреждений, научно-исследовательских институтов и образовательных учреждений. Планирование ресурсов и персонала было настолько жестко централизованным, что в ведении местных учреждений здравоохранения оставались лишь самые простые административные функции. В течение некоторого времени наряду с советской моделью Семашко в стране существовала также введенная в 1912 г. система социального медицинского страхования, но в 1927 г. правительственным декретом фонды здравоохранения были упразднены, а больницы и другие медицинские учреждения национализированы и переданы в подчинение местным и областным управлениям здравоохранения. Работники здравоохранения стали государственными служащими. Одновременно с этим для определенных групп населения (правительственных чиновников, военнослужащих, работников органов безопасности, шахтеров, работников других отраслей промышленности) были введены параллельные (ведомственные) службы здравоохранения, как правило оказывавшие услуги более высокого качества. На территории нынешней Западной Украины до ее присоединения к СССР в 1939 г. сохранялись венгерская и польская системы медицинского страхования (Lekhan, Ruidy & Nolte, 2004).

Украина очень сильно пострадала во время Второй мировой войны. Снова было разрушено большое количество медицинских учреждений, многие работники здравоохранения были убиты или угнаны в плен. В послевоенный период началось восстановление системы здравоохранения, и благодаря принятию активных и широкомасштабных мер заболеваемость многими инфекционными болезнями быстро удалось снизить. Отрасль была восстановлена, при этом за основу был взят иерархический принцип организации учреждений районного, областного и республиканского уровней. Система здравоохранения включала санитарно-эпидемиологические станции, больницы, поликлиники и специализированные медицинские учреждения, которые укомплектовывались персоналом и оснащались в соответствии с установленными нормативами. Эти нормативы были основаны не на реальных потребностях населения в области здравоохранения, а на численности обслуживаемого населения. Все районные поликлиники были прикреплены к соответствующим районным больницам, а медицинский персонал работал поочередно то в поликлинике, то в стационаре. Предполагалось, что такой принцип организации работы позволит обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи населению и повысить уровень профессиональной квалификации медицинских работников, но с течением временем этот подход все больше и больше демонстрировал свою несостоятельность, поскольку для удовлетворения потребностей населения имеющихся ресурсов постоянно не хватало. Санэпидстанции занимались проверкой состояния систем водоснабжения, канализации, воздуха и почвы, расследованием вспышек эпидемий инфекционных заболеваний и вели мониторинг состояния здоровья и организации питания детей. Пункты медико-санитарной помощи обслуживали работников промышленных предприятий и занимались охраной труда; специализированные клиники оказывали услуги различного профиля в области медицинской реабилитации и восстановления здоровья.

Быстрое развитие системы здравоохранения, обеспечивающей всеобщий доступ населения к квалифицированной медицинской помощи, в сочетании с некоторым повышением уровня жизни первоначально оказало положительное влияние на состояние здоровья населения: существенно сократилась младенческая смертность, снизилась заболеваемость многими инфекционными болезнями. Улучшение состояния здоровья населения было устойчивым: к началу 1970-х гг. средняя продолжительность жизни увеличилась до 70 лет. Но в 1960-х гг. произошел эпидемиологический сдвиг – в структуре заболеваемости стали

преобладать неинфекционные заболевания, что способствовало углублению специализации здравоохранения. В 1970-х и 1980-х гг. значительно расширилась сеть специализированных медицинских учреждений, в поликлиниках открывались все новые кабинеты врачей — узких специалистов, в больницах отделения общей терапии перепрофилировались на специализированные. В результате этого интенсивного и во многих отношениях неконтролируемого процесса в отрасли произошло смещение приоритетов и была утрачена роль первичного звена: функции районного врача-терапевта, который был ключевой фигурой в советской модели Семашко, все больше и больше сводились просто к выдаче пациентам направлений к узким специалистам. Однако все это не смогло остановить роста неинфекционных заболеваний, и по целому ряду показателей состояние здоровья населения СССР с середины 1960-х гг. начало ухудшаться. Это было обусловлено несколькими факторами, одним из которых было отсутствие инвестиций в социальный сектор в силу нестабильности развития советской экономики. Кроме того, СССР все больше отставал от стран Запада по внедрению новых технологий в медицине, применению новых фармацевтических препаратов и современных хирургических методов лечения, а в системе управления здравоохранением во главу угла по-прежнему ставились количественные, а не качественные показатели. Примечательно, что в СССР была упущена возможность развития доказательной медицины, в то время как на Западе это направление в 1970-х гг. стало развиваться особенно активно; в СССР же издавались всевозможные приказы, составленные на основании так называемых мнений экспертов, а не эмпирических данных. Отголоски этой практики имеют место и сейчас. Многие схемы лечения были неэффективными, а во многих случаях и пагубными для пациентов.

Несмотря на ограниченность ресурсов, которыми располагала система здравоохранения, планирование по-прежнему было ориентировано на дальнейшее расширение ресурсной базы здравоохранения, измеряемой коечной мощностью больниц и численностью медицинского персонала. В результате по числу больничных коек и числу врачей на душу населения Украина, как и многие другие республики бывшего СССР, занимала одно из первых мест в мире. К концу 1980-х гг. большая часть расходов на здравоохранение (до 80%) шла на финансирование больничного сектора, 15% — на специализированную амбулаторную помощь и лишь 5% — на первичное звено. Рост количественных показателей неизбежно достигался в ущерб качеству, и во многих случаях поощрялись пагубные методы организации лечения — например, продолжительная

госпитализация при незначительных недомоганиях. Однако в конце 1980-х гг., в результате либерализации политических и экономических отношений в рамках политики перестройки и гласности, в некоторых регионах СССР в здравоохранении были внедрены новые методы планирования, финансирования и управления, которые получили название «Новый экономический механизм». Целью введения этого механизма был переход от принципа финансирования по ресурсам к финансированию по результатам деятельности медицинских учреждений, заменяя таким образом прежний административно-командный подход к управлению договорными отношениями. Предполагалось, что ключевым звеном этой системы должны стать поликлиники; именно им отводилась роль фондодержателей, которые должны были заниматься закупками услуг у больниц и у других поставщиков медицинских услуг. Однако поддержки у тогдашнего Минздрава Украинской ССР эти инициативы не получили и вскоре были остановлены.

После 1991 г. Украина пережила болезненный процесс реструктуризации экономики, который сопровождался социальной нестабильностью и резким снижением уровня жизни значительной части населения. Особенно это коснулось пенсионеров, инвалидов и других социально незащищенных слоев населения, что привело к еще большему ухудшению состояния здоровья людей (см. раздел 1.4). Потребности населения в медицинской помощи росли, а система здравоохранения была не в состоянии надлежащим образом на это отреагировать. Общий спад в экономике сказался и на объеме ресурсов, выделяемых на здравоохранение, в условиях, когда текущие расходы на содержание системы значительно увеличились. В советское время расходы на материально-техническое снабжение и приобретение изделий медицинского назначения, а также на оплату коммунальных услуг (электричество, отопление и т. д.) устанавливались государством, что позволяло поддерживать широкую и разветвленную сеть медицинских учреждений. Помимо этого, текущие расходы больниц были относительно незначительными. Стоимость медикаментов также была сравнительно низкой, поскольку закупки того ограниченного спектра лекарств, которые производились на территории СССР и других социалистических стран, субсидировались государством. С переходом к рыночной экономике резко взлетели цены на лекарства и основные коммунальные услуги, особенно на электроэнергию, что еще более усугубило и без того непростую экономическую ситуацию в отрасли. В таких условиях поддержание громоздкой и неэффективной государственной системы здравоохранения, с ее не-

сбалансированной структурой услуг, привело к несправедливой системе здравоохранения с низким качеством оказываемых медицинских услуг.

2.3 Организационная структура

Верховная рада (парламент Украины) устанавливает цели, основные задачи, приоритеты, бюджетные ориентиры и нормативно-правовые основы регулирования деятельности сектора здравоохранения, а также утверждает целевые национальные программы в сфере здравоохранения. Реализацией государственной политики здравоохранения занимается Министерство здравоохранения. Президент отвечает за обеспечение реализации политики здравоохранения через систему исполнительных органов в соответствии с Конституцией и законодательством в области здравоохранения. Кабинет министров координирует процессы разработки и реализации комплексных целевых национальных программ и занимается созданием правовых, экономических и управленческих механизмов, способствующих эффективному функционированию системы здравоохранения.

Министерство финансов занимается подготовкой проекта государственного бюджета, который затем передается на утверждение в парламент. В бюджете определяется объем государственных средств, направляемых на ежегодное финансирование здравоохранения. Кроме того, Минфин устанавливает требования, предъявляемые к государственным учреждениям (в том числе и к учреждениям здравоохранения), которые касаются составления и исполнения их бюджетов.

Министерство здравоохранения является главным органом исполнительной власти, отвечающим за реализацию государственной политики здравоохранения и управление деятельностью государственных медицинских учреждений. Управление системой здравоохранения Минздрав осуществляет через региональные органы управления – главные управления здравоохранением 24 областных администраций и главные управления здравоохранением городов Киева и Севастополя, которые входят в состав городских администраций. Есть также отдельное Министерство здравоохранения Автономной республики Крым, которое входит в крымское правительство (см. раздел 2.4). На общенациональном уровне Минздрав занимается определением национальной политики и стратегии в области здравоохранения и непосредственным управлением и финансированием некоторых специализированных организаций здраво-

охранения, находящихся в собственности государства, медицинских вузов, научно-исследовательских институтов и государственных лечебно-профилактических учреждений (см. рис. 2.1). Минздрав обеспечивает вертикальную систему управления с основными контрольно-административными органами, осуществляющими функции регулирования в сфере охраны общественного здоровья (например, Государственная санитарно-эпидемиологическая служба и Государственная инспекция по контролю качества лекарственных средств).

Минздрав отвечает также за организационно-методическое управление деятельностью Государственной службы медицины катастроф, которая, по сути, является межведомственным органом. В состав службы медицины катастроф входят медицинские подразделения, оборудование и учреждения центрального и регионального уровней, которые не подчиняются местным органам самоуправления и подчиняются непосредственно Министерству здравоохранения, которое в этом случае действует совместно с Министерством по чрезвычайным ситуациям, Министерством обороны, Министерством внутренних дел, Министерством транспорта и коммуникаций, Советом министров АР Крым и администрациями областей и городов Киева и Севастополя. Помимо этого, в ведении Минздрава также находятся программы преддипломной и последипломной подготовки медицинских кадров и научные исследования в сфере здравоохранения. Наконец, Минздрав контролирует значительную часть централизованных государственных закупок медикаментов, изделий медицинского назначения и оборудования для реализации соответствующих государственных программ.

Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Служба безопасности и Министерство транспорта и коммуникаций имеют собственные (ведомственные) учреждения здравоохранения, которые обслуживают их сотрудников и членов их семей и действуют параллельно с основной государственной системой здравоохранения, функционирующей под управлением Минздрава. За оказание медицинской помощи заключенным отвечает Государственная пенитенциарная служба Украины.

Министерство труда и социальной политики отвечает в том числе за оказание престарелым и инвалидам постоянной социальной помощи по месту жительства.

Национальная академия медицинских наук Украины контролирует деятельность научно-исследовательских институтов, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь. Деятельность этих учреждений финансируется по отдельной статье государственного бюджета.

К местным органам власти относятся районные, городские районные, городские и поселковые советы и государственные администрации. В системе здравоохранения этим местным органам отведена очень важная роль, поскольку они являются собственниками и участвуют в финансировании деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи на подведомственных территориях.

Неправительственных организаций (НПО) – профессиональных медицинских ассоциаций и объединений пациентов – в стране довольно много: и действующих, и тех, которые только планируют начать свою работу. Однако их трудно назвать влиятельными участниками системы здравоохранения. Врачебное самоуправление в профессиональной медицинской деятельности в Украине отсутствует, хотя это именно тот механизм, который в других странах Европы доказал свою состоятельность с точки зрения обеспечения качества и прозрачности оказания медицинской помощи.

В украинском секторе здравоохранения работает много международных организаций, но их деятельность ограничивается узкоспециализированными областями – такими как сексуальное здоровье, ВИЧ/СПИД и туберкулез.

2.4 Децентрализация и централизация

На смену жестко централизованной модели принятия решений в области здравоохранения, унаследованной Украиной от советских времен, постепенно пришла система делегирования полномочий местным администрациям и органам самоуправления. В результате многие новаторские инициативы в секторе здравоохранения в последнее время исходят не из центра, а от органов регионального и местного уровней. В настоящее время система здравоохранения представляет собой сложную многоуровневую структуру, в которой зоны ответственности в секторе здравоохранения распределены между центральным правительством (Минздрав и многие другие министерства и ведомства), 27 региональными администрациями и многочисленными административными органами городского, районного и поселкового уровней.

Децентрализация привела к деконцентрации функциональных и управленческих полномочий на региональном и субрегиональном уровнях. Деконцентрация функциональных полномочий означает, что управление системой осуществляется через Министерство здравоохранения АР Крым и главные управления здравоохранением региональных администраций, которые обладают финансовой и управленческой незави-

симостью, но в функциональном отношении подчинены Минздраву. Полностью централизованными и вертикально подчиненными Минздраву остаются только Государственная санитарно-эпидемиологическая служба и Государственная инспекция по контролю качества лекарственных средств, каждая из которых имеет соответствующую сеть учреждений на различных уровнях управления. Деконцентрация общих управленческих полномочий на региональном и субрегиональном уровнях означает, что исполнительные функции в районах и областях осуществляют соответствующие местные (районные или областные) администрации, глав которых назначает президент. Главу правительства АР Крым назначает парламент АР Крым. Как уже говорилось выше, правительство АР Крым и другие региональные администрации должны обеспечивать соответствие принимаемых органами местного самоуправления решений (и в частности, в сфере здравоохранения) действующему законодательству. Кроме того, они координируют деятельность различных государственных служб. В свою очередь, главы местных администраций по согласованию с Минздравом назначают глав местных управлений здравоохранением и их заместителей, которые участвуют в процессе принятия решений. Министра здравоохранения АР Крым назначает на этот пост парламент; он утверждает назначения руководителей медицинских учреждений, а также глав других региональных органов управления здравоохранением.

С принятием закона «О местном самоуправлении в Украине» (1997) значительная часть бюджетных полномочий была делегирована областным и районным советам, которые передали управленческие функции в области здравоохранения соответствующим местным органам исполнительной власти. Примерно такие же взаимоотношения установлены и в АР Крым между Советом министров, республиканским Министерством здравоохранения и соответствующими представительными органами.

На муниципальном уровне эти обязанности переданы в ведение советов и их исполнительных органов, которые по закону отвечают также за управление медицинскими учреждениями на подведомственных территориях и наделены некоторыми дополнительными полномочиями, включая обеспечение населения доступной и бесплатной медицинской помощью, развитие сети медицинских услуг, планирование кадровых ресурсов, обеспечение льготных категорий населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, аккредитацию медицинских учреждений, а также внесение предложений в соответствующие органы о лицензировании индивидуальной предпринимательской дея-

тельности в сфере здравоохранения. Подотчетность органов местного самоуправления также разделена: Минздраву они подчиняются в части соблюдения норм и стандартов, а местным администрациям – в том, что касается финансирования и управления. К их ведению относятся:

- реализация национальной политики здравоохранения на местном уровне;
- составление проектов местных бюджетов, предложений по финансированию здравоохранения и отчетности перед местными советами о расходовании бюджетных средств;
- финансирование государственных учреждений здравоохранения и управление их деятельностью;
- объединение бюджетных и иных ресурсов в целях организации капитальных вложений в развитие учреждений здравоохранения;
- принятие необходимых мер по профилактике и искоренению инфекционных болезней.

Децентрализации посредством приватизации в значительной степени препятствуют положения Конституции, запрещающие сокращение существующей сети государственных учреждений здравоохранения. Поэтому частный сектор по большей части развивается путем создания новых частных медицинских учреждений и частной медицинской практики.

Местные органы наделены полномочиями по организации собственных служб здравоохранения; их деятельность является предметом жесткого регулирования из центра. Однако децентрализация финансирования, в совокупности с ростом потребностей населения в медицинской помощи, привела к углублению регионального неравенства между экономически развитыми и экономически слабыми регионами. Экономически слабые регионы страдали от нехватки устойчивых источников дохода, в результате чего здравоохранение стало тяжелым бременем для местных бюджетов. Некоторым муниципалитетам становилось все сложнее содержать свои медицинские учреждения. Однако с принятием Бюджетного кодекса (2001) были установлены строгие правила, предусматривающие введение с 2002 г. системы межбюджетных трансфертов. Объем трансфертов определяется на основе специальной формулы, учитывающей финансовые нормативы бюджетной обеспеченности, численность населения соответствующей территории и индекс относительной налоговоспособности местного бюджета. Этот механизм до некоторой степени позволяет обеспечить выравнивание финансовой обеспеченности бюджетов регионов и террито-

рий. Кроме того, в Бюджетном кодексе четко определены типы учреждений здравоохранения, которые могут финансироваться из бюджетов различных уровней. При этом государственные учреждения здравоохранения должны получать средства только из бюджета одного уровня.

Наиболее заметные перемены произошли в специализированных медицинских учреждениях. Законодательством предусматривается централизованное финансирование и управление специализированными учреждениями здравоохранения на областном уровне. К этим учреждениям относятся психиатрические, туберкулезные, кожно-венерологические и другие специализированные ЛПУ; как правило, они предполагают применение несложных методов лечения, но услугами этих учреждений пользуется значительное число пациентов. Решение о концентрации этих служб на областном уровне вызвало тревогу среди медицинских работников и организаторов здравоохранения, особенно в городах, где такие службы функционируют как независимые организационные единицы, поскольку такие изменения могут стать препятствием для интеграции городских служб здравоохранения. Передача этих учреждений в ведение органов областного уровня создала также проблемы и для областных бюджетов. В этой связи некоторыми городскими администрациями были приняты решения о формальном преобразовании таких учреждений посредством перепрофилирования специализированных учреждений в многопрофильные. Так, например, один из специализированных психоневрологических диспансеров в Днепропетровской области был объединен с пульмонологическим отделением городской больницы. Вновь созданная медицинская организация официально стала городской больницей. Переход к строгому правовому регулированию государственного финансирования медицинских учреждений привел к некоторому упорядочению использования бюджетных средств, но создал проблемы в области интеграции различных уровней оказания медицинской помощи.

2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

2.5.1 Информация, предоставляемая пациентам, и их права и возможности

По закону все граждане Украины имеют право на доступ к информации о состоянии своего здоровья и об услугах, которыми они могут воспользо-

зоваться, но механизмы доступа к такой информации не прозрачны. Пациенты также имеют право на доступ к качественной медицинской помощи, что обеспечивается аккредитацией учреждений здравоохранения. Однако пока что это не приобрело форму механизма повышения качества (см. раздел 4.1.2 «*Управление поставщиками медицинских услуг и регулирование их деятельности*»). Официально пациенты имеют право выбора врача и медицинского учреждения, но на практике это реализовать трудно, что обусловлено характером финансирования системы здравоохранения (см. главу 3 и раздел 6.2). В целом систему здравоохранения Украины нельзя назвать ориентированной на реальные потребности населения.

2.5.2 Процедуры обжалования (ходатайства, урегулирование претензий)

Конкретный правовой механизм рассмотрения жалоб пациентов в рамках системы здравоохранения отсутствует. Эта процедура производится в порядке, предусмотренном общим законодательством, касающимся рассмотрения жалоб граждан (закон «Об обращениях граждан» 1996 г.), а также законом «Об Уполномоченном Верховной рады Украины по правам человека».

2.5.3 Участие пациентов в деятельности системы здравоохранения

Несмотря на то что в стране действует ряд законодательных положений об участии общества в деятельности сектора здравоохранения и о различных объединениях пациентов, пока что они не играют активной роли в разработке политики и стратегии здравоохранения. Необходимость защиты прав пациентов отмечена во многих нормативных актах, например в рамочном законе о здравоохранении и в критериях аккредитации медицинских учреждений, но защита прав пациентов не является систематической частью политики здравоохранения Украины. В 2007 г. в Верховную раду был подан на рассмотрение проект закона о защите прав пациентов, в котором была установлена нормативно-правовая база государственной политики в этой области и прописаны положения о защите прав пациентов. Однако всестороннего обсуждения этого законо-

проекта пока не проводилось. В последние годы в Украине началось движение за создание общественных советов здравоохранения. Такие органы создаются при местных управлениях здравоохранением, медицинских учреждениях и независимых общественных организациях, но их влияние на деятельность отрасли пока невелико (Ангелов, 2007).

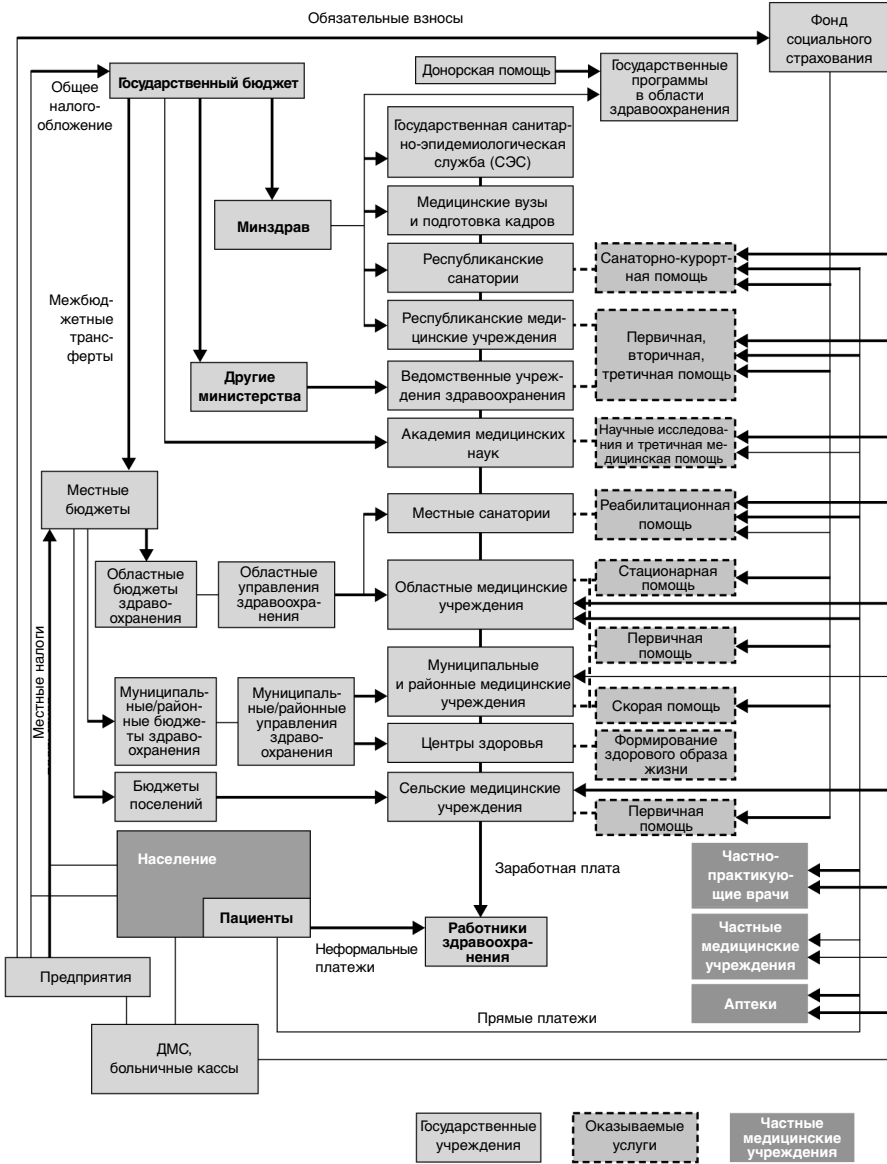
Население Украины очень критично оценивает состояние системы здравоохранения своей страны. В ходе одного из международных социологических опросов, который проводился в 2005 г. в 24 странах Европы, жители Украины поставили своей системе здравоохранения самые низкие оценки – всего 2–3 балла по десятибалльной шкале (Golovakha, Gorbachik & Panina, 2006). В результате другого социологического исследования, проведенного в 2006 г. в Николаевской области, выяснилось, что большинство респондентов оценивают степень доступности здравоохранения как низкую, а качество медицинских услуг считают неудовлетворительным (Глуховский, 2007). Главной причиной неудовлетворенности пациентов является качество медицинской помощи. Одно только Министерство здравоохранения ежегодно получает около 5000 письменных жалоб. И это лишь малая толика от их общего числа, поскольку большая часть жалоб поступает и рассматривается на более низких административных уровнях.

3 Финансирование

По стандартам стран Европейского региона ВОЗ, расходы на здравоохранение в Украине невысоки, и с середины 1990-х гг. расходы сектора, исчисляемые в процентах от ВВП, существенно не увеличились. В 2008 г. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение в стране составила 55,7% (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). Львиная доля государственных расходов на здравоохранение идет на финансирование стационарной помощи, и лишь относительно малая их часть (22,7%) – на амбулаторную помощь. Частные расходы на здравоохранение складываются преимущественно из личных расходов населения на оплату медицинской и медикаментозной помощи, которые из-за высоких цен на лекарства довольно велики: как правило, пациенты покупают лекарства по их полной стоимости; также распространены значительные неформальные платежи.

Официально всем гражданам Украины гарантировано конституционное право на бесплатное медицинское обслуживание. Тем не менее в украинской системе здравоохранения практически повсеместно взимается плата с пациентов. Правительство пытается ввести весьма ограниченный набор бесплатных медицинских услуг, но на практике решение вопроса, какие услуги должны финансироваться из бюджета, а какие население будет оплачивать за собственный счет, фактически отдано на усмотрение конкретных медучреждений. Такой подход лишает систему прозрачности и, соответственно, способствует росту неформальных платежей за медицинские услуги. Большая часть финансирования здравоохранения производится за счет бюджета, который складывается из налоговых поступлений (налогов на добавленную стоимость, на доходы от предпринимательской деятельности, на доходы от внешнеторговой деятельности и акцизных сборов и др.). Подоходный налог составляет лишь небольшая часть доходов бюджета (см. рис. 3.1). Значительная часть общих расходов на здравоохранение приходится на личные расходы граждан на оплату медицинской и медикаментозной

Рис. 3.1
Схема финансирования системы здравоохранения



помощи. Помимо этого в стране действуют ограниченные схемы ДМС. Финансовые средства консолидируются на национальном и местном уровнях, поскольку органы местного самоуправления имеют право распоряжаться частью налоговых поступлений, собираемых на подведомственных территориях. В целях выравнивания доходов местных бюджетов действует механизм межбюджетных трансфертов, направленный на повышение доходной части бюджетов наименее экономически развитых регионов, в которых органы местной власти не в состоянии собрать достаточного объема поступлений в бюджет. За исключением двух пилотных регионов, распределение бюджетных ассигнований и выплат на здравоохранение производится строго в соответствии с постатейными бюджетами, т. е. так же, как это было в советской системе Семашко. Это означает, что медицинские учреждения финансируются в зависимости от используемых ресурсов: мощностей и численности персонала медицинских учреждений, вне зависимости от объема и качества предоставляемых услуг.

3.1 Расходы на здравоохранение

Госкомстат Украины является основным источником данных о расходах на здравоохранение. Однако фактические расходы на здравоохранение превышают официальные цифры в силу того, что официальная статистика не в полной мере отражает неформальные платежи граждан. Национальные счета здравоохранения (НСЗ) были введены только недавно – это было сделано для получения более полной отчетности и в целях мониторинга данных о финансировании здравоохранения. На основании подхода к созданию НСЗ, разработанного ОЭСР в 2000 г., было проведено исследование общих расходов на здравоохранение в Украине в период 2003–2004 гг. При этом особое внимание уделялось финансированию услуг, оказываемых лицам, живущим с ВИЧ/СПИД (Гоцадзе Г. и др., 2006). В данном исследовании расходы государственных и частных компаний определялись на основе официальных данных Госкомстата Украины. Для оценки объемов донорской помощи были опрошены сами доноры и проанализированы отчеты национальных и международных организаций. Для оценки объема частных расходов населения на оплату медицинской и медикаментозной помощи использовались данные, полученные в результате проведенного в 2003–2004 гг. специального опроса домохозяйств. В этом опросе участвовало 10 238 домохо-

зьяств и 26 675 респондентов. Он охватывал все население страны, за исключением военнослужащих, заключенных, лиц, постоянно проживающих в школах-интернатах и домах престарелых и инвалидов, а также лиц из маргинальных групп населения (бездомных и т. д.). Однако у экспертов все равно сложилось впечатление, что данные об объеме личных расходов населения на оплату медицинских услуг в этом исследовании оказались заниженными (Гоцадзе Г. и др., 2006). В этой связи Госкомстату Украины было рекомендовано в будущем пересмотреть свои методики проведения опросов домохозяйств в целях получения оценок для системы НСЗ.

Материалы проекта НСЗ послужили основой для разработки Методологических рекомендаций по составлению Национальных счетов здравоохранения, утвержденных приказом № 137 Госкомстата Украины от 10 мая 2007 г. В результате Госкомстатом Украины в 2005 г. впервые была составлена обобщенная таблица НСЗ. В настоящей главе преимущественно использованы официальные данные Госкомстата Украины. Сопоставить данные за период до 1996 г. с данными за последующий период не представляется возможным.

После затяжного экономического кризиса 1990-х гг. в 2000 г. расходы на здравоохранение в Украине значительно возросли. По данным Госкомстата Украины, в период с 1999 по 2006 г. официальные подушевые расходы на здравоохранение увеличились в 5,1 раза. Данные НСЗ свидетельствуют о том, что общие расходы на здравоохранение возросли в 3,4 раза. Однако динамика реальных расходов, с учетом инфляции, оказалась ниже (всего в 1,3 раза выше за период 2003–2008 гг.). В 1999 г. годовой рост общих расходов на здравоохранение был примерно на 9% меньше, чем в предыдущем году, что явилось результатом финансового кризиса 1998 г., затронувшего практически все страны СНГ. В период с 2000 по 2003 г. расходы на здравоохранение с каждым годом увеличивались (на 9,3% в 2000 г., до 24,9% в 2003 г.), что явилось отражением быстрого роста украинской экономики. Из-за политического кризиса 2004 г. темпы экономического роста замедлились, а расходы на здравоохранение в 2005 г. уменьшились (на 2,6%). В 2006 г. уровень расходов увеличился на 8,1% (в 2007 г. – на 7,7%, а в 2008 г. – на 4,3%) по сравнению с предыдущими годами (см. табл. 3.1). Общие расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, по меркам стран Европейского региона ВОЗ остаются относительно невысокими (см. рис. 3.2).

Динамика подушевых расходов на здравоохранение по ППС в долларах США аналогична динамике реальных расходов на здравоохранение в национальной валюте: в конце 1990-х гг. наблюдался их спад, а в пер-

Таблица 3.1

Динамика расходов на здравоохранение в 1999–2008 гг.

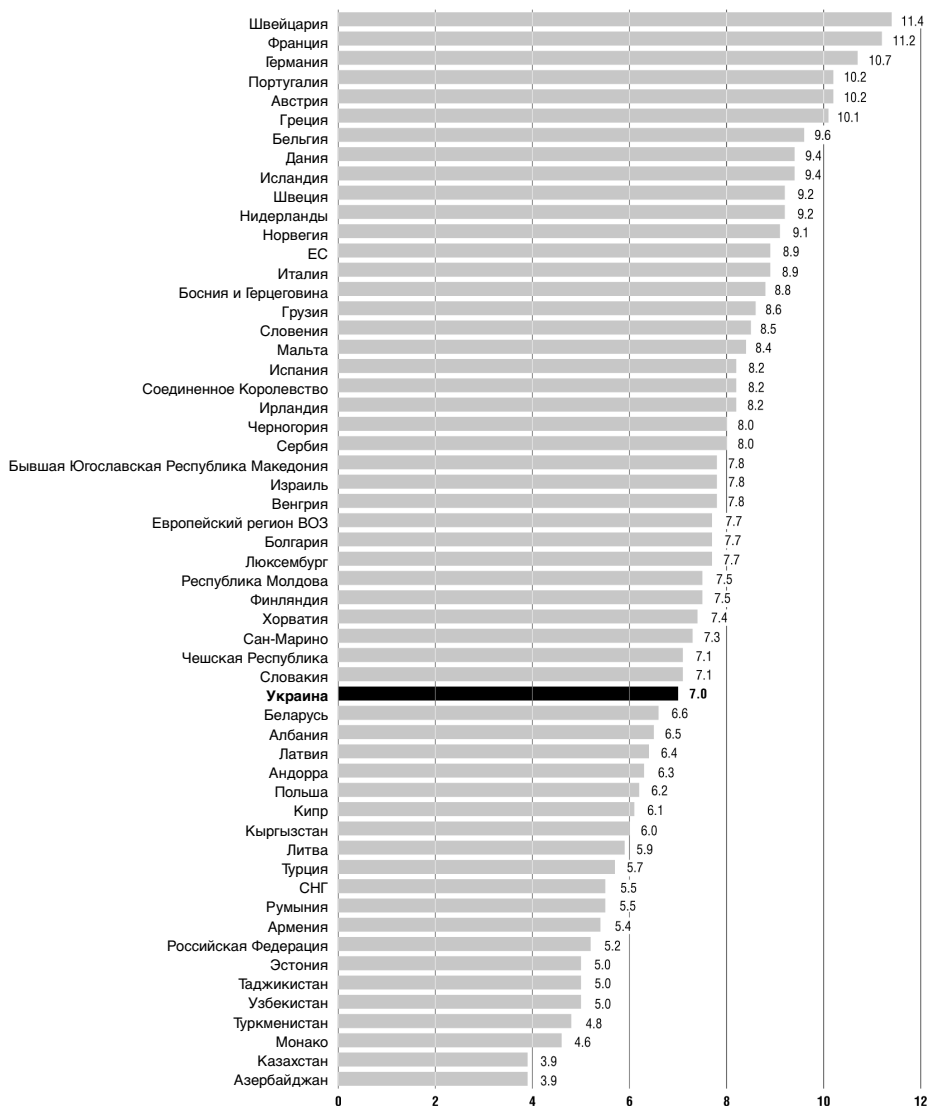
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Общие подушевые расходы на здравоохранение, в гривнах	119,5	160,5	201,9	251,6	339,0/ 390,4 ^a	412,3/ 485,2 ^a	499,8/ 603,0 ^a	748,7	990,0	1328,2
Общие подушевые расходы на здравоохранение с учетом инфляции, в гривнах	70,9	77,5	88,6	104,8	130,9/ 150,7 ^a	138,3/ 162,8 ^a	134,7/ 162,5 ^a	175,8	189,4	197,6
Общие подушевые расходы на здравоохранение, в долл. США	29,0	29,1	38,1	46,8	63,6/ 73,2 ^a	77,8/ 91,2 ^a	99,0/ 119,4 ^a	148,3	196,0	259,8
Общие подушевые расходы на здравоохранение по ППС ^b , в долл. США	187,0	195,0	209,0	250,0	314,0	348,0	387,0	427,0	475,0	498,0
Общие расходы на здравоохранение, в % ВВП	4,5	4,6	4,9	5,4	6,1/ 7,0 ^a	5,7/ 6,6 ^a	5,3/ 6,4 ^a	6,4	6,4	6,6
Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, %	65,5	62,0	62,3	62,1	66,6/ 58,0 ^a	68,3/ 58,1 ^a	66,0/ 59,3 ^a	60,4	61,5	57,2
Доля прочих источников финансирования в общих расходах на здравоохранение, %	34,5	38,0	37,7	37,9	33,4/ 42,0 ^a	31,7/ 41,9 ^a	33,9/ 40,7 ^a	39,6	38,5	42,8
Доля официальных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение, %	34,5	38,0	37,7	37,9	33,0 ^a	30,8 ^a	32,1 ^a	–	–	–
Доля неформальных платежей в общих расходах на здравоохранение, %	–	–	–	–	8,5 ^a	10,4 ^a	8,3 ^a	–	–	–
Доля внешних источников финансирования, %	–	–	–	–	0,5 ^a	0,7 ^a	0,3 ^a	0,3	0,3	0,3
Ежегодный прирост общих реальных расходов на здравоохранение по сравнению с 1996 годом, %	–8,6	+9,3	+14,3	+18,3	+24,9	+5,6	–2,6	+8,1	+7,7	+4,3

Источники: Державний комітет статистики України, 2001–2007, 2010а; Центр медичної статистики, 2001–2008, 2007; ^a Гоцадзе Г. и др., 2006; ^b WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

вом десятилетия XXI века – рост. По оценкам ВОЗ (WHO, 2010), реальные масштабы изменений за период с 1996 по 2008 г. несколько выше: по ППС расходы на здравоохранение увеличились со 176 долл. США в 2006 г. до 488 долл. США в 2008 г. (см. рис. 3.3).

Точно определить уровень общих расходов на здравоохранение в Украине довольно сложно. Главным образом это обусловлено проблемами с получением данных о затратах на здравоохранение в неофициальном секторе. В период с 1998 по 2005 г. объем общих расходов на здравоохранение колебался в пределах от 5,0 до 6,5% ВВП и был близок к среднему значению этого показателя по странам СНГ (см. рис. 3.4). Данные НСЗ Украины показывают, что общие расходы на здравоохранение в 2003 и 2004 гг. составляли 7,0% ВВП, а в 2008 г. –

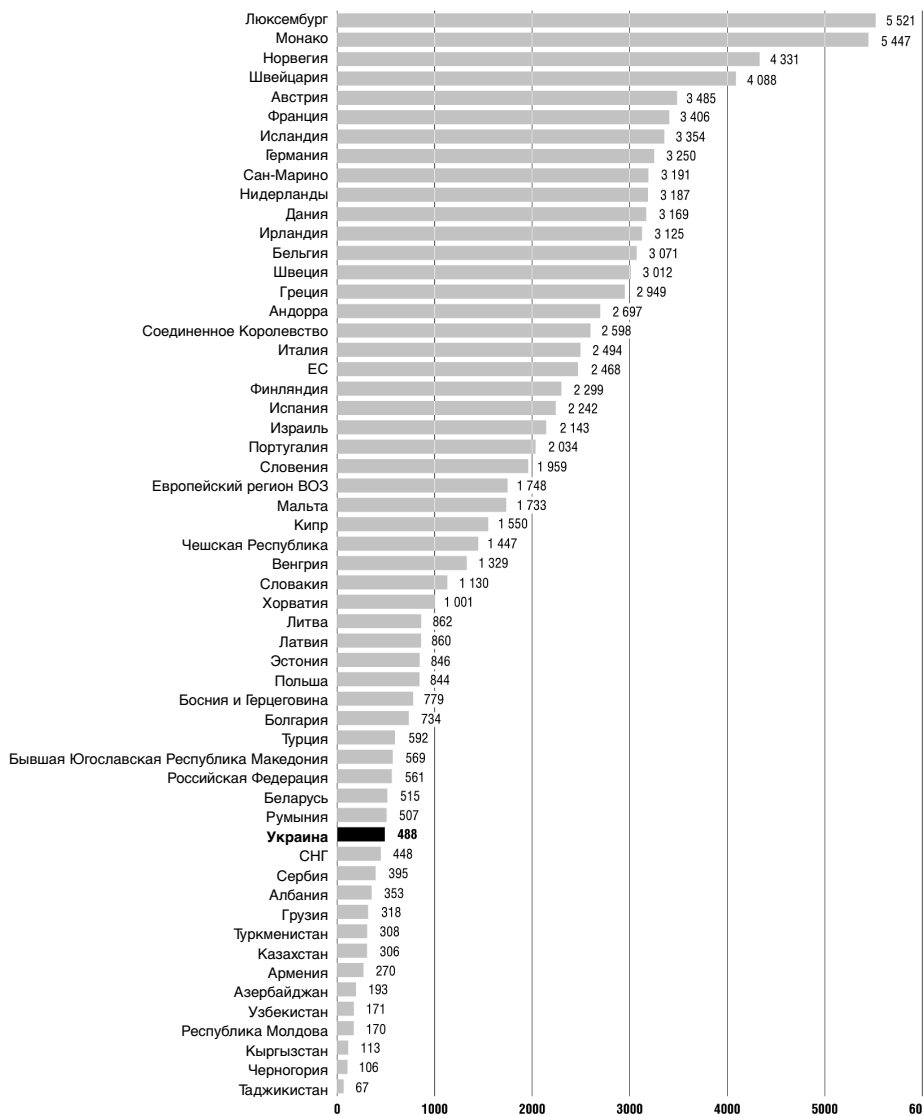
Рис. 3.2
Расходы на здравоохранение (в % ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ, 2005 г.



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

Рис. 3.3

Подушевые расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ по ППС, в долл. США, 2005 г.



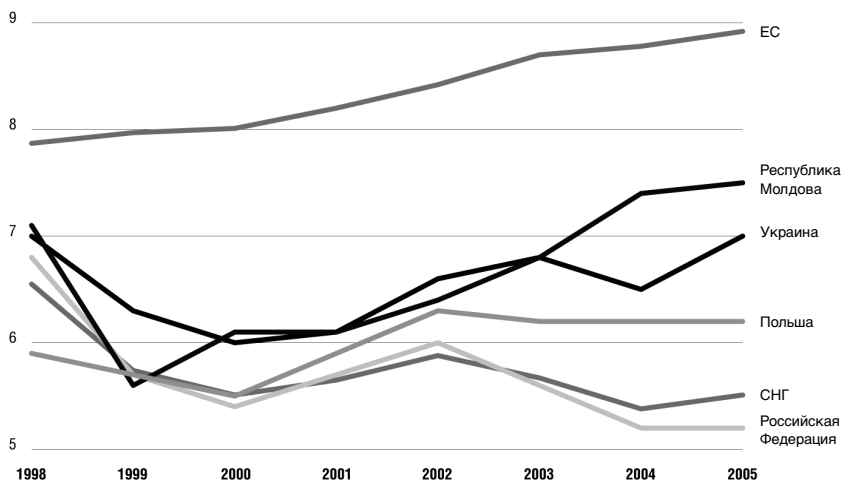
Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010а.

6,4% ВВП. Однако в данные НСЗ включены неформальные платежи за услуги здравоохранения, в то время как уровень ВВП вычисляется только на основании официальных данных, без учета достаточно значительного неформального сектора, и поэтому в НСЗ уровень общих расходов на здравоохранение, выраженных в процентах от ВВП, может быть выше фактического. Например, в первом квартале 2007 г. неформальный сектор составил 26% официального ВВП (Міністерство економіки України, 2007). Официальные данные о расходах на здравоохранение свидетельствуют о том, что в период с 1996 по 2006 г. уровень этих расходов колебался в пределах от 4,5 до 6,0% ВВП, достигнув своего минимума в 1999–2000 гг. (4,5–4,6% ВВП). В 2001–2003 гг. расходы на здравоохранение росли, но в 2004–2005 гг. снова упали – с 7,0 до 6,4% ВВП (см. табл. 3.1). В целом рост общих расходов на здравоохранение, исчисляемых в процентах от ВВП, не соответствовал темпам роста украинской экономики.

В большинстве стран СНГ после обретения независимости общие расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП, сократились, а в некоторых странах, включая и Украину, уровень общих расходов так и остался низким (см. рис. 3.4). Подушевые расходы на здравоохранение, исчисляемые по ППС, в Украине одни из самых низких в

Рис. 3.4

Расходы на здравоохранение (в % ВВП), Украина и некоторые другие страны, 1998–2005 гг.



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

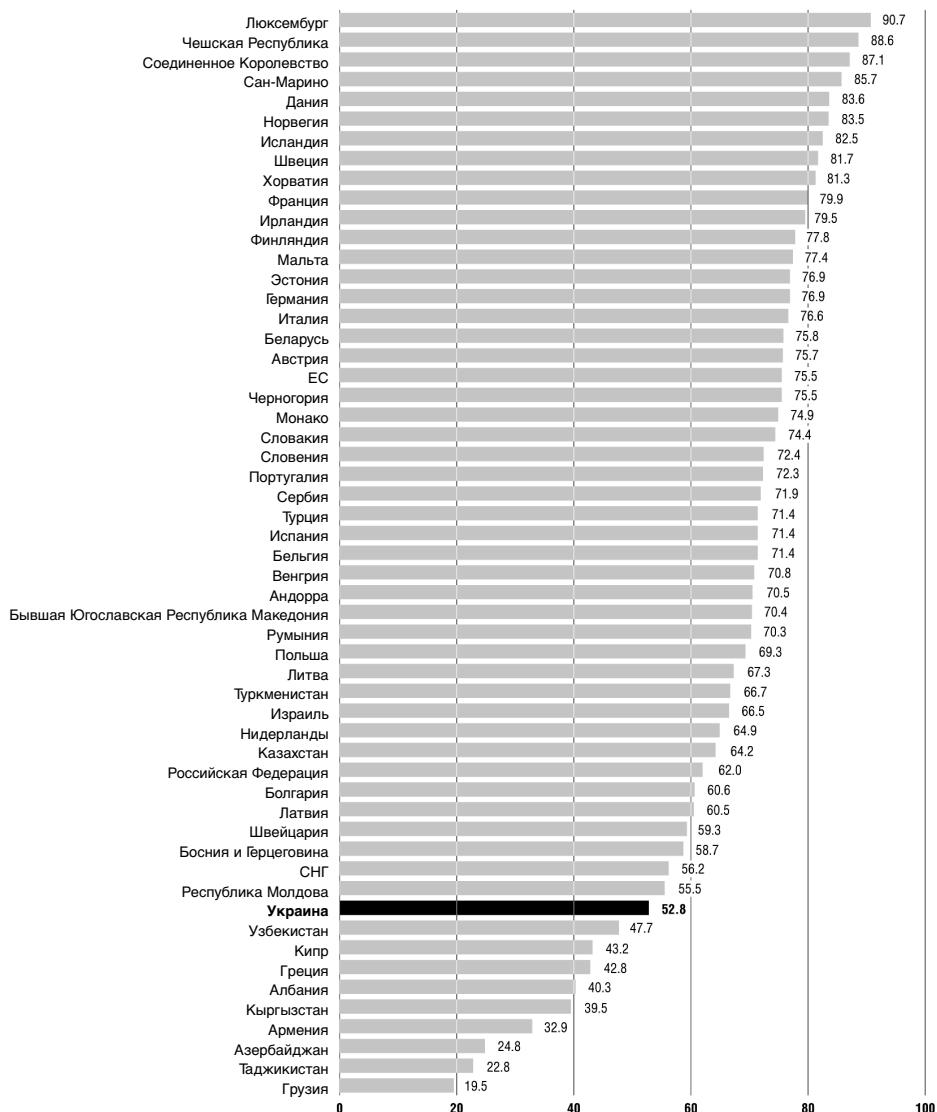
Европейском регионе ВОЗ (см. рис. 3.3), что свидетельствует о низком приоритете здравоохранения в стране.

По данным официальной статистики, доля государства в общих расходах на здравоохранение в 1996 г. составила более 80%, но за период с 2000 по 2002 г. упала до 62%. Некоторое увеличение доли государства в общих расходах на здравоохранение наблюдалось только в период с 2003 по 2006 г. (66–68%). НСЗ, включающие оценки неформальных платежей, показывают, что в 2003–2008 гг. доля государства в общих расходах на здравоохранение составляла примерно 60%. Для стран Европейского региона ВОЗ такой показатель является низким (см. рис. 3.5).

В табл. 3.2 представлены данные по основным направлениям расходования средств системы здравоохранения в Украине в относительных величинах – в процентах от общих расходов на здравоохранение в 2003, 2004 и 2008 гг. Более половины общих расходов на здравоохранение идет на финансирование медицинских услуг. Примерно четверть приходится на больничный сектор; около 13–14% – на амбулаторную помощь (включая первичную медико-санитарную помощь и амбулаторные консультации врачей – узких специалистов). Оба вида услуг финансируются главным образом из государственных источников. По сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ Украина тратит на амбулаторную помощь относительно небольшую часть текущих расходов на здравоохранение. По мнению экспертов, это признак нерационального использования ресурсов, поскольку пациентов, которых можно было бы вылечить амбулаторно, вместо этого помещают в стационар (Гоцадзе Г. и др., 2006). Значительные средства (около 7%) тратятся на реабилитационную помощь, оказываемую в основном в санаторно-курортных учреждениях, где пациенты проводят отпуск и получают восстановительное лечение (что является наследием советской эпохи). На сопутствующие услуги уходит около 4,5% общих расходов на здравоохранение. Государство оплачивает примерно половину расходов на реабилитацию и одну четверть расходов на сопутствующие услуги: лабораторную диагностику, рентгеновские обследования и другие диагностические процедуры. Таким образом, три четверти сопутствующих медицинских услуг оплачивается за счет пациентов. На оплату лечения в психиатрических и наркологических клиниках, в дневных стационарах, а также на оплату услуг долговременной медицинской помощи в случаях, когда практически все расходы покрываются за счет государственных источников финансирования, идет относительно малая часть общих расходов на здравоохранение.

Рис. 3.5

Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение (%) в странах Европейского региона ВОЗ, 2005 г.



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

Таблица 3.2

Государственные расходы на здравоохранение по основным направлениям расходования (в % общих расходов на здравоохранение, 2003, 2004 и 2008 гг.)

Направления расходования	Общие расходы (% общих расходов на здравоохранение)			Государственные расходы (% общих расходов на здравоохранение)		
	2003	2004	2008 ^b	2003	2004	2008 ^b
Управление системой здравоохранения	3,3	3,2	2,8	3,3	3,2	2,7
Образование и подготовка кадров	2,1	2,1	–	2,1	1,9	–
Научные исследования в области здравоохранения	0,4	0,4	–	0,4	0,4	–
Капитальные вложения в учреждения здравоохранения	3,1	4,7	5,5	3,1	4,7	5,1
Общественное здравоохранение и профилактика заболеваний ^a	3,7	3,7	3,4	3,5	3,3	3,2
Лекарства	32,7	32,7	32,7	1,0	1,2	0,5
Изделия медицинского назначения	–	–	–	–	–	–
Медицинские услуги	53,6	52,1	52,6	43,9	42,4	44,2
– стационарная помощь	24,5	23,6	27,1	24,2	23,2	22,2
– дневные стационары	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
– амбулаторная помощь (кроме стоматологической)	12,7	12,7	14,3	10,8	10,8	13,0
– амбулаторная стоматологическая помощь	1,4	1,4	1,4	0,9	0,8	0,8
– сопутствующие услуги	4,5	4,5	4,6	1,1	1,1	1,2
– помощь на дому	–	–	–	–	–	–
– лечение в психиатрических и наркологических клиниках	2,5	2,5	–	2,3	2,3	–
– долговременная помощь	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
– реабилитационная помощь	7,4	6,9	4,8	4,0	3,8	–
– прочие услуги	1,1	1,1	2,8	0,6	1,1	–

^a Включая международную помощь в области профилактики инфекционных болезней и услуги в области планирования семьи

Источники: Гоцадзе Г. и др., 2006; ^b Державний комітет статистики України, 2010а.

Расходы на оплату медикаментов и изделий медицинского назначения составляют довольно значительную часть общих расходов на здравоохранение (33%). За счет государственных источников покрывается лишь малая часть этих расходов (около 0,5–1%). Здесь основное бремя расходов несет население, поскольку большую часть лекарств и изделий медицинского назначения как для амбулаторного, так и для стационарного лечения пациенты должны покупать за собственный счет. На оплату услуг в области общественного здравоохранения и профилактики заболеваний приходится всего 3,5–4% общих расходов на здравоохранение. Это очень мало, особенно учитывая масштаб проблем в этой сфере: в стране идет убыль населения, эпидемии ВИЧ/СПИД и туберкулеза, высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и т. д. (см. раздел 1.4).

3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание

Официально гражданам Украины гарантировано конституционное право на бесплатное медицинское обслуживание. Статья 49 Конституции Украины гласит (Верховна Рада України, 1996):

- Каждый имеет право на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование.
- Охрана здоровья обеспечивается государственным финансированием соответствующих социально-экономических, медико-санитарных и оздоровительно-профилактических программ.
- Государство создает условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно; существующая сеть таких учреждений не может быть сокращена. Государство способствует развитию лечебных учреждений всех форм собственности.
- Государство заботится о развитии физической культуры и спорта, обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие.

В соответствии с Основами законодательства о здравоохранении в Украине 1992 г., иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Украины, пользуются такими же правами и несут такие же обязанности в области здравоохранения, как и граждане Украины. Права и обязанности в области здравоохранения иностранных граждан и лиц без гражданства, временно находящихся на территории Украины, определяются законодательством и соответствующими международными договорами. Никаких юридических барьеров для получения медицинской помощи различными группами населения нет. Статья 38 Основ законодательства о здравоохранении в Украине гласит, что «каждый пациент имеет право, если это оправдано его состоянием, быть принятым в любом государственном лечебно-профилактическом учреждении по своему выбору, если это учреждение имеет возможность обеспечить соответствующее лечение».

Вследствие экономического спада 1990-х гг. объем государственного финансирования здравоохранения существенно снизился. В результате государство оказалось не в состоянии предоставить реальное финансовое обеспечение своих обязательств по предоставлению всем гражда-

нам страны всеобщего бесплатного медицинского обслуживания. Для того чтобы справиться с этой ситуацией, правительство предприняло несколько попыток введения норм и ограничений, касающихся гарантированного государством объема бесплатного медицинского обслуживания, увязав это с реальными экономическими и финансовыми возможностями страны. Постановлением кабинета министров № 1138 от 17 сентября 1996 г. был официально утвержден перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Было заявлено, что этот официальный перечень должен включать только те услуги, которые не считаются жизненно важными. В реальности, однако, список медицинских услуг, которые могли предоставляться за плату, был, по существу, не ограничен. Лечебно-профилактическим учреждениям было разрешено взимать плату за услуги, не относящиеся к их основной сфере деятельности. К таким процедурам были отнесены обследование и лечение пациентов, обратившихся за помощью по направлению частнопрактикующих врачей, трансплантация органов и тканей, реконструктивная хирургия, почти все виды стоматологической помощи и многие другие услуги. Кроме того, медицинским учреждениям разрешили обращаться к пациентам с предложениями о добровольной компенсации за оказанные услуги, что, по существу, является скрытой формой оплаты. Полностью бесплатным осталось только медицинское обслуживание детей.

Отсутствие четких границ между платными и бесплатными услугами привело к росту тарифов на медицинские услуги и значительному сокращению доступа населения к медицинской помощи. Это вызывало всеобщее возмущение и потоки жалоб. Дважды – в 1998 и 2002 гг. – Конституционный суд Украины рассматривал вопрос о конституционности взимания платы с пациентов за медицинские услуги. В мае 2002 г. им было принято решение, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь должна предоставляться всем гражданам независимо от ее объема «без предварительной, текущей или последующей оплаты». Одновременно была сделана оговорка, что на платной основе в государственных и муниципальных учреждениях могут предоставляться услуги, напрямую не входящие в медицинскую помощь. Была признана возможной также мобилизация дополнительных ресурсов с использованием механизмов добровольного медицинского страхования и других форм финансового участия населения в финансировании здравоохранения – например, путем создания больничных касс и кредитных союзов.

Объем гарантированной государством медицинской помощи в течение более чем двух лет был предметом жарких споров, но лишь по постановлению Конституционного суда правительство наконец утвердило Программу государственных гарантий предоставления гражданам Украины бесплатной медицинской помощи (2002). В этой программе определен перечень услуг, которые государственные и муниципальные учреждения здравоохранения должны оказывать бесплатно, а также стандарты, касающиеся объема оказываемых услуг. Этот перечень включает следующие виды помощи:

- скорая и неотложная;
- амбулаторно-поликлиническая;
- стационарная – в случае острого заболевания и в неотложных случаях, когда необходимо интенсивное лечение, круглосуточный медицинский надзор и госпитализация;
- неотложная стоматологическая помощь (в полном объеме – детям, инвалидам, студентам, беременным, женщинам с детьми до трех лет);
- доврачебная медицинская помощь сельским жителям;
- санаторно-курортная помощь детям и инвалидам;
- содержание детей в домах ребенка.

Стандарт оказания амбулаторно-поликлинической помощи был установлен из расчета числа посещений на 1000 населения, стандарт оказания стационарной помощи – из расчета числа госпитализаций на 1000 населения, числа коек на 1000 населения и средней продолжительности пребывания в стационаре, стандарт оказания неотложной медицинской помощи – из расчета числа вызовов на 1000 населения. В этом смысле Программа государственных гарантий предоставления гражданам Украины бесплатной медицинской помощи устанавливает принцип подотчетности путем увязки обязательств государства по оказанию населению бесплатной медицинской помощи с планируемыми расходами на здравоохранение. Но несмотря на все это, ни стандарты оказания медицинской помощи, ни объем финансирования, покрывающий расходы на оказание услуг в рамках Программы государственных гарантий, все еще не определены.

Постановлением кабинета министров № 989 от 11 июля 2002 г. был утвержден перечень платных услуг, предоставляемых в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в тех случаях, когда сам пациент или третьи лица оплачивают их в полном объеме.

В соответствии с этим постановлением платными должны быть следующие виды услуг: лечение бесплодия, косметологические услуги, анонимное обследование и лечение алкоголизма, наркомании и ИППП, хирургическое прерывание беременности (кроме аборт по медицинским показаниям), протезирование, в том числе зубное, слуховое и глазное, коррекция зрения с помощью очков и контактных линз, стоматологическая помощь, предоставляемая населению в государственных учреждениях здравоохранения, физиотерапия для взрослых, медицинские осмотры при принятии на работу и для получения удостоверений водителя транспортных средств, медицинские осмотры для получения разрешения на право получения и ношения оружия гражданами, а также соответствующие периодические профилактические медицинские осмотры, логопедическая помощь, лечение заикания у взрослых, медицинская помощь на дому (в случаях, когда лечение можно проводить амбулаторно), диагностические обследования по обращениям граждан, которые предоставляются без направления от врачей, пребывание в стационаре родителей в связи с уходом за детьми в возрасте до 6 лет, если это обусловлено состоянием больного ребенка, медицинское обслуживание спортивных соревнований, массовых культурных и общественных мероприятий, медицинское обслуживание иностранных граждан и другие услуги. Четкие критерии, позволяющие определить, какие услуги должны предоставляться на платной основе, отсутствуют, но на основании приведенного выше перечня можно заключить, что оплата должна взиматься за услуги, не являющиеся жизненно важными.

Таким образом, в Украине перечень гарантированных государством бесплатных услуг здравоохранения достаточно широк, но в реальности решение этого вопроса отдано на усмотрение поставщиков медицинских услуг, которые сами должны решать, какие услуги они будут оказывать бесплатно, а какие – за плату. Некоторые категории населения имеют льготы на приобретение лекарств при амбулаторном лечении. В частности, льготы предоставляются ветеранам войны и так называемым социально незащищенным категориям населения: пациентам с социально значимыми и тяжелыми заболеваниями, инвалидам труда, инвалидам всех трех групп, инвалидам от рождения, детям-инвалидам в возрасте до 16 лет, пенсионерам, получающим минимальный размер пенсии, детям в возрасте до 6 лет, девочкам-подросткам и женщинам, имеющим медицинские противопоказания к беременности (им контрацептивы предоставляются бесплатно), жертвам чернобыльской катастрофы, лицам в возрасте до 18 лет, страдающим алопецией в результа-

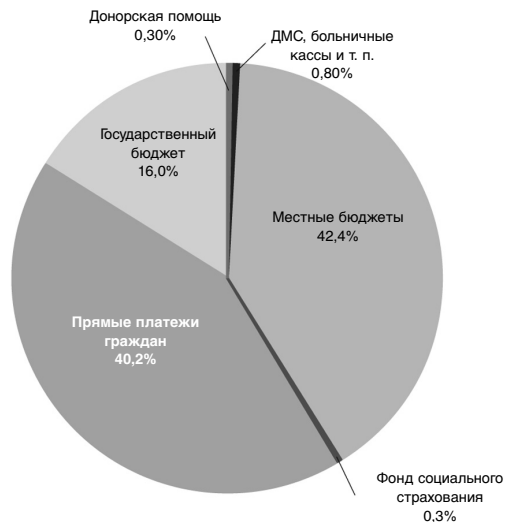
те химической интоксикации в городе Черновцы в 1988 г., пенсионерам и инвалидам, являющимся жертвами политических репрессий, почетным донорам.

3.3 Сбор и источники финансовых средств

Финансирование системы здравоохранения Украины осуществляется за счет нескольких источников (см. рис. 3.6). Поскольку отсутствие надлежащей системы учета не позволяет в динамике проанализировать структуру расходов на здравоохранение, оплачиваемых из различных источников, то в данной главе будут преимущественно рассматриваться данные, полученные после введения системы НСЗ, т. е. с 2003 по 2008 г. (см. табл. 3.3). Но даже и в НСЗ участие населения в финансировании здравоохранения недооценено (Гоцадзе Г. и др., 2006). Данные различных региональных опросов свидетельствуют о том, что на самом деле доля населения в финансировании системы здравоохранения примерно на 10% выше (Крячкова, Бечке и Бойко, 2000; Літвак, Погорілий и Тішук, 2001; Лехан, Крячкова и Максименко, 2007).

Рис. 3.6

Структура общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2008 г.



Источник: Державний комітет статистики України, 2010а.

Таблица 3.3

Общие расходы на здравоохранение по источникам финансирования в Украине (в %), 2003–2008 гг.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Государственные источники, в том числе:	58,0	58,1	59,3	60,6	61,7	57,2
– Государственный (центральный) бюджет	18,2	20,2	17,5	16,3	18,6	15,6
– Местные бюджеты	39,5	37,7	41,6	44,1	42,8	41,4
– Фонды социального страхования	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Частные источники, в том числе:	41,5	41,2	40,4	39,4	38,3	42,5
– Прямые платежи граждан	38,5	38,2	37,4	36,2	34,6	39,3
– Расходы частных предприятий	2,2	2,2	2,2	2,3	2,8	2,3
– ДМС	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
– Больничные кассы	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Внешние источники финансирования	0,5	0,7	0,3	0,3	0,3	0,3
Всего^а	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источники: Гоцадзе Г. и др., 2006; Державний комітет статистики України, 2010а.

Примечание: ^а с учетом ошибки округления.

3.3.1 Обязательные источники финансирования

Основными источниками финансирования здравоохранения являются государственный и местные бюджеты (см. табл. 3.3). Общие доходы бюджета Украины складываются в основном из налоговых поступлений (более 70% всех видов дохода), неналоговых доходов, доходов от торговли капиталом и из других источников. Большая часть налоговых поступлений (налоги на добавленную стоимость, на доходы от предпринимательской деятельности, на доходы от внешнеэкономической деятельности, акцизные сборы) поступает в государственный бюджет. Местные бюджеты складываются в основном за счет части налоговых поступлений, собираемых в различных административно-территориальных единицах. На эту статью приходится около 85% доходов местных бюджетов. В местные бюджеты поступают налоги от малого бизнеса, земельные налоги, платежи за выдачу разрешений на ведение определенных видов предпринимательской деятельности, налоги на автотранспортные средства, платежи за загрязнение окружающей среды, а также местные налоги, пошлины и сборы. Государственные ставки налогообложения устанавливаются в соответствии с налоговым законодательством, которое принимает парламент (Верховная рада). Ставки местных налогов и сборов устанавливаются местными администрациями. Целевых налогов на финансирование здравоохранения нет, и система налоговых скидок для тех, кто приобретает медицинскую страховку, не предусмотрена.

Государственная налоговая служба, включающая в себя Государственную налоговую инспекцию Украины и региональные и муниципаль-

ные налоговые органы, отвечает за обеспечение проведения в жизнь налогового законодательства, собираемость налогов в надлежащем объеме и своевременность налоговых платежей. Налоговая служба координирует работу с финансовыми органами и Государственным казначейством. Она отчитывается о поступлениях в казну всех налогов, сборов и платежей. Финансирование здравоохранения считается обязанностью государства. В соответствии с украинским законодательством исполнение государственных функций может быть делегировано органам нижестоящего уровня. В случае делегирования полномочий нижестоящему уровню государственный бюджет должен обеспечить финансирование передаваемых полномочий либо посредством передачи государственных налогов, сборов, обязательных платежей или их частей в бюджеты соответствующих уровней, либо посредством предоставления соответствующих трансфертов из национального бюджета. Для определения объема межбюджетных трансфертов в Украине применяется так называемый финансовый норматив бюджетной обеспеченности, т. е. гарантированный государством в пределах имеющихся бюджетных средств уровень финансового обеспечения задач и функций, делегируемых органам местного уровня. В реальности правительство недофинансирует ассигнования, вынуждая местные органы власти использовать для этого собственные средства. В 2005 г. доходы местных бюджетов использовались для финансирования социальных программ, включая здравоохранение (Ганущак, 2006). Поскольку сбор средств осуществляется в рамках системы общего налогообложения, то финансирование здравоохранения должно быть прогрессивным. Однако украинская система имеет ряд регрессивных характеристик. Например, наличие двух схем налогообложения – стандартной и упрощенной – подрывает целостность системы налогообложения. Кроме того, распространенная повсеместно практика ухода от налогов и существование налоговых льгот порождают значительные диспропорции в распределении налогового бремени. В стране действует плоская шкала подоходного налога: для лиц с различными уровнями дохода установлена единая ставка. В результате украинская система налогообложения является не столько прогрессивной, насколько могла бы быть, а ее стабильности, эффективности и простоте администрирования препятствует ряд пробелов в законодательстве.

Постановлением кабинета министров Украины № 815 от 13 июня 2007 г. был утвержден Национальный план развития системы здравоохранения на период до 2010 г., направленный на ее реформирование.

Один из разделов этого плана посвящен укреплению финансовой базы отрасли путем перехода к системе обязательного медицинского страхования. Однако проблема поиска дополнительных источников финансирования пока не решена. Ввести систему обязательного медицинского страхования не позволяет целый ряд экономических причин. Во-первых, это ляжет тяжелым налоговым бременем на работодателей (налог на социальное страхование и так уже составляет 39% фонда заработной платы). Во-вторых, повышение цен на коммунальные услуги, в особенности на газ, подорвало конкурентоспособность украинской экономики и тем самым снизило шансы на достижение консенсуса по вопросу о введении, по существу, еще одного подходящего налога.

3.3.2 Личные расходы граждан на оплату медицинской и медикаментозной помощи

По данным НСЗ, в 2003–2008 гг. на долю личных расходов населения на оплату услуг здравоохранения приходилось около 40% общих расходов на здравоохранение (минимум – 34,6% в 2007 г., максимум – 42,5% в 2008 г.). Все виды личных расходов населения на оплату услуг здравоохранения неуклонно растут. Это относится ко всем видам расходов: официально установленные платежи за оказанные медицинские услуги, расходы на приобретение лекарств и изделий медицинского назначения и неформальные платежи. В 1990-х гг. доля официальных платежей граждан за медицинские услуги и медикаменты в общих расходах на здравоохранение значительно возросла (с 19% в 1996 г. до 38% в 2000 г.). В период с 2000 по 2002 г. она стабилизировалась на отметке 38%, после чего, в 2003–2006 гг., слегка уменьшилась – до 32–34%. Платежи за услуги составляют относительно небольшую часть (7,3–8,6%) общих расходов на здравоохранение, или 19,7–22,5% объема личных расходов граждан на медицинскую помощь. На долю платных услуг, оказываемых в государственных и частных учреждениях здравоохранения, приходится всего 2,9–3,1% общих расходов на здравоохранение. Долю неформальных платежей в общих расходах на здравоохранение можно оценить только с 2003 г., т. е. с того времени, когда была введена система НСЗ. В период 2003–2005 гг. неформальные платежи составляли 8–10% общих расходов на здравоохранение.

Личные расходы граждан идут главным образом на оплату лекарств и изделий медицинского назначения для амбулаторного и стационарного лечения (19,7–21,8% общих расходов на здравоохранение и

55,4–58,4% общего объема личных расходов населения на оплату услуг здравоохранения в период с 2003 по 2005 г.) (Гоцадзе Г. и др., 2006). В розничной сети аптек реализуется 79% всей фармацевтической продукции и 21% реализуется в больницах. По данным НСЗ, в 2006 г. личные расходы граждан на покупку лекарств и изделий медицинского назначения в аптеках составили 1,3–1,4% ВВП, а в 2008 г. – уже 2,1–2,2%, что значительно превышает аналогичный показатель 1996 г., составлявший 0,8% ВВП (Державний комітет статистики України, 2010а). По результатам опроса домохозяйств, проведенного Госкомстатом Украины в 2008–2009 гг., от 89,0 до 90,4% госпитализированных пациентов приходилось оплачивать необходимые лекарства за собственный счет. Данные НСЗ свидетельствуют о том, что население тратит значительную часть своих личных средств на оплату стоматологической помощи (32,9% прямых личных расходов граждан) и на оплату реабилитационной помощи (19,3%) (см. табл. 3.4). Исследования, проводимые в рамках НСЗ, также выявили, что доля личных расходов населения на оплату амбулаторной и особенно стационарной помощи довольно мала ввиду расхождений в способах сбора этих данных. В других статистических отчетах приводятся данные о неформальных платежах медицинским работникам. В некоторых городах есть даже негласные преискурранты на различные виды услуг.

Чтобы защититься от риска высоких расходов на приобретение медикаментов, некоторые граждане приобретают полисы ДМС и вступают в больничные кассы, которые являются дополнительными источниками финансирования (см. раздел 3.3.3 «ДМС»). Однако эти источники не играют существенной роли.

Единственным механизмом, который используется для облегчения бремени платежей за лекарства, является освобождение лекарств и изделий медицинского назначения от НДС. В целях поддержки социально незащищенных групп населения и пациентов с социально значимыми и тяжелыми заболеваниями для них предусмотрены определенные льготы на услуги амбулаторного лечения и на покупку лекарств. При наличии рецепта от врача эти группы населения могут получать лекарства из утвержденного государством перечня бесплатно или по льготным ценам. Однако расходы по этой программе не превышают 2,7% общих расходов на медикаменты (Гордиенко, 2003). Расходы на льготное обеспечение медикаментами покрываются за счет бюджетных расходов на здравоохранение. В реальности, однако, даже социально незащищенные группы населения вынуждены оплачивать из своего кармана гарантиро-

Таблица 3.4
Объем и структура частных расходов граждан на медицинскую
и медикаментозную помощь, 2004 г.

Виды услуг	Прямые платежи населения				Оплата услуг частных производителей и предпрятий				Больничные кассы			
	млн гривен	млн долл. США	% общих расходов на оплату этого вида услуг	млн гривен	млн долл. США	% общих расходов на оплату этого вида услуг	млн гривен	млн долл. США	% общих расходов на оплату этого вида услуг	млн гривен	млн долл. США	% общих расходов на оплату этого вида услуг
Амбулаторное лечение	297,5	56,1	10,0	100,1	18,9	3,4	—	—	—	—	—	—
Стационарное лечение	115,9	21,9	2,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Амбулаторная стоматологическая помощь	110,2	20,8	32,9	31,2	5,9	9,3	—	—	—	—	—	—
Розничная продажа лекарств	7202,5	1359,0	95,8	—	—	—	33,2	6,3	0,4	—	—	—
Реабилитационная, в т. ч. лечение в санаториях	307,2	58,0	19,3	415,1	78,3	26,1	—	—	—	—	—	—

Источник: Гоцадзе Г. и др., 2006.

ванную государством медицинскую и медикаментозную помощь. Часть пациентов из социально уязвимых групп, относящихся к льготным категориям, оказывая давление на врачей, пытаются получить лекарственные средства в больших объемах, чем требуется. В связи с этим правительство планирует упорядочить список льготных категорий и провести монетизацию льгот.

Правительство предприняло попытку регулирования платежей за услуги здравоохранения. В частности, постановлением кабинета министров Украины в 1996 г. были официально введены платные медицинские услуги, а местным и региональным правительствам разрешили устанавливать собственные тарифы на медицинские услуги, оказываемые в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Это постановление касается тех платных услуг, которые медицинские учреждения оказывают в соответствии с утвержденным перечнем, и не распространяется на услуги, которые населению должны оказывать бесплатно. В реальности, однако, четкой границы между платными и бесплатными услугами не существует, поэтому правительство не в состоянии регулировать цены на услуги, которые на практике оказывают за деньги, но которые пока не включены в утвержденный кабинетом министров официальный перечень платных услуг. Нет и официальной методики определения полной стоимости медицинских услуг. По данным НСЗ, в настоящее время объем неформальных платежей практически сравнялся с объемом официальных, т. е. составляет 8–10% общих расходов на здравоохранение и 22% расходов домохозяйств на медицинскую и медикаментозную помощь. Однако, вполне вероятно, что такие оценки объема неформальных платежей являются заниженными (Гоцадзе Г. и др., 2006). Неформальные платежи были и в советское время, но в очень незначительных масштабах. Большинство неформальных платежей имело форму благодарности за оказанные услуги (например, в сельской местности врача могли отблагодарить продукцией сельского хозяйства, в городе – преподнести коробку шоколадных конфет и т. д.). В результате экономического спада 1990-х гг., который сопровождался задержками выплат заработной платы, работники медицинских учреждений, чтобы хоть как-то заработать, ввели неформальную оплату за свои услуги. Эти платежи производятся преимущественно в денежной форме и взимаются до фактического оказания услуг. Сведения о необходимости таких оплат нередко исходят от самих медицинских работников, а пациенты просто передают друг другу, кому и сколько надо заплатить. Чтобы получить дополнительный заработок, врачи предлагают пациентам «бо-

более современные и эффективные», по их утверждению, лекарства и процедуры. Оплата в натуральной форме (подарки, продукция сельского хозяйства) в сельской местности практикуется по-прежнему. Оценить истинный масштаб неформальных платежей в терминах доли доходов медицинских работников чрезвычайно трудно. По некоторым сведениям НСЗ, неформальные платежи составляют примерно 20% общего фонда заработной платы медицинских работников. Распределяются они крайне неравномерно: все зависит от того, где это происходит (в городах ставки выше, чем в сельской местности), от вида медицинской помощи (стационарное лечение обходится гораздо дороже амбулаторного), квалификации врача (врачам — узким специалистам платят больше, чем семейным врачам и врачам общей практики), сложности случая и т. д. Практика неформальных платежей продолжает существовать по нескольким причинам, включая низкие заработки медицинских работников и ненадлежащее регулирование деятельности медицинских учреждений, особенно врачей и специалистов, участвующих в принятии решений. Кроме того, правительство пока не готово признать свою неспособность обеспечить бесплатное медицинское обслуживание в полном объеме, что, соответственно, порождает и терпимое отношение к практике неформальных платежей, несмотря на проводимые регулярно громкие кампании по борьбе с коррупцией.

3.3.3 Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в Украине пока играет очень незначительную роль в финансировании здравоохранения. Несмотря на относительный рост числа застрахованных и страховых премий, программами ДМС пользуется лишь 2,5% населения, а доля этого сектора в общих расходах на здравоохранение составляет всего 0,8%. Около 1,6% населения являются членами больничных касс, доля которых в общих расходах на здравоохранение составляет примерно 0,1%. Введение и развитие ДМС стало юридически возможным только с принятием в 1996 г. закона «О страховании».

ДМС в Украине предлагают только частные страховые компании, причем зачастую они не специализируются в области здравоохранения. По данным Госкомстата Украины, в настоящее время на рынке ДМС работает около 100 частных компаний, которые предлагают различные страховые программы (Киселев и др., 2004). Основной формой ДМС является договор корпоративного (коллективного) страхования, кото-

рый работодатель заключает в пользу своих работников. Индивидуальное страхование составляет лишь 10% общего числа всех договоров ДМС. Многие компании, приобретающие полисы ДМС, предпочитают не проводить актуарных расчетов, фактически заменив платные услуги различными финансовыми схемами. Медицинская помощь большинству застрахованных по программам ДМС предоставляется в тех же государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, которые обслуживают и незастрахованных граждан; при этом для лечения тех и других используются одинаковые медицинские технологии и зачастую предоставляется одинаковый уровень комфорта. Главное отличие состоит в том, что программы ДМС обычно покрывают часть затрат пациентов на лекарства.

Рамки деятельности системы ДМС в Украине четко не определены. С одной стороны, ДМС можно рассматривать как определенную альтернативу, поскольку оно используется для покрытия расходов на лекарства, лабораторно-диагностические процедуры и другие услуги, которые на практике не покрываются государственным финансированием. Однако из перечня услуг, оказание которых государством гарантируется бесплатно, эти услуги официально не исключены. По существу, по полису ДМС клиент нередко платит за то, что ему по закону положено получать бесплатно. ДМС вторгается в сферу государственной системы здравоохранения, в значительной степени дублируя обязательства государства, поскольку границы между платными и бесплатными услугами весьма размыты. С другой стороны, ДМС можно считать и некой дополнительной возможностью, так как клиенты получают право обслуживаться в лучших медицинских учреждениях.

Развитию ДМС в Украине мешает ряд серьезных препятствий. Во-первых, работодатель, выплачивая страховые взносы за своих работников, не получает за это никаких налоговых скидок, а это означает, что у работодателя нет экономической заинтересованности в том, чтобы включать медицинское страхование в социальный пакет для своих работников. Схема финансирования государственных медицинских учреждений основана на оценке затрат, которая запрещает использование полученных по ДМС средств на материальное стимулирование медперсонала. Врачи (особенно хирурги), работающие в государственных медицинских учреждениях, лечат застрахованных пациентов с большой неохотой, поскольку такие пациенты отказываются платить неформально. Однако государственные медицинские учреждения поддерживают договорные отношения со страховыми компаниями, так как в настоящее

время это один из легальных способов продажи населению услуг здравоохранения. Таким образом, значительная часть договоров ДМС фактически является договорами квазистрахования, которое просто маскирует платежи пациентов за медицинские услуги. Формально пациенты платят страховые взносы по ДМС, но страховая компания нередко выступает просто в роли посредника между пациентом и медицинским учреждением при покупке услуг здравоохранения. Кроме того, уровень компенсации по ДМС весьма низок: он колеблется в диапазоне от 40 до 60% (Капшук, Ситник, Пащенко, 2007).

Медицинское страхование работников железнодорожного транспорта

Особое место в системе ДМС занимает страхование работников железнодорожного транспорта. Все началось в 2001 г. как эксперимент, инициатором которого было руководство Украинской железной дороги. В настоящее время медицинским страхованием охвачена вся эта отрасль. Поначалу застрахованы были только работники подвижного состава и службы организации движения, но со временем страхованием были охвачены уже все категории работников железнодорожного транспорта (Киселев и др., 2004). В 2001–2006 гг. в программу страхования были включены также пенсионеры; до 1 января 2001 г. вместо медицинского страхования вышедшим на пенсию работникам железнодорожного транспорта полагались фиксированные выплаты на стационарное лечение по ставке 20 гривен за койко-день пребывания в стационаре при условии не более двух госпитализаций в течение одного календарного года.

Железная дорога и ее работники платят страховые взносы на паритетных началах. Общая сумма ежемесячных взносов в 2001–2006 гг. составляла 4 гривны (чуть больше 9 долл. США в год). В 2007 г. она была повышена до 16 гривен в месяц (38 долл. США в год) (Яворський, 2007). Программой медицинского страхования охвачено более 600 тысяч человек, т. е. 38% всех работников железнодорожного транспорта. В 2009 г. общий объем страховых взносов превысил 40 млн. гривен, что обеспечило 7% дополнительных поступлений в бюджет здравоохранения Министерства транспорта и коммуникаций.

Страхованием железнодорожников занимается частная страховая компания. Программа страхования включает получение стационарной помощи, оказываемой, главным образом, в сети ведомственных медицинских учреждений. Средства, перечисляемые этим учреждениям, включают покрытие их затрат на медикаменты, питание, мягкий инвентарь по каждому конкретному пациенту в объеме недофинансирования

этих статей расходов из государственного бюджета, но не более оговоренной предельной страховой суммы. В 2007 г. были введены дополнительные компенсации за лекарства для стационарного и амбулаторного лечения. Кроме того, страховая компания производит выплаты медицинскому учреждению за ведение отчетности. Медицинские учреждения ведут персонализированный учет текущих затрат на лечение каждого застрахованного.

Больничные кассы

В целях привлечения дополнительных источников финансирования здравоохранения в последние годы в Украине стали создаваться больничные кассы и кредитные союзы, а также различные благотворительные организации и фонды. Больничные кассы представляют собой довольно развитую сеть неправительственных организаций, учрежденных на добровольной основе для целей дополнительного финансирования системы здравоохранения. Они функционируют аналогично ДМС, но на некоммерческой основе. В то время как компании, занимающиеся ДМС, являются коммерческими организациями, больничные кассы действуют в соответствии с законом «О благотворительности и благотворительных организациях» как благотворительные некоммерческие организации, руководствующиеся общим интересом совершенствования медицинского обслуживания своих членов.

Членство в больничной кассе является добровольным. В нее могут входить как отдельные граждане, так и целые трудовые коллективы, предприятия, учреждения и организации, выплачивающие взносы за своих сотрудников. Эффективность деятельности больничных касс напрямую зависит от количества ее членов, поэтому предпочтение отдается коллективному членству, т. е. когда взносы за своих работников платят трудовые коллективы, предприятия и организации. Однако главным источником поступлений в больничные кассы все равно остаются взносы частных лиц: в 2009 г. на их долю приходилось 95,7% средств, а на долю предприятий и организаций – только 4,3%. Большую часть членов больничных касс составляют работающие (64%), еще 20,6% – пенсионеры, и 15,4% – другие категории неработающих граждан. Основной функцией больничных касс является медикаментозное обеспечение своих членов в случаях недостаточности выделенных на эти цели бюджетных средств: в 2009 году 79,8% расходов больничных касс пришлось на закупку лекарств и других изделий медицинского назначения. Некоторые больничные кассы также оказывают содействие медицинским

учреждениям, предоставляя им средства на закупки современного медицинского оборудования, реализацию целевых программ, подготовку и переподготовку кадров, пропаганду здорового образа жизни, охрану здоровья матери и ребенка и многие другие виды деятельности. Около 17% собранных средств тратится на администрирование и управление. Источниками средств для больничной кассы являются взносы учредителей и членов, благотворительные взносы организаций и поступления от проведения благотворительных акций. Размер членских взносов определяется руководством больничных касс и составляет либо определенный процент от заработной платы работников (как правило, не более 5%), либо фиксированную сумму (7–9 гривен в месяц, или 10–14 долл. США в год).

По данным Минздрава, за период с 1999 по 2006 г. число больничных касс в стране увеличилось в 22 раза, но в 2009 г. в результате экономического кризиса их число сократилось. В 2009 г. более 750 тысяч человек были членами больничных касс, т. е. 1,6% населения Украины (см. табл. 3.5). Сеть больничных касс развита неравномерно по регионам (см. табл. 3.6). В 17 из 27 регионов Украины деятельностью больничных касс охвачена очень незначительная часть населения (1%), в 7 регионах – 1–4% населения, в 2 регионах – 6–10%, а в Житомирской области в больничных кассах состоит более 16% населения. С 1999 г. объем поступлений в больничные кассы увеличился более чем в 50 раз и в 2009 г. достиг 80 млн. гривен.

Создание больничных касс позволяет сократить расходы пациентов на покупку лекарств и изделий медицинского назначения и контролировать вопросы назначения медицинских препаратов. Но поскольку членами больничных касс пока является лишь малая часть населения, то их деятельность мало влияет на финансовое состояние отрасли: в общих расходах на здравоохранение доля средств больничных касс составляет всего 0,13%.

Таблица 3.5

Деятельность больничных касс в 1999–2006 и в 2009 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2009
Число членов больничных касс, в тыс. человек	39,4	76,7	232,2	403,3	652,2	826,1	844,2	858,4	751,2
Поступления средств в больничные кассы, в млн гривен		1,6	3,6	13,0	17,2	28,7	37,5	39,7	80,1
Средний объем расходов в расчете на одного члена больничной кассы, в гривнах		40,4	47,1	56,0	42,5	44,0	45,3	47,0	103,5

Источник: Министерство здравоохранения Украины, неопубликованные данные, 2010.

Однако в некоторых регионах – там, где муниципальные больничные кассы были учреждены при активной поддержке местных властей – население в общей массе положительно отзывалось об их деятельности, отмечая улучшение качества и доступности медицинской помощи (Бондаренко и др., 2003; Попов и др., 2003). К таким регионам, в частности, относятся Житомирская область и ряд небольших городов: Комсомольск Полтавской области, Прилуки Черниговской области, Вознесенск Николаевской области и другие.

Таблица 3.6

Деятельность больничных касс в различных регионах Украины, 2009 г.

Регион	Кол-во членов больничных касс	% населения	Объем поступлений, тыс. гривен	В расчете на одного члена, гривен
Житомирская область	213 514	16,50	24 483,0	114,7
Черниговская область	85 905	10,00	7 279,0	84,7
Николаевская область	70 978	6,00	6 720,5	94,7
Полтавская область	56 999	3,80	7 359,4	129,1
Донецкая область	43 932	1,00	1 910,9	49,4
Сумская область	41 371	3,50	4 176,1	101,0
Харьковская область	34 530	1,30	1 277,9	37,0
Ровенская область	29 789	2,60	1 071,3	36,0
Волынская область	29 085	2,80	2 499,9	86,0
Одесская область	29 050	1,20	2 405,7	82,8
Кировоградская область	27 878	2,70	5 311,5	190,7
Луганская область	18 071	0,80	3 918,6	216,8
Винницкая область	10 958	0,70	1 809,2	165,1
Днепропетровская область	10 860	0,30	685,5	61,1
г. Киев	10 790	0,40	1 709,3	158,4
Киевская область	9 626	0,60	1 956,2	203,2
Черновицкая область	6 841	0,80	500,2	73,1
Херсонская область	6 093	0,60	497,7	81,7
Закарпатская область	5 924	0,50	1 069,2	180,5
Черкасская область	3 965	0,30	749,8	189,1
Хмельницкая область	3 809	0,30	254,5	66,8
Ивано-Франковская область	1 133	0,10	101,1	89,3
Запорожская область	174	0,01	19,7	113,2
г. Севастополь	0	0	0	0
АР Крым	0	0	0	0
Львовская область	0	0	0	0
Тернопольская область	0	0	0	0
Украина	751 255	1,60	80 088,5	103,5

Источник: Министерство здравоохранения Украины, неопубликованные данные, 2010.

Дальнейшее развитие сектора ДМС будет зависеть от соблюдения ряда условий, главными из которых являются следующие:

- установление четкой границы между обязательствами государства по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью и теми

дополнительными услугами здравоохранения и лекарствами, которые не оплачиваются из бюджетных средств;

- расширение системы налогового стимулирования для физических и юридических лиц, приобретающих полисы ДМС;
- создание системы экономической заинтересованности медицинских работников, вовлеченных в программы ДМС.

Но даже если все эти условия будут выполнены, быстрого роста сектора ДМС все равно ожидать не стоит – хотя бы потому, что основная масса населения просто не может себе позволить приобрести полис ДМС.

3.3.4 Параллельные системы здравоохранения

Многие министерства и ведомства имеют собственные, параллельные системы здравоохранения, обслуживающие их работников. Крупнейшие ведомственные системы здравоохранения действуют при Министерстве транспорта и коммуникаций (см. раздел 3.3.3), Министерстве внутренних дел, Министерстве обороны, Министерстве труда и социальной политики и Национальной академии медицинских наук. Ведомственная медицина финансируется из средств государственного бюджета, при этом на финансирование ведомственных медицинских учреждений идет почти 42% расходов на здравоохранение, финансируемых из госбюджета, и более 11% общих государственных расходов на здравоохранение.

В 2008 г. сеть ведомственных медицинских учреждений насчитывала 225 больниц (что составляло 10% общего количества больниц в стране) и 435 учреждений амбулаторно-поликлинической помощи (5,9% общего количества в стране). Количество госпитализированных в ведомственные стационары составило 7,7% от общего госпитализированных, а число обращений в поликлиники – 6,9% от общего числа. Крупнейшей в стране сетью ведомственных медучреждений располагает Министерство транспорта: она включает 80 больниц и 175 поликлиник. Сведений о численности обслуживаемого в ведомственных медучреждениях контингента нет, но известно, что в системе Украинской железной дороги работает 1,7 млн человек, и это крупнейшая отрасль, находящаяся под юрисдикцией Министерства транспорта и коммуникаций (см. также раздел 3.4.1).

3.3.5 Внешние источники финансирования

Роль внешних источников финансирования здравоохранения в Украине оценить сложно. На долю средств, поступающих в сектор здравоохранения по линии международной донорской помощи, приходится очень незначительная часть общего объема его финансирования. По данным НСЗ, она составляет менее 1% общих расходов на здравоохранение (в 2003–2008 гг. – от 0,3 до 0,7%). Донорскую помощь сектору здравоохранения Украины оказывают различные международные организации (учреждения системы ООН, Евросоюз, Всемирный банк, Глобальный фонд) и правительства ряда стран (Японии, Швеции, Соединенного Королевства, США и др.). Эти средства используются преимущественно для целей обеспечения технической помощи. Например, Евросоюз проводил на территории Украины такие проекты, как поддержка развития учреждений первичной медицинской помощи (на общую сумму 2 млн евро, 2002–2005 гг.), финансирование и управление в сфере здравоохранения (4 млн евро, 2003–2006 гг.), поддержка развития системы медицинских стандартов (4 млн евро, 2004–2006 гг.), а также содействие реформе вторичной медицинской помощи (4 млн евро, 2007–2009 гг.).

Проводятся также крупные проекты по борьбе с инфекционными болезнями, в частности с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, а также по поддержке программ в области охраны здоровья матери и ребенка. В 2006 г. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией решил выделить Украине грант в размере 151 млн долл. США на финансирование программы предотвращения ВИЧ/СПИД, лечения и ухода для наиболее уязвимых слоев населения Украины на период с 2007 по 2011 г. Однако в 2007 г. Глобальный фонд отказал Украине в получении гранта в размере 94,6 млн долл. США на финансирование борьбы с туберкулезом, поскольку представленная Украиной программа расходования этих средств была недостаточно четко детализирована. В 2004 г. Глобальный фонд также отказал Украине в получении гранта на борьбу с туберкулезом. Однако в 2006 г. стране удалось получить грант на борьбу с ВИЧ/СПИД. Эти средства были выделены непосредственно украинскому правительству, но после этого разгорелся скандал, связанный с увеличением цен на лекарства. В результате Глобальный фонд вынужден был приостановить финансирование этой программы. В его заявлении в этой связи было указано, что решение о прекращении финансирования вызвано неэффективным использованием средств Фонда и отсутствием прогресса в осуществлении программ по профи-

лактике и лечению ВИЧ/СПИД. Финансирование было возобновлено только после того, как Глобальный фонд назначил управляющим проектами фонда на Украине неправительственную организацию «Международный альянс против ВИЧ/СПИД». После этого, в 2009 г., Глобальный фонд решил выделить Украине грант на борьбу с туберкулезом в размере 105 млн долл. США.

3.3.6 Другие источники финансирования

По распоряжению правительства ответственность за охрану здоровья работников возложена на собственников и руководство предприятий, учреждений и организаций. Поэтому работодатели обязаны вкладывать собственные средства в обеспечение техники безопасности, санитарию на рабочем месте и проведение регулярных медосмотров определенных категорий работников, деятельность которых связана с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда. Работодатели также несут ответственность за проведение тщательных медосмотров и медицинской реабилитации работников, которые могут страдать профессиональными заболеваниями, и профилактических медосмотров тех категорий работников, которые подвергаются рискам развития профессиональных заболеваний. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к организации производственных и иных процессов, связанных со здоровьем людей, обеспечивается государственной санитарно-эпидемиологической службой в рамках ее финансирования из средств государственного бюджета.

В соответствии с законом «Об обязательном государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, которые стали причиной утраты трудоспособности» Фонд социального страхования использует собственные ресурсы для принятия необходимых мер, касающихся несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, устранения факторов, угрожающих здоровью работников, и т. п. Единственные доступные данные на этот счет свидетельствуют о том, что в 2003 г. Фонд социального страхования затратил на эти нужды 15,5 млн гривен (2,9 млн долл. США, или 0,08% общих расходов на здравоохранение), а в 2004 г. – 10 млн гривен (1,9 млн долл. США, или 0,4% общих расходов на здравоохранение).

3.4 Объединение финансовых ресурсов

3.4.1 Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов и распределением средств

Объединение финансовых ресурсов для финансирования здравоохранения производится в рамках бюджетного процесса в порядке, предусмотренном Бюджетным кодексом Украины (закон Украины № 2542-III), принятым 21 июня 2001 г. Бюджетная система Украины имеет 4 уровня: 1) государственный (национальный); 2) региональный (АО Крым и области); 3) районный и городской; 4) поселенческий (небольшие города районного подчинения и сельские населенные пункты), но при этом остается «системой единого плательщика». В соответствии с Бюджетным кодексом финансирование системы здравоохранения осуществляется из средств бюджетов различных уровней. При планировании бюджетов здравоохранения различных уровней в качестве основного по-прежнему используется метод планирования на основе данных прошлых лет. Для решения наиболее острых проблем в секторе здравоохранения применяется программно-целевой метод планирования бюджета. За объединение средств на всех уровнях отвечают национальное правительство и органы местного самоуправления: Минздрав и другие министерства, областные и городские управления здравоохранением, а также сельские органы самоуправления.

Из государственного бюджета средства на здравоохранение выделяются в соответствии с законом «О государственном бюджете», который утверждается парламентом и распространяется среди многочисленных организаций, контролирующих бюджет. Наиболее важными из них являются Минздрав и Академия медицинских наук Украины, а также ряд других министерств и ведомств, ответственных за функционирование медицинских учреждений (см. табл. 3.7). Каждая из этих организаций отвечает за финансирование медицинских учреждений и выполнение порученных им программ. Поэтому в ведении Минздрава оказывается немногим более половины средств, выделяемых из госбюджета (см. табл. 3.7).

Определение размеров межбюджетных трансфертов и планируемых объемов расходов на здравоохранение из средств местных бюджетов напрямую зависит от численности местного населения, за исключением лиц, которые обслуживаются в ведомственных учреждениях здравоохранения (см. раздел 3.3.4). Однако в большинстве ведомственных медучреждений не предоставляют полного пакета медицинских услуг для

Таблица 3.7

Распределение средств государственного бюджета, 2008 г.

Министерства и ведомства	Объем ресурсов	
	млн гривен	%
Министерство здравоохранения	5706,8	58,0
Другие министерства и ведомства:	4132,5	42,0
– Министерство транспорта и коммуникаций	629,7	6,4
– Министерство обороны	669,1	6,8
– Министерство труда и социальной политики	649,4	6,6
– Другие министерства	1102,0	11,2
– Академия медицинских наук Украины	1082,3	11,0
Всего:	9839,3	100,0

Источник: Державний комітет статистики України, 2010а.

своих работников. Работники этих министерств и ведомств имеют право обслуживаться в коммунальных учреждениях здравоохранения по месту жительства и осуществляют это свое право, особенно в случае острых и неотложных состояний. Таким образом, происходит частичное дублирование услуг ведомственных и обычных медучреждений, и на оказание медицинской помощи гражданам, пользующимся правом доступа и в ведомственные, и в обычные медицинские учреждения, уходит часть средств, выделенных на оказание медицинской помощи другим жителям соответствующего региона. Взаимодействию между ведомственными и обычной системами здравоохранения мешает ряд бюрократических препятствий. Такой подход не обеспечивает эффективного объединения ресурсов и приводит к нерациональному расходованию средств в системе здравоохранения в целом. Национальный план развития системы здравоохранения на период до 2010 г. (Постановление кабинета министров Украины № 815 от 13 июня 2007 г.) предусматривает меры по формированию единой системы здравоохранения под эгидой Минздрава. Это означает, что ведомственная медицина должна перейти под контроль соответствующих местных органов власти и объединиться с региональными системами здравоохранения. Однако никаких практических шагов в этом направлении сделано не было.

Окончательное утверждение местными представительными органами местных бюджетов здравоохранения, а также общих бюджетов производится не позднее чем через две недели после опубликования закона «О государственном бюджете». Областные бюджеты здравоохранения включают бюджеты АР Крым, 24 областей и двух городов (Киева и Севастополя), по статусу приравненных к областям. Региональные управления здравоохранением финансируют из средств своих бюджетов медучреждения, находящиеся в их ведении. Местные управления здраво-

охранением или местные администрации (если в их структуре отсутствуют отдельные управления здравоохранением) финансируют медицинские учреждения, находящиеся под их юрисдикцией, из средств соответствующих городских бюджетов здравоохранения. В сельской местности органы местного самоуправления финансируют находящиеся под их юрисдикцией медицинские учреждения: небольшие сельские больницы, сельские амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Такое разделение на уровне сельских и поселковых бюджетов привело к катастрофической фрагментации бюджетных ресурсов здравоохранения на местах. В среднем в Украине на каждый орган местного самоуправления приходится менее 5000 жителей, при этом жизнеспособными самоуправляемыми единицами могут считаться не более 10 800 из 30 000 административно-территориальных образований и поселений.

Бюджетный кодекс Украины предусматривает некоторые возможности по повышению эффективности объединения местных ресурсов здравоохранения. В частности, он разрешает муниципальным образованиям и поселениям (поселки и города) объединять на договорных началах средства бюджетов для выполнения совместных проектов или осуществления своих обязательств, переводить средства для обеспечения выполнения этих обязательств в бюджеты вышестоящего уровня, а также предоставлять субвенции на содержание объектов совместного пользования. В реальности, однако, эти возможности не используются. В 2005 г. были предприняты попытки централизации на районном уровне расходов на финансирование первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, без отнесения их к конкретным статьям в бюджетах поселений. Были сделаны соответствующие поправки к Бюджетному кодексу Украины (закон Украины № 2350-IV от 13 января 2005 г.), но кабинет министров Украины заморозил вступление этих поправок в силу. Политические противники этого решения утверждали, что лишение мелких поселений возможности финансирования своих потребностей в первичной медико-санитарной помощи путем передачи этих функций районным бюджетам по существу является посягательством на права местного самоуправления. В 2008 г. эти поправки в Бюджетный кодекс Украины были аннулированы.

3.4.2 Механизмы распределения средств между организациями, объединяющими средства, и организациями, закупающими медицинские услуги

Финансирование социальных нужд, в том числе здравоохранения, является общегосударственной функцией, исполнение которой зачастую передается органам нижестоящего уровня. Финансирование делегированных полномочий производится через систему межбюджетных трансфертов. Размер трансфертов определяется таким образом, чтобы они полностью покрывали потребности бюджетов регионального и местного уровней. Средства из государственного бюджета направляются в областные, из них — в районные, городские и поселковые. Расчет объемов финансирования здравоохранения на разных бюджетных уровнях определяется с помощью специальных формул, утвержденных кабинетом министров Украины, в которых учитывается половозрастная структура обслуживаемого населения (Постановление КМУ № 1195 от 5 октября 2001 г. «Об утверждении формулы распределения объема межбюджетных трансфертов» с изменениями и дополнениями от 14 октября 2005 г. и Постановление КМУ № 1782 от 31 декабря 2004 г. «О регулировании межбюджетных отношений» с изменениями и дополнениями от 29 декабря 2005 г.).

Межбюджетные трансферты передаются как средства для финансирования всех государственных функций, включая расходы на государственное управление и социальные нужды. В составе этих трансфертов целевые компоненты расходов на выполнение отдельных государственных функций – в частности, здравоохранения – уже не выделяются. Региональные власти и органы местного самоуправления имеют право самостоятельно определять структуру расходов своих бюджетов и, соответственно, самостоятельно устанавливать направления использования получаемых ими трансфертов.

Ограничениями вышеуказанных прав местного самоуправления являются принимаемые на государственном уровне решения об определении уровня заработной платы работников бюджетной сферы, а также обязанность перечислять определенную часть получаемого трансферта на нижестоящие уровни бюджетной системы. Не допускается также уменьшение объема целевых расходов на реализацию мероприятий государственной программы «Сахарный диабет» и лечение несахарного диабета, которые учитываются при определении размеров межбюджетных трансфертов.

Расчетная структура распределения расходов на здравоохранение между уровнями бюджетной системы выглядит следующим образом:

- на уровне бюджета региона должно оставаться 35,4% общей суммы межбюджетного трансферта, передаваемого на этот уровень;
- на уровне городских и районных бюджетов должно оставаться не более 55,1% общей суммы трансферта, передаваемого на этот уровень;
- бюджетам поселков должно быть перечислено не менее 23% общей суммы трансферта, передаваемого государством вышеуказанным городским и районным бюджетам (или не менее 9,5% общей суммы трансферта, передаваемого из государственного бюджета региональным бюджетам), однако целевым образом эти средства не резервируются.

Однако на практике запланированные расходы бюджетов нижестоящих уровней не всегда совпадают с теми расчетными показателями, которые им были доведены с государственного уровня. Например, соответствующий орган власти может принять решение о выделении большей части средств на нужды образования и уменьшении объемов финансирования территориальной системы здравоохранения. Так, при разработке и утверждении бюджетов на 2005 г. 17 из 25 регионов Украины запланировали в своих бюджетах объемы расходов на здравоохранение меньшие, чем это было предусмотрено расчетными показателями, определенными Министерством финансов. Общенациональных данных на этот счет нет, но в результате одного из исследований, проведенных в шести регионах Украины, было выявлено, что в поселковых бюджетах на нужды здравоохранения выделяется всего 13–16% от запланированного объема расходов на здравоохранение в рамках перечисляемых из госбюджета трансфертов в областные бюджеты, что составляет всего от половины до двух третей указанных выше 23%.

В расходах государственного бюджета предусмотрены субвенции бюджетам нижестоящих уровней на оснащение медицинским оборудованием сельских амбулаторий, фельдшерских пунктов и ФАПов и на приобретение машин скорой помощи для сельских медицинских учреждений. Ранее средства на эти цели, предусматриваемые в государственном бюджете, тратились самим Минздравом и другими центральными ведомствами, и регионам передавались не денежные средства, а уже закупленное оборудование, лекарственные препараты и т. д. Однако большая часть средств на нужды здравоохранения поступает из мест-

ных бюджетов, и в последние годы их доля в финансировании здравоохранения возросла, что обусловлено снижением объема централизованных закупок, осуществляемых за счет средств государственного бюджета. Главная роль в структуре консолидированного бюджета здравоохранения принадлежит городским бюджетам, что неудивительно, учитывая, что 68,1% населения Украины проживает в городах. Наименее значимая роль принадлежит поселковым бюджетам (см. табл. 3.8).

Таблица 3.8
Распределение государственных расходов на здравоохранение по уровням бюджетной системы, 2004 г.

Бюджеты	Государственные расходы на здравоохранение, млн гривен	Доля государственных расходов на здравоохранение, %
Государственный бюджет	4628,6	34,8
Территориальные бюджеты, в том числе: ^а	8687,5	65,2
– Областные	2318,3	17,4
– Городские	3464,3	26,0
– Районные	2064,0	15,5
– Поселковые	517,1	3,9
Совокупные государственные расходы на здравоохранение	13 316,1	100,0

Источник: Гоцадзе Г. и др., 2006.

Примечание: ^а Отсутствуют данные о распределении примерно 323,8 млн. гривен из средств территориальных бюджетов в бюджеты нижестоящих уровней.

Таким образом возрастающая роль местного самоуправления приводит к увеличению доли средств, которые расходуются на нужды здравоохранения из местных бюджетов (см. раздел 3.6.1 «Оплата медицинских услуг»).

Целевые государственные программы

В стране проводится большое количество целевых государственных программ в области здравоохранения, направленных на решение целого ряда проблем: иммунизация, борьба с эпидемиями туберкулеза и ВИЧ-инфекции, репродуктивное здоровье, профилактика и лечение сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, профилактика и лечение онкологических заболеваний и др. Эти программы утверждаются либо распоряжением органов исполнительной власти, либо в законодательном порядке. Руководством, управлением и координацией их проведения занимается Минздрав. Утвердив такие программы, правительство поручает Министерству финансов и Министерству экономики

предусмотреть средства на их реализацию в проекте государственного бюджета и при формировании государственной политики в области социально-экономического развития на соответствующий период. Одновременно с этим региональные органы исполнительной власти получают рекомендации по составлению и утверждению аналогичных региональных программ, в которые должны быть включены мероприятия, предусмотренные соответствующими государственными программами. Они также получают рекомендации, касающиеся финансирования этих программ за счет средств местных бюджетов и других легальных источников. Однако такие рекомендации практически всегда остаются невыполненными, и даже если региональные программы проводятся, то из местных бюджетов на их реализацию идет лишь незначительная часть средств. По данным Минфина, в 2004 г. правительством было выделено из государственного бюджета 580,1 млн гривен на финансирование целевых государственных программ, но из совокупных региональных и местных бюджетов на реализацию программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, обеспечение инсулином больных диабетом, программы иммунизации и проведение централизованных мероприятий по лечению онкологических заболеваний было выделено всего 31,04 млн гривен. В рамках этих государственных программ Минздрав производит закупки лекарств для лечения рака, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и других заболеваний и осуществляет поставку этих лекарств в регионы.

Отдельных бюджетов на развитие кадровых ресурсов и охрану психического здоровья не предусмотрено. Соответствующие расходы рассчитываются при составлении проектов сначала государственного, а затем местных (преимущественно областных) бюджетов.

3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

В основе организационных взаимоотношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг в Украине лежит интегрированная модель. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (поставщики медицинских услуг) находятся под административной юрисдикцией своих собственников, т. е. соответствующих органов государственной и местной власти (покупателей). Поэтому суть взаимоотношений между ними заключается в осуществлении соответствующих бюджетных выплат за медицинские услуги, а не в закупках этих

услуг, которые основывались бы на стратегических договорных отношениях.

При финансировании здравоохранения из бюджета платежи производятся органами государственной власти, которые определены Бюджетным кодексом как главные распорядители бюджетных средств. Главными распорядителями бюджетных средств здравоохранения являются Минздрав и Академия медицинских наук Украины, а также ряд других министерств и ведомств. Каждый из этих органов финансирует медицинские учреждения и программы в рамках своей юрисдикции; соответствующий перечень утверждается кабинетом министров (Постановление № 342 от 15 марта 2002 г. «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения и программ в области здравоохранения, обеспечивающих выполнение общегосударственных функций, расходы на которые осуществляются из Государственного бюджета»). Управления здравоохранением министерств и ведомств получают финансирование из государственного бюджета. При расчете размеров межбюджетных трансфертов оценки расходов на здравоохранение, финансируемых из местных бюджетов, зависят от численности местного населения, за исключением тех лиц, которые обслуживаются в параллельных (ведомственных) медучреждениях. Однако в большинстве ведомственных медучреждений не предоставляют полного пакета медицинских услуг для своих работников. Работники этих министерств и ведомств имеют право обслуживаться в муниципальных учреждениях здравоохранения по месту жительства и осуществляют это свое право, особенно в случае острых и неотложных состояний.

Минздрав финансирует деятельность Государственной санитарно-эпидемиологической службы, медицинских вузов, Государственной инспекции по контролю качества лекарственных средств и соответствующих инспекций на местах, а также около 50 медицинских учреждений национального уровня, находящихся в ведении Минздрава, которые оказывают медицинскую помощь всех уровней, от первичной до третичной. Кроме того, Минздрав финансирует государственные, межведомственные и комплексные программы и мероприятия, имеющие отношение к сфере здравоохранения и финансирующиеся из государственного бюджета. Есть также ряд централизованных процедур, в соответствии с которыми Минздрав осуществляет закупки медикаментов, изделий медицинского назначения, иммунобиологических препаратов, дорогостоящего оборудования и автомобилей «скорой помощи».

На региональном уровне главными распорядителями бюджетных средств на здравоохранение являются Министерство здравоохранения АР Крым, а также областные управления здравоохранением и городские администрации Киева и Севастополя, которые финансируют медицинские учреждения, находящиеся в их ведении. В городах главными распорядителями бюджетных средств являются управления здравоохранением при соответствующих органах городской исполнительной власти. Специальных требований, касающихся организации районных управлений здравоохранения, нет. Кабинет министров (Постановление № 328 от 11 мая 2005 г. «О структуре местных государственных администраций. (Приложение 3)» добавил органы управления здравоохранением в перечень управлений, действующих при районных администрациях. Однако их цели, функции и полномочия были определены кабинетом министров только в Постановлении № 1364 от 28 ноября 2007 г. «Об утверждении основных положений об отделах здравоохранения районной государственной администрации». Поэтому в настоящее время существование районных органов управления здравоохранением является скорее исключением, чем правилом. Роль главного распорядителя бюджетных средств выполняет глава районной администрации. На поселковом уровне бюджетные средства между сельскими врачебными амбулаториями, ФАПами и фельдшерскими пунктами распределяют органы местного самоуправления. Деятельность покупателей медицинских услуг контролируется в рамках этой иерархической структуры управления.

3.6 Механизмы оплаты

3.6.1 Оплата медицинских услуг

В украинской системе здравоохранения применяются механизмы предварительной системы оплат. Подавляющее большинство государственных и муниципальных учреждений здравоохранения официально финансируется государством. Согласно Бюджетному кодексу Украины, их деятельность должна финансироваться из средств государственного или местного бюджета соответствующего уровня. Между бюджетами различных уровней действует строгий порядок распределения ресурсов; каждое учреждение здравоохранения финансируется из бюджета соответствующего уровня и не может претендовать на средства, выделяемые другим уровнем.

Реальный объем ассигнований, выделяемых финансируемым государством медицинским учреждениям, основывается на данных прошлых лет с поправкой на инфляцию и все предусмотренные бюджетные надбавки. Минфин и местные финансовые органы передают Минздраву, местным управлениям здравоохранения и органам местного самоуправления сведения о максимальных расходах на здравоохранение согласно проекту бюджета на наступающий год, после чего Минздрав, местные управления здравоохранения и органы местного самоуправления определяют максимальный уровень расходов для финансируемых ими медицинских учреждений, которые, в свою очередь, составляют сметы своих затрат на следующий финансовый год. Затем Минздрав, местные управления здравоохранения и органы местного самоуправления проверяют эти сметы, чтобы удостовериться, что они содержат верные прогнозы доходов и расходов и обоснования планируемых расходов и соответствуют установленным нормативам, уровням заработной платы, ценам, лимитам и другим предусмотренным законом показателям. После этого составляются проекты бюджетов. На основании этих смет Минздрав, местные управления здравоохранения и органы местного самоуправления составляют проекты бюджетных запросов и представляют их в финансовые органы для включения в соответствующий проект бюджета. После составления проектов бюджетов Минздрав, местные управления здравоохранения и органы местного самоуправления, прежде чем утвердить проекты бюджетов отдельных медучреждений, вносят необходимые коррективы, касающиеся объемов их бюджетного финансирования.

Первоочередной и главной обязанностью финансируемых из бюджета учреждений здравоохранения является выделение бюджетных средств на заработную плату работников, закупки лекарств и продуктов питания и техническую эксплуатацию зданий и сооружений. Таким образом, средства на закупки оборудования, ремонт и финансирование других расходов, не считающихся приоритетными, могут быть получены только в том случае, если выполнены эти главные требования и учреждение не имеет других долгов. В реальности расходы на заработную плату составляют более двух третей (в 2008 г. – 70,8%) расходов территориальных бюджетов здравоохранения; затем идут расходы на лекарства и питание (19,8%), коммунальные платежи (8,3%) и другие расходы (1,1%) (Гоцадзе Г. и др., 2006).

Таким образом, выделение бюджетных средств производится на основании перечня утвержденных статей затрат, который, в свою очередь, основан на устанавливаемых Минздравом нормативах, определя-

ющих численность работающих, фонд заработной платы, лекарства, питание и т. д. Большинство этих нормативов зависит от мощности медицинского учреждения (в больницах – от коечного фонда, в поликлиниках – от числа посещений). Многие из этих нормативов не отражают реальных расходов учреждений – например, на лекарства или питание в стационаре. Медучреждения обязаны расходовать выделенные им бюджетные средства строго в соответствии со утвержденными статьями расходов. Перераспределение средств между статьями бюджета не допускается. Все изменения в сметах доходов и расходов, если эти изменения предполагают поправки к уровню расходов консолидированного бюджета, должны быть утверждены главными распорядителями бюджетных средств и соответствующими финансовыми органами. Если к концу года окажется, что учреждение не израсходовало выделенного ему лимита средств, то финансовые органы сократят бюджет этого учреждения на следующий год на соответствующую сумму.

Для финансовых органов метод постатейного бюджетирования очень прост с точки зрения планирования расходов и контроля целевого использования бюджетных средств. Но у этого метода есть и ряд недостатков: 1) при финансировании, основанном на выделении средств на содержание ресурсов, медицинским учреждениям выгодно поддерживать избыточные мощности; 2) выделение средств на содержание медицинских учреждений, а не на финансирование определенного объема работ создает заинтересованность не в повышении производительности, а только в расширении материально-технической базы; 3) постатейное бюджетирование ограничивает полномочия и ответственность руководства медицинских учреждений и не обеспечивает стимулов для поиска более рациональных методов использования ресурсов. Таким образом, распределение средств, основанное на оценках расходов, не связано с объемом деятельности тех, кто получает бюджетные средства. У медучреждений отсутствует экономическая заинтересованность в более рациональном использовании своих ресурсов, а это порождает и затратный подход к управлению. Соответственно, даже если бы объем средств, выделяемых медучреждениям, был значительно увеличен, то это все равно не гарантировало бы надлежащего выполнения социальных обязательств государства (см. раздел 8.3).

Физические и юридические лица, не получающие государственного финансирования, могут получать средства из бюджета на выполнение государственных программ. Они должны использовать эти средства в соответствии с планом расходования бюджетных средств, т. е. обязаны

распределять бюджетные ассигнования в соответствии с постатейными бюджетами. Планы расходования бюджетных средств утверждаются должностными лицами в соответствии с указаниями главных распорядителей бюджетных средств, через которых они получают эти средства.

Централизованные закупки производятся главными распорядителями бюджетных средств для нужд учреждений, находящихся под их юрисдикцией. В централизованном порядке производятся закупки вакцин, лекарств для лечения туберкулеза, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, лечения раковых заболеваний, а также кардиостимуляторов, эндопротезов и других изделий медицинского назначения, дорогостоящего медицинского оборудования, автомобилей «скорой помощи» для сельских медицинских учреждений и других товаров для обеспечения мероприятий, предусмотренных целевыми государственными программами. Централизованные закупки производятся на конкурсной основе; в тендерах участвуют предприятия, находящиеся под юрисдикцией Минздрава (Укрвакцина, Политехмед, Укрмедснаб). Закупленные таким образом лекарства и оборудование распределяются по регионам. Количество, качество и ассортимент покупаемых препаратов и изделий медицинского назначения зачастую не отвечают реальным потребностям медицинских учреждений.

Несмотря на конституционные гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, бюджетные ассигнования не покрывают всех расходов на государственное здравоохранение (см. раздел 3.2). На практике существует много различных методов оплаты – как официальных, так и неофициальных (см. раздел 3.3.2 «*Оплата медицинских услуг за счет пациентов*»).

В Бюджетном кодексе указано, что средства на амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную и специализированную) могут поступать из бюджетов различных уровней, поэтому в них предусмотрены ассигнования на такие виды услуг, но большая часть средств поступает из городских районных и поселковых бюджетов. Средства от платных услуг населению поступают на специальные счета (так называемые счета комиссионных выплат) и могут использоваться по усмотрению руководства медицинского учреждения, поскольку они дополняют ассигнования, предусмотренные постатейными бюджетами. Неформальные платежи идут непосредственно «в карман» медицинским работникам, участвующим в оказании услуг (см. раздел 3.3.2 «*Оплата медицинских услуг за счет пациентов*»).

Услуги стационарной и стоматологической помощи оплачиваются примерно таким же образом из средств местных бюджетов. Официальные платежи частных лиц за стоматологические услуги, предоставляемые в государственных медучреждениях (если руководство учреждения показывает эти суммы в отчетности), поступают на специальные бюджетные счета. В частные медучреждения средства поступают либо в форме оплаты пациентов за оказанные услуги, либо по договорам с частными фирмами и корпорациями на предоставление определенных пакетов услуг. Большинство закупок лекарств за счет бюджетных средств производится местными или региональными управлениями здравоохранения на основании запросов от медицинских учреждений, после чего лекарства распределяются по медучреждениям. Частично закупки лекарств производятся за счет средств специального бюджетного фонда в соответствии с договорами с компаниями медицинского страхования и больничными кассами. Однако объем таких закупок очень мал. Большую часть лекарств пациенты покупают по рекомендации своих врачей сами, по полной стоимости.

Психиатрическая помощь оплачивается из средств местных бюджетов в рамках системы постатейного бюджетирования. В предварительных бюджетных сметах не учитывается стоимость лекарств, которые пациенты покупают полностью за свой счет. Лишь небольшая часть (0,6%) сумм официально покрывается за счет бюджетных средств – обычно это лекарства для лечения алкоголизма и наркомании в частных клиниках. Услуги долговременной помощи, как правило, финансируются из местных бюджетов в соответствии с постатейными сметами, которые составляют органы социальной защиты. Услуги медицинской реабилитации предоставляются обычно в санаторно-курортных учреждениях. Примерно половина стоимости такого лечения финансируется из бюджета, а остальное оплачивают работодатели или сами пациенты.

Эксперименты с внедрением новых методов финансирования

В Украине было несколько экспериментов по внедрению таких механизмов финансирования, как глобальный бюджет и оплата по подушевым нормативам. Как правило, эти эксперименты являются результатом местных инициатив и осуществляются при поддержке проектов технической помощи, проводимых международными донорскими организациями. Например, с 1997 г. в г. Комсомольске Полтавской области, население которого составляет около 60 тыс. человек, по инициативе городских властей и медицинской общественности апробируется экспериментальная модель

организации первичной медико-санитарной помощи. Прошедшие необходимую подготовку семейные врачи заключили с городскими властями контракты на оказание услуг ПМСП, оплату за которые они получают по подушевому принципу. Поскольку таких юридических прецедентов, когда услуги муниципальных учреждений здравоохранения оплачивалось бы на договорной основе, не было, то в городе была введена модель семейной медицины. В настоящее время в Комсомольске по контрактам с управлением здравоохранения работают 11 частнопрактикующих семейных врачей, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь примерно 40 процентам жителей города. В основе этих контрактов лежит принцип подушевой оплаты в соответствии с количеством пациентов, прикрепленных к каждому конкретному врачу. Остальная часть населения получает ПМСП в государственной поликлинике, которая финансируется в соответствии с постатейным бюджетом. В 2003–2004 гг. врачи, ранее работавшие по отдельности, были объединены в коллективные практики, а поликлиники преобразованы в центры ПМСП.

На ранних стадиях этого эксперимента была сделана попытка ввести схему частичного фондодержания при закупках услуг у семейных врачей, но этот механизм не получил поддержки со стороны местных властей. Результаты социологического опроса населения г. Комсомольска свидетельствуют о том, что организация предоставления ПМСП с привлечением частнопрактикующих семейных врачей является экономически более эффективной по сравнению с традиционной моделью (Надута, Надутый и Жаліло, 2003; Надута, 2004). Улучшились также качество и доступность медицинской помощи. После перехода на новую модель количество обращений к врачам – узким специалистам снизилось на 36%, количество госпитализаций взрослого населения – на 16%, а количество вызовов скорой помощи в расчете на 10 000 населения – на 46,4%. Кроме того, если при традиционной модели обслуживания участковыми терапевтами и педиатрами показатель удовлетворенности населения составлял 70–80%, то качеством услуг семейных врачей удовлетворено было уже 88% населения.

В 2005 г. в рамках проекта Европейского союза «Финансирование и управление в сфере здравоохранения в Украине» были изменены методы оплаты медицинских учреждений здравоохранения в двух пилотных районах Харьковской и Житомирской областей с населением около 35 тыс. человек каждый. В медучреждениях этих пилотных районов постатейные бюджеты были заменены на глобальный бюджет. Метод финансирования в соответствии с постатейной сметой расходов в боль-

ницах пилотных районов был заменен методом глобального бюджета. Его суть состояла в том, что финансировался предварительно согласованный объем медицинской помощи, но, в отличие от сметного финансирования, средства выделялись медицинскому учреждению без разбивки по статьям расходов, а общая сумма не зависела от его мощностных характеристик. Финансирование осуществлялось в рамках договора о государственной закупке услуг, имеющего форму простейшего блок-контракта. Функции покупателя медицинской помощи выполняли отделы здравоохранения районных администраций, действовавшие в соответствии с положениями Гражданского, Хозяйственного и Бюджетного кодексов Украины и закона Украины № 1490-III от 22 февраля 2000 г. «О закупке товаров, работ и услуг за государственные средства». Покупатель согласовывал с поставщиком медицинских услуг (центральной районной больницей) объемы амбулаторной и стационарной помощи, которые он обязывался предоставить населению в течение года, и общий размер выделяемых ему финансовых средств. Получив средства, больница далее могла самостоятельно определять направления их расходования с учетом текущих потребностей и приоритетов. Автономия больниц обеспечивалась их преобразованием в форму коммунального некоммерческого предприятия в соответствии с положениями Хозяйственного кодекса Украины (Рудий, 2005).

Попытки проведения экспериментов с использованием новых методов оплаты встретили сильное сопротивление со стороны местных налоговых органов. В пилотном районе Харьковской области местные власти в 2005 г. приняли решение о предстоящем разделении финансирования первичной и вторичной помощи и создании двух отдельных, независимых друг от друга поставщиков услуг, ответственных за предоставление этих видов помощи. Планировалось заключать отдельные контракты на закупку медицинских услуг с вновь создаваемым районным центром первичной медико-санитарной помощи, который должен иметь статус самостоятельного коммунального некоммерческого предприятия, и с центральной районной больницей, соответственно. В договоре о закупке услуг вторичной медицинской помощи (стационарной и специализированной амбулаторной), которую должна была оказывать центральная районная больница, в качестве метода оплаты предполагалось использовать метод глобального бюджета, а в договоре о закупке услуг ПМСП – метод подушевой оплаты, на основании списка пациентов, прикрепленных к каждому семейному врачу или врачу общей практики. Но в мае – июне 2006 г., когда планировалось начать практическую реализацию этой программы, администрация центральной рай-

онной больницы, врачи-специалисты стационара и поликлиники стали жестко препятствовать этому, прибегая к самым разным методам давления на районный совет, включая уличные манифестации представителей трудового коллектива. Основными их аргументами были ссылки на неминуемый развал стационарной и специализированной амбулаторной помощи вследствие потери больницей части финансирования и на нецелесообразность проведения любых преобразований в условиях дефицита государственного финансирования. Но истинной причиной сопротивления администрации центральной районной больницы было, очевидно, нежелание терять часть ресурсов и имущества, которые должны были быть переданы центру ПМСП. Врачи больницы и врачи-специалисты поликлиники опасались, что работа самостоятельного центра ПМСП уменьшит потребность в их услугах и приведет к сокращению штата узких специалистов и их доходов, в том числе и неофициальных. В результате реализация этого проекта была отложена.

Более удачно был реализован другой компонент этого эксперимента: в пилотном районе Харьковской области была осуществлена централизация финансирования районной системы здравоохранения. Все сельские медицинские учреждения (сельские врачебные амбулатории, ФАПы и т. п.) были переданы в общую коммунальную собственность района и вошли в состав созданного на базе центральной районной больницы единого коммунального некоммерческого предприятия в качестве его структурных подразделений, утратив статус самостоятельных юридических лиц. Объединение финансовых ресурсов и сельских медицинских учреждений на уровне района позволило создать условия для более эффективного использования бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение органами местного самоуправления. Кроме того, это позволило стабилизировать финансирование и защитить бюджет здравоохранения от возможных решений руководителей сельских территориальных общин перенаправить ресурсы бюджета на другие нужды, отличные от здравоохранения. В марте 2006 г., после того как удалось договориться с соответствующими региональными органами, Министерство здравоохранения издало приказ о присоединении к этому проекту других районов Житомирской и Харьковской областей. Однако новые формы финансирования используются далеко не везде. Главным противником реформирования механизмов закупки медицинских услуг является Минфин, который опасается, что новые механизмы могут привести к нарушению баланса между имеющимся и необходимым объемами ресурсов (Лехан, Рудый и Шишкин, 2007).

3.6.2 Оплата труда медицинских работников

В Украине, в соответствии с Кодексом законов о труде, оплата труда работников бюджетных учреждений и организаций (в том числе и учреждений здравоохранения) осуществляется на основании законов и других нормативных актов Украины, а также генерального, отраслевых, региональных соглашений, коллективных договоров, которые заключаются между собственниками и профсоюзами, в пределах бюджетных ассигнований и внебюджетных доходов. Имевшая место недавно борьба профсоюза медицинских работников Украины за повышение уровня заработной платы особым успехом не увенчалась. В целом в Украине сохранилась советская система оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, использующая фиксированные ставки заработной платы. Преимуществом такого метода является простота расчетов фонда оплаты труда и отсутствие финансовых рисков для врачей, а недостатком – отсутствие связи между оплатой труда и результатами деятельности персонала. Работники здравоохранения практически не заинтересованы в увеличении объемов своей работы и повышении ее эффективности и качества.

В Концепции развития здравоохранения Украины (2000 г.) была поставлена задача разработать меры по дифференциации размеров оплаты труда медицинских и фармацевтических работников в зависимости от уровня их квалификации, объемов, качества, сложности, эффективности и условий выполняемой работы. С тех пор было предпринято несколько попыток сделать систему оплаты труда работников здравоохранения более гибкой. Эти попытки предполагали сохранение прежнего принципа оплаты труда, т. е. системы фиксированных должностных окладов, но с учетом введения некоторых стимулов для улучшения качества работы, повышения престижа медицинских специальностей, представителей которых в стране не хватает, увеличения объема работы и т. д. Постановлением кабинета министров Украины № 1298 от 30 августа 2002 г. была утверждена Единая тарифная сетка разрядов и коэффициентов по оплате труда работников учреждений, предприятий и организаций отдельных отраслей бюджетной сферы. Должностные оклады/тарифные ставки определяются путем умножения зарплаты работника первого тарифного разряда (т. е., по существу, минимальной зарплаты) на соответствующий тарифный коэффициент. Конкретные условия оплаты труда работников здравоохранения устанавливаются в соответствии с совместным приказом Минздрава и Министерства труда и социальной политики «Об упорядочении условий оплаты труда работ-

ников учреждений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения» № 308/519 от 5 октября 2005, с дополнениями 2007 г.

Для большинства категорий медицинского персонала (врачи, средние медицинские работники, фармацевтический персонал) должностные оклады устанавливаются с учетом их квалификационной категории, отражающей профессиональный уровень специалиста (высшая, первая, вторая, без категории). Должностные оклады (тарифные ставки) являются государственными гарантиями минимальных уровней оплаты труда для конкретных профессионально-квалификационных групп работников, находящихся в трудовых отношениях с учреждениями здравоохранения всех форм собственности. Руководителям бюджетных медицинских учреждений предоставляется право в рамках фонда оплаты труда, предусмотренного сметой, определять конкретные размеры повышения зарплаты, надбавок и доплат работникам. Повышение должностных окладов предусматривается для определенных категорий работников, занятых на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, врачей–хирургов за оперативное вмешательство в зависимости от объема, сложности и характера их труда (например, в амбулаторно-поликлиническом отделении – до 15%, дневном стационаре хирургического профиля до 25%, в стационаре – до 40% должностного оклада). Перечень учреждений (подразделений) и должностей, работа в которых дает право на повышение должностных окладов в связи с вредными и тяжелыми условиями труда, устанавливается отдельным приложением к приказу Министерства труда и социальной политики и Министерства здравоохранения. Конкретный перечень должностей работников, которым повышаются должностные оклады, утверждается руководителем учреждения по согласованию с профсоюзным комитетом в зависимости от функциональных обязанностей и объема работы во вредных и тяжелых условиях труда.

Доплаты устанавливаются за совмещение профессий, выполнение обязанностей временно отсутствующего работника и расширение зоны обслуживания или увеличение объема работ, за работу в ночное время – 35÷50% почасовой тарифной ставки за каждый час работы. Надбавки выплачиваются за продолжительность непрерывной работы для отдельных категорий персонала; за сложность, напряженность, высокие достижения в работе и выполнение особо важной работы (в случае несвоевременного выполнения заданий, ухудшение качества работы и нарушения трудовой дисциплины эти надбавки могут уменьшаться или упраздняться); за дежурство на дому и дежурство в стационаре; за почетные звания и др.

В государственных учреждениях здравоохранения размер заработной платы различных категорий медицинских работников (врачей, среднего медперсонала) практически не дифференцируется в зависимости от их специальности и характера работы. Все врачи поделены на две категории. Первая включает представителей тех специальностей, в которых система здравоохранения наиболее остро нуждается и комплектование которыми должно осуществляться в приоритетном порядке (хирурги всех наименований; анестезиологи; врачи всех специальностей, работающие в сельской периферии; врачи, предоставляющие первичную медицинскую помощь, – участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики/семейные врачи), оплата их труда на один разряд отличается от врачей всех остальных специальностей. Специалисты в области общественного здравоохранения (врачи-гигиенисты, эпидемиологи и т. д.), отнесены ко второй категории, которая называется «врачи других специальностей». Зарплаты вспомогательного персонала врачей этих специальностей такие же, как и у среднего медицинского персонала. Зарплаты среднего медицинского персонала на 3–4 разряда ниже, чем у врачей, при этом никаких градаций в зависимости от специализации не предусмотрено.

Для врачей и средних медицинских работников, предоставляющих амбулаторно-поликлиническую и скорую помощь, предусмотрены надбавки за непрерывность работы, которые предназначены, прежде всего, для того, чтобы уменьшить текучесть кадров в этих секторах здравоохранения. Наибольший размер надбавок за непрерывную работу предусмотрен для врачей скорой медицинской помощи – максимально до 60%, и врачей, оказывающих медицинскую помощь в сельской местности, – до 40%, первичную медицинскую помощь в городах – до 30% должностного оклада. Кроме того, эти специалисты, как и представители других специальностей, могут получать доплаты за расширение зоны обслуживания или выполнение обязанностей временно отсутствующего сотрудника (что важно при неполной укомплектованности штатов учреждения), а также за более высокую интенсивность работы – максимально до 50% должностного оклада. Для медицинского персонала, занятого в стационарном секторе, не предусмотрены существенные отличия в должностных окладах по сравнению с другими работниками, за исключением врачей-хирургов и анестезиологов, которым должностные оклады повышаются за выполнение оперативных вмешательств – максимально до 40%.

В то же время в медицинских учреждениях/подразделениях с вредными или тяжелыми условиями труда (и амбулаторного, и стационарного типа) для всех категорий персонала (врачей, средних и младших меди-

цинских работников) предусмотрено повышение должностных окладов: в психиатрических и наркологических учреждениях – до 25%; в психотерапевтических кабинетах поликлиник – до 15%; в инфекционных больницах и подразделениях – до 15%, в учреждениях для лечения больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных – до 60%; в отдельных вспомогательных подразделениях (физиотерапевтических, рентгенологических, радиологических) – до 15% должностного оклада. Оплата труда стоматологов не отличается от оплаты труда врачей других специальностей, а оплата труда зубных врачей и помощников стоматолога (относящихся к среднему медицинскому персоналу) – от оплаты труда средних медицинских работников в целом. Должностные оклады руководителей медицинских учреждений и их заместителей самые высокие по сравнению с другими категориями работников медицинских учреждений, их конкретный размер зависит от мощности учреждения. Кроме того, предусмотрено повышение должностных окладов на 24÷45% в зависимости от наличия квалификационной категории по специальности «организация и управление здравоохранением».

В Украине социальные работники работают преимущественно в учреждениях социальной защиты (домах-интернатах для людей пожилого возраста и инвалидов; территориальных центрах социального обслуживания пенсионеров и одиноких граждан, отделениях социальной помощи на дому, службах милосердия, центрах учета бездомных граждан, домах ночного пребывания, центрах реинтеграции бездомных граждан и пр.). Должностные оклады социальных работников на 1–2 разряда ниже, чем врачей неприоритетных специальностей, они, так же как и у врачей, дифференцированы по квалификационным категориям. Социальные работники, занятые в учреждениях длительного пребывания детей с дефектами умственного развития и поражениями центральной нервной системы, пожилых и инвалидов, имеют право на повышение должностного оклада до 25%.

В Украине количество частных медицинских учреждений относительно невелико. Стоит отметить, что в частных медицинских учреждениях удельный вес штатного персонала обычно не превышает 50% (исключение составляют стоматологические кабинеты и стоматологические центры, где персонал работает преимущественно на постоянной основе). Остальные работники привлекаются либо в качестве совместителей, либо консультантов (основная их работа в государственных медицинских учреждениях). Преобладают договорные методы оплаты труда персонала. Договор между администрацией и медицинским работником предусматривает или

сдельную оплату – за объем выполненной работы как фиксированную долю стоимости вмешательства, или ставки почасовой оплаты работников. В одном учреждении для различных работников могут применяться различные формы их оплаты. Оплата в виде доли стоимости в различных учреждениях сильно различается, что обуславливает значительную текучесть кадров. Ставки почасовой оплаты обычно устанавливаются на основании утвержденных соответствующими приказами Министерства труда и Министерства здравоохранения должностных окладов для различных категорий медицинского персонала, при этом для привлечения медицинского персонала в частные структуры предусматривается небольшое их превышение (на 10–15%).

В государственных медицинских учреждениях система оплаты труда работников допускает определенную гибкость. Правда, никаких особых стимулов для повышения объема или качества оказываемых услуг эта система не предусматривает. В большинстве случаев размер оплаты труда работников учреждений здравоохранения зависит только от количества рабочих часов, а объем, качество и эффективность работы в расчет фактически не принимаются. Премии и надбавки (кроме доплаты за частичное замещение вакантных штатных должностей, надбавок за стаж и квалификационную категорию, являющихся обязательными) выплачиваются чрезвычайно редко из-за хронической нехватки финансирования, а в тех случаях, когда надбавки все-таки выплачиваются, критерии, которые при этом применяются, непрозрачны. Премии необязательно выдаются тем, кто работал лучше всех с профессиональной точки зрения; нередко их получают те, кто, по тем или иным причинам, сумел «понравиться» начальству. Отсутствие прозрачных критериев присуждения премий лишает работников какой бы то ни было заинтересованности в повышении эффективности и качества своей работы. Кроме того, зарплаты медицинских работников по-прежнему остаются на очень низком уровне. Так, врач высшей квалификации, чья специальность относится к наиболее хорошо оплачиваемым, как правило, зарабатывает не более 300 долл. США в месяц, включая надбавки и премии. В 2006 г. средняя месячная зарплата врачей составляла 901,6 гривен (178,5 долл. США), среднего медицинского персонала – 610,6 гривен (120,9 долл. США), а младшего медицинского персонала – 507,5 гривен (100,5 долл. США). В среднем зарплаты в секторе здравоохранения ниже, чем в остальных сферах экономики: в 1,79 раза ниже, чем в промышленности, и в 1,22 раза ниже, чем в сфере образования. Такими зарплатами персонал – и особенно молодежь – в систему здра-

воохранения не привлечешь и уж точно не удержишь. В какой-то степени столь низкие зарплаты и провоцируют появление и распространение практики неформальных платежей, которая никак не способствует справедливости и доступности медицинской помощи. Особенно страдают от этого малообеспеченные слои населения.

Другим препятствием для внедрения более эффективных механизмов оплаты труда медицинских работников является отсутствие нормативно-правовой базы для договорных отношений в медицинских учреждениях. Такой инструмент способствовал бы созданию четких критериев оценки работы персонала и позволил бы создать более прозрачную систему регулирования взаимных обязательств работников и администрации, включая и организацию оплаты труда.

4 Планирование и регулирование

4.1 Регулирование

4.1.1 Управление плательщиками третьей стороны и регулирование их деятельности

Подавляющее большинство медико-профилактических услуг оказывается в государственных учреждениях здравоохранения, а в основе взаимоотношений между их покупателями и поставщиками по-прежнему, как и в системе Семашко, лежит интегрированная модель (см. раздел 3.5). Различные уровни государственного управления выступают в качестве агентов, обеспечивающих содержание учреждений здравоохранения в рамках строго регламентированных постатейных бюджетов (см. раздел 3.6), поэтому медицинские учреждения не имеют никакой управленческой и финансовой самостоятельности. И хотя в феврале 2000 г. был принят закон «О закупке товаров, работ и услуг за государственные средства», регулирующий вопросы закупок услуг здравоохранения у государственных и частных поставщиков за государственные средства на договорной основе, на практике этот закон пока еще в полной мере не выполняется (Lekhan & Rudi, 2007). Вместо него применяется утвержденное кабинетом министров в 2008 г. «Временное положение о закупке товаров, работ и услуг за государственные средства», но формальные основы для таких договоров Минздравом пока не разработаны.

Поэтому, несмотря на то что законные основания для внедрения системы закупок услуг здравоохранения у поставщиков различных форм собственности на основе договорных отношений появились уже несколько лет назад, фактического перехода на модель закупок этих услуг по договорам государственных закупок пока не произошло (см. разделы 3.5, 3.6). Недавно принятые законодательные акты, позволяющие предоставлять большую самостоятельность поставщикам медицинских услуг здравоохранения, также пока на практике не приме-

няются (см. разделы 3.5, 3.6 и главу 7). В результате украинская система здравоохранения продолжает функционировать на основе иерархических взаимоотношений между государством (как плательщик третьей стороны) и непосредственно подчиняющимися ему местными органами власти (государственная собственность) и государственными поставщиками медицинских услуг.

Государственные поставщики, оказывающие населению подавляющее большинство медицинских услуг, финансируются на основании постатейных смет расходов, согласованных с вышестоящими органами соответствующего уровня, и имеют статус так называемых бюджетных организаций. Этими двумя факторами, а также обязательностью применения разрабатываемых Минздравом строгих нормативных схем планирования и укомплектования государственных медицинских учреждений персоналом обусловлена чрезвычайная ограниченность прав государственных поставщиков медицинских услуг в части принятия ими самостоятельных управленческих и хозяйственных решений.

4.1.2 Управление поставщиками медицинских услуг и регулирование их деятельности

Государственное регулирование деятельности поставщиков медицинских услуг осуществляется на национальном уровне; органы местного самоуправления практически не могут регулировать их деятельность. Минздрав разрабатывает и утверждает для сектора здравоохранения государственные стандарты качества и клинические протоколы и отвечает за организацию и проведение обязательной государственной аккредитации медицинских учреждений и лицензирования юридических и физических лиц, занимающихся оказанием медицинских услуг и производством и продажей фармацевтической продукции и медицинской техники (Lekhan & Rudiy, 2007). Процедура аккредитации была введена 15 июля 1997 г. Постановлением кабинета министров № 765 «Об утверждении порядка государственной аккредитации учреждений здравоохранения» и является обязательной для всех учреждений независимо от форм собственности. Оценка результатов первого этапа аккредитации показала, что благодаря этой процедуре удалось добиться некоторых улучшений материально-технической базы медицинских учреждений, повышения квалификации медицинских работников и качества медицинской помощи. В настоящее время в стране действует 27 комиссий по аккредитации при Министерстве здравоохранения Ав-

тономной республики Крым, управлениях здравоохранения областных, Киевской и Севастопольской городских государственных администраций (Lekhan & Rudiу, 2007). Процесс аккредитации стал основой для создания предпосылок для реализации прав пациентов на получение квалифицированной медицинской помощи. Однако из-за отсутствия рабочих механизмов аккредитации этот процесс постепенно превратился в пустую формальность и уже не оказывает реального влияния на качество медицинской помощи (см. раздел 4.1.4 «*Регулирование вопросов качества медицинской помощи*»). Минздрав устанавливает требования к специалистам, к подготовке и повышению квалификации работников здравоохранения и фармацевтов, единые квалификационные стандарты в отношении лиц, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью, перечень медицинских специальностей и классификацию медицинских учреждений. Практикующие врачи подлежат обязательной аттестации каждые пять лет, но системы регистрации врачей в стране нет (см. раздел 5.2.4 «*Регистрация и лицензирование*»). Лицензирование государственных и частных поставщиков медицинских услуг (физических и юридических лиц) производится в соответствии с законом Украины № 1775-14 «О лицензировании отдельных видов экономической деятельности» (2000) и совместным приказом Государственного комитета Украины по вопросам регуляторной политики и предпринимательства и Министерства здравоохранения № 38/63 от 16 февраля 2001 г. «Лицензионные условия осуществления экономической деятельности по медицинской практике» (Lekhan & Rudiу, 2007). Эти законодательные акты призваны обеспечить достижение специалистами и организациями здравоохранения минимальных профессиональных стандартов, соблюдение ими установленных санитарных норм и правил и обеспечение безопасности и технической исправности оборудования. К сожалению, лицензирование медицинской практики не обеспечивает надлежащего качества медицинской помощи. Многие медицинские учреждения, особенно в сельской местности, испытывают серьезные структурные проблемы. Многие здания находятся в ветхом состоянии, оборудование устарело и неисправно (см. раздел 5.1.3 «*Медицинское оборудование, приборы и аппараты*»). Причинами этого являются, в частности, отсутствие современных стандартов материально-технического обеспечения и в высшей степени либеральная форма лицензирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которым, как правило, удается сохранить исторически сложившийся набор своих услуг.

4.1.3 Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг

В 2005 г. в ходе реализации проекта Евросоюза «Финансирование и управление в сфере здравоохранения в Украине» были выявлены основные регулятивные барьеры, препятствующие предоставлению поставщикам медицинских услуг большей самостоятельности, с тем чтобы в финансировании здравоохранения можно было отойти от модели постатейного бюджетирования (см. раздел 3.6). В больницах пилотных районов метод финансирования в соответствии с постатейной сметой расходов был заменен методом глобального бюджета. Финансирование больниц осуществлялось в рамках договора о государственной закупке услуг, который имел форму простейшего блок-контракта; при этом финансировался общий, предварительно согласованный объем амбулаторной и стационарной медицинской помощи, без разбивки по статьям расходов, а общая сумма не зависела от размеров коечного фонда и численности персонала учреждения. Этот проект встретил сильное сопротивление со стороны региональных и местных органов власти и налоговых органов, которых больше интересует детальная информация о доходах и расходах бюджетных учреждений, чем эффективность их деятельности (Лехан, Рудый и Шишкин, 2007).

В рамках этого проекта, с помощью которого удалось успешно внедрить модель разделения поставщиков и покупателей медицинских услуг, бюджетные медицинские учреждения были преобразованы в коммунальные некоммерческие предприятия. Это было сделано для того, чтобы избежать необходимости получать постатейное финансирование, заключая вместо этого договоры на обслуживание и самостоятельно принимая решения, касающиеся направлений расходования своих средств. Однако из-за противоречий между положениями Коммерческого кодекса и налогового законодательства налоговые органы отказались регистрировать некоммерческие предприятия как некоммерческие организации, освобожденные от налога на прибыль. Бюджетные организации освобождены от уплаты земельного налога, а некоммерческие – нет; существует также риск, что медицинским учреждениям придется оплачивать коммунальные услуги по стандартным, а не по льготным тарифам, которые установлены для бюджетных организаций. Финансовые органы противились любым изменениям статуса бюджетных организаций, поскольку опасались потерять контроль за их финансированием (Лехан, Рудый и Шишкин, 2007).

4.1.4 Регулирование вопросов качества медицинской помощи

В рамках программы реформ правительство и Минздрав за эти годы предприняли определенные шаги по повышению качества медицинской помощи. Основные усилия в этой области были направлены на стандартизацию медицинских услуг, лицензирование и аккредитацию медицинских учреждений (см. выше). Стандартизация медицинской деятельности в Украине началась в 1988 г. с приказа Минздрава № 226 от 27 июля 1998 г. «Об утверждении временных отраслевых унифицированных стандартов медицинских технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических заведениях Украины и временных стандартов объемов диагностических исследований, лечебных мероприятий и критериев качества лечения детей». В настоящее время медицинские стандарты и клинические протоколы разработаны по большинству болезней, и их соблюдение является обязательным. В 2002–2007 гг. были разработаны и утверждены клинические протоколы по 66 различным видам медицинских услуг, но качество этих протоколов оставляет желать лучшего. Большинство из них было разработано на базе согласованного экспертного заключения, без опоры на данные доказательной медицины. Никаких клинических исследований качества этих протоколов не было, пациенты в этом не участвовали, и мониторинга эффективности их применения не проводилось.

4.2 Планирование и управление медицинской информацией

Система здравоохранения Украины является «интегрированной» – в том смысле, что для поставщиков медицинских услуг платательщик третьей стороны является либо непосредственным владельцем, либо работодателем. Поэтому в организационном отношении поставщики, в зависимости от уровня оказываемой помощи, подчинены соответствующим органам управления. Этот децентрализованный характер управления отраслью препятствует выполнению планов, разрабатываемых на национальном уровне, а централизованного органа планирования в стране нет. Первым единым общегосударственным планом в области здравоохранения со времени провозглашения независимости стала межотраслевая комплексная программа «Здоровье нации» на 2002–2011 гг. (см. раздел 8.1). Региональным администрациям было поручено разра-

ботать на ее основе соответствующие региональные программы с установлением годовых целевых показателей и их достижением с использованием местных средств (Lekhan & Rudi, 2007).

Подходы к планированию мощностей и численности персонала в украинском секторе здравоохранения с советских времен практически не изменились. В настоящее время в этой области действуют механизмы, не отвечающие потребностям населения в услугах здравоохранения и не учитывающие местных особенностей оказания медицинской помощи. Практически отсутствуют и стимулы для рационального использования ресурсов и контроля затрат медицинских учреждений. Так, например, областные управления здравоохранения отвечают за организацию общего коечного фонда больниц с учетом местных нормативов оказания стационарной помощи. По Украине в целом этот норматив был установлен на уровне 8 больничных коек на 1000 населения, но это общий стандарт, а отдельных нормативов обеспеченности больничными койками конкретного профиля не существует. Размером коечного фонда больницы определяется также и ее укомплектование персоналом, которое должно производиться в соответствии с числом коек каждого профиля. Численность персонала отдельных амбулаторно-поликлинических учреждений определяется по нормативам Минздрава. Эти нормативы различны для двух категорий населения (детей и взрослых) и зависят от вида административно-территориальной единицы (поселковые, районные, городские, областные). Норматив обеспеченности населения участковыми терапевтами и педиатрами определяется исходя из численности населения обслуживаемого участка. Допускается также введение ставок работающих в амбулаторных условиях врачей-гигиенистов, занимающихся охраной здоровья на производстве, и педиатров, работающих в школьных и дошкольных учреждениях. Необходимая численность среднего медицинского персонала, оказывающего амбулаторную помощь, определяется в соответствии с нормативами, связанными с численностью врачей соответствующего профиля. Кроме того, существуют отдельные нормативы численности среднего медицинского персонала ФАПов, где осуществляется начальный (доврачебный) этап оказания медицинской помощи в сельской местности. Разумеется, столь строгие стандарты оставляют мало возможностей для эффективного управления на уровне отдельного учреждения, да и вообще надо отметить, что действующая практика планирования и управления кадровыми ресурсами государственной системы здравоохранения не подчиняется никакой последовательной модели и не соответствует организационным целям.

В целом в действующей системе отсутствует и сколько-нибудь последовательный подход к обеспечению надлежащей численности медицинских работников (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004).

4.2.1 Оценка медицинских технологий

Оценку медицинских технологий можно определить как «структурированный анализ медицинской технологии, совокупности связанных технологий или определенного технологического вопроса, проводимый в целях содействия принятию стратегических решений» (Mossialos, Allin & Figueras, 2007). В этом смысле оценка медицинских технологий пока не является характерной чертой украинской системы здравоохранения.

4.2.2 Информационные системы

В Украине есть единая электронная медицинская информационная система для составления и передачи отчетной документации с областного уровня на вышестоящий, но на городском и поселковом уровнях отчетность составляется в бумажном виде с использованием стандартных бланков и форм. Есть также другие локальные информационные системы, но они не всегда совместимы друг с другом и предназначены скорее для управления отдельными учреждениями, чем для планирования и координации медицинской деятельности на национальном уровне. Вопросы достоверности данных, генерируемых медицинскими информационными системами, и эффективности этих систем рассмотрены в разделе 1.4.

4.2.3 Научно-исследовательская деятельность

Научные исследования в области здравоохранения проводятся в медицинских университетах и академиях Украины, а также в Украинском институте стратегических исследований при Минздраве, который публикует годовые отчеты о состоянии системы здравоохранения. Институт стратегических исследований начал работу по координации научно-исследовательской деятельности в 2008 г., уделяя особое внимание таким вопросам, как развитие первичной и вторичной медицинской помощи, постоянное повышение качества в здравоохранении и финансирование здравоохранения. До этого приоритетные направления исследований в области здравоохранения выбирались менее систематизированно.

В 2009 г. Минздравом были утверждены следующие приоритетные направления научных исследований в области здравоохранения:

- модель и пути развития первичной медицинской помощи на базе принципов семейной медицины;
- пути оптимизации организации и объема вторичной и третичной медицинской помощи;
- пути преодоления влияния мирового экономического кризиса на украинскую систему здравоохранения;
- оптимальная модель финансирования здравоохранения на современном этапе;
- разработка стратегии повышения средней продолжительности жизни населения страны;
- модель оказания диагностических услуг на региональном уровне;
- совершенствование системы постоянного повышения качества медицинской помощи;
- оптимальные информационные системы в здравоохранении и внедрение телемедицины;
- совершенствование организации медицинского обслуживания сельских населенных пунктов;
- прогнозные оценки состояния здоровья населения и демографической ситуации в Украине;
- прогнозы потребностей в кадровых ресурсах в системе здравоохранения на современном этапе;
- оптимизация системы управления здравоохранением на всех уровнях;
- развитие системы государственных санаторно-курортных учреждений;
- реформирование системы медицинской реабилитации;
- пути повышения эффективности распределения ресурсов.

Проведением этих исследований будут заниматься медицинские университеты, а их координацией – Украинский институт стратегических исследований при Минздраве. Отдельного финансирования для проведения таких исследований не предусмотрено.

5 Материальные и трудовые ресурсы

5.1 Материальные ресурсы

5.1.1 Инфраструктура

Вопросы аккредитации учреждений здравоохранения и частных лиц, занимающихся медицинской деятельностью, относятся к ведению Минздрава (см. раздел 4.1.2). В 2008 г. в Украине насчитывалось 440 000 больничных коек, 92,3% которых находилось в стационарных учреждениях системы Минздрава. За период с 1990 по 2008 г. общее число больничных коек уменьшилось почти на треть (на 37,2%), или на 30% в расчете на душу населения (с 13,6 до 9,5 на 1000 населения) (см. табл. 5.1). При этом число коек уменьшилось только в учреждениях системы Минздрава, а во всех остальных – фактически увеличилось.

Таблица 5.1
Обеспеченность койками, 1990–2008 гг.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Число больничных коек на 1000 населения, всего	13,6	12,5	9,5	9,5	9,6	9,5	9,5
Число больничных коек на 1000 населения в учреждениях системы Минздрава	13,0	11,9	8,9	8,7	8,8	8,8	8,8
Число коек на 1000 населения в больницах краткосрочного лечения ^а	10,6	9,8	7,2	7,1	7,1	–	–
Число психиатрических коек на 1000 населения ^а	1,4	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Число коек в домах для престарелых и домах сестринского ухода на 1000 населения	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	–	–

Источники: Министерство охраны здоровья Украины, Украинский институт стратегических исследований, 2009; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010а; База данных Центра медицинской статистики, неопубликованные данные, 2009.

Примечание: ^а Число коек в учреждениях системы Минздрава.

Больше всего больничных коек было сокращено в 1997–1998 гг. в связи тяжелым финансово-экономическим кризисом (см. рис. 5.1). В этих условиях содержать такой огромный избыток стационарных

мощностей стало уже невозможно. Постановлением кабинета министров № 640 от 28 июня 1997 г. «О введении предельных территориальных нормативов объема стационарной медицинской помощи» норматив обеспеченности населения больничными койками был установлен на уровне 8 коек на 1000 населения, что потребовало от регионов привести коечный фонд своих медучреждений в соответствие с указанным нормативом. В результате в период с 1996 по 1998 г. в учреждениях системы Минздрава было сокращено более 150 тыс. коек. Дальнейшее сокращение коечного фонда больниц происходило уже не такими быстрыми темпами. Это сокращение более всего затронуло сельские больницы, которые были преобразованы в сельские врачебные амбулатории, и городские больницы, большинство из которых были реорганизованы в поликлиники (см. разделы 5.1.2 и 6.4).

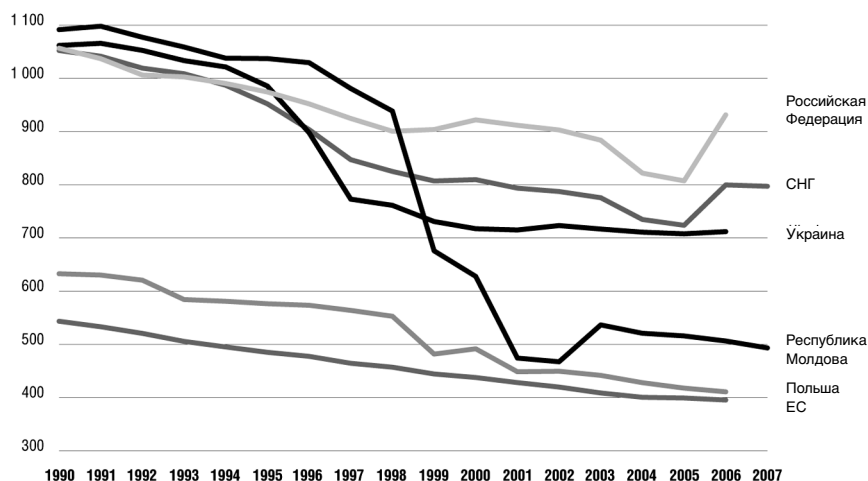
Несмотря на то что по сравнению с другими странами СНГ в Украине число коек в больницах краткосрочного лечения относительно невелико, по европейским стандартам оно все равно остается высоким (см. рис. 5.1), даже с учетом различий в способах подсчета таких коек. В европейской базе данных «Здоровье для всех» приводится общее количество всех больничных коек, за вычетом коек в туберкулезных и психиатрических больницах. В Украине нет четкой дифференциации коек по интенсивности лечебного процесса. Поэтому в большинстве стационаров лечат как пациентов с острыми и неотложными состояниями, так и хроников, которым необходима долговременная помощь, а также пациентов, нуждающихся в долговременной медико-социальной помощи по причинам скорее социального, нежели медицинского характера (это могут быть, например, социально незащищенные пожилые люди, нуждающиеся в помощи в зимние месяцы). Так называемых больниц скорой помощи, куда принимают исключительно пациентов с острыми и неотложными состояниями, в Украине очень мало (таких учреждений всего 12, и они есть только в 10 из 24 регионов страны).

Число коек в психиатрических больницах также резко сократилось: по сравнению с 1990 г. оно уменьшилось на 37%, т. е. уровень обеспеченности населения психиатрическими койками упал с 1,4 до 0,9 на 1000 населения. Финансовый кризис был действительно очень серьезным фактором, но свою роль в этом процессе сыграли и изменения в законодательстве, касающемся лечения психических расстройств (см. раздел 6.11).

Число коек в учреждениях по оказанию долговременной помощи находится в ведении Министерства труда и социальной политики, и эти койки не включены в расчеты общего размера коечного фонда стацио-

Рис. 5.1

Обеспеченность койками в больницах краткосрочного лечения (на 1000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

наров, которые производят Госкомстат и Минздрав Украины. По сравнению с 1990 г. их число сократилось на 20%, притом что потребность в таких койках только растет: население Украины быстро стареет (см. раздел 6.8).

5.1.2 Основные фонды и капитальные вложения

Украина обладает разветвленной сетью медицинских учреждений. Сектор здравоохранения монополизирован государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, большинство которых унаследованы еще с советских времен. Частные медицинские учреждения оказывают не более 1% общего объема медицинской помощи. В 2006 г. общая стоимость основных фондов медицинских и социальных учреждений Украины, включая здания и оборудование, составляла 42 млрд гривен (8,4 млрд долл. США). По сравнению с 2000 г. этот показатель почти удвоился. Однако инфраструктура здравоохранения Украины постепенно разрушается, поскольку действующие механизмы предусматривают финансирование исключительно текущих затрат, а финансирование капитальных вложений – лишь частично (и то только начиная с 2000 г.).

В 2008 г. амбулаторную помощь населению Украины оказывали 8000 государственных и муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений различных уровней, 94,1% которых входили в систему Минздрава. Более половины (61,3%) амбулаторных учреждений системы Минздрава оказывают только первичную помощь (сельские и городские амбулаторные учреждения, амбулаторные отделения сельских учреждений первичной помощи); 25,2% оказывают первичную и вторичную амбулаторную помощь (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения взрослых и детских городских больниц, центральных районных и районных больниц). Остальные учреждения оказывают вторичную и третичную амбулаторную медицинскую помощь. Кроме того, первичную помощь населению более отдаленных сельских районов оказывают свыше 15 000 ФАПов. После обретения независимости в 1991 г. общее число амбулаторных медицинских учреждений увеличилось на 16,5%, а число учреждений системы Минздрава – на 7,2% (см. табл. 5.2). Однако более подробный анализ выявляет весьма разнонаправленную тенденцию: число отдельно стоящих амбулаторий и поликлиник быстро растет, в то время как число ФАПов и поликлинических отделений больниц уменьшается. Количество амбулаторно-поликлинических учреждений начало быстро расти с внедрением в 2000 г. института семейной медицины (общей практики) (см. раздел 6.3), когда более половины сельских медпунктов и ФАПов, которые обслуживали по 1000 и более человек, были преобразованы в сельские врачебные амбулатории. Новых медучреждений открывается очень мало. Сокращение числа поликлинических отделений больниц связано также с реорганизацией больниц в поликлиники.

В 2008 г. в стране насчитывалось 2800 стационарных медицинских учреждений, 90,9% которых относятся к системе Минздрава. Остальные принадлежат другим отраслевым министерствам и ведомствам и Академии медицинских наук Украины, которая также управляет деятельностью 36 научно-исследовательских институтов и центров. С 1991 г. общая численность стационарных учреждений снизилась на 27,8% (см. табл. 5.3). Как уже говорилось, главным образом это было обусловлено реорганизацией сельских больниц во врачебные амбулатории. Уменьшение количества диспансеров объясняется их слиянием с многопрофильными больницами, в состав которых они вошли. Из общего числа коек в учреждениях системы Минздрава 7,9% приходится на учреждения высокоспециализированной медицинской помощи (взрослые и детские областные больницы), 55,3% – на многопрофильные стационары, оказывающие вторичную

Таблица 5.2

Преобразование сети амбулаторных учреждений, 1991–2008 гг.

Виды учреждений	1991	1995	2000	2005	2007	2008	±2008 по сравнению с 1991
Амбулаторно-поликлинические учреждения, всего	6869	7220	7430	7776	8000	8000	+1131
Амбулаторно-поликлинические учреждения системы Минздрава, в том числе:	6423	6544	6456	6692	6842	6888	+465
– самостоятельные поликлиники и амбулатории, из них	2015	2033	2850	3605	3841	3944	+1929
– сельские врачебные амбулатории	1618	1636	2408	3076	3294	3628	+2010
– поликлинические отделения больниц	3071	2983	2624	2281	2213	2114	-957
– поликлинические отделения диспансеров	545	527	491	372	369	367	-178
– стоматологические поликлиники	316	324	320	309	300	–	–
ФАПы	16 402	16 282	16 113	15 459	15 229	15 100	-1302

Источники: Державний комітет статистики України, 2010b; Центр медичної статистики, 2009; Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2009.

Таблица 5.3

Преобразование сети стационарных учреждений, 1991–2008 гг.

Виды учреждений	1991	1995	2000	2005	2007	2008	±2008 по сравнению с 1991
Стационарные учреждения, всего	3882	3855	3258	2905	2800	2800	-1082
Стационарные учреждения системы Минздрава, всего	3776	3762	3049	2636	2574	2537	-1239
в том числе:							
– областные больницы	30	28	25	25	25	25	-5
– областные детские больницы	25	28	28	28	29	29	+4
– городские больницы	683	673	592	551	547	539	-144
– специализированные больницы	125	130	125	–	119	–	–
– городские детские больницы	124	120	104	99	97	96	-28
– центральные районные больницы	481	487	486	480	474	472	–
– районные больницы	–	–	125	134	142	–	–
– сельские больницы	1481	1423	948	668	609	580	-901
– психиатрические и наркологические больницы	92	90	93	92	92	92	0
– родильные дома	83	87	93	89	89	89	+6
– диспансеры	411	398	367	283	281	281	-130

Источники: Державний комітет статистики України, 2010b; Центр медичної статистики, 2009; Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2009.

медицинскую помощь (диспансеры, психиатрические и наркологические больницы и т. д.), и 5,5% – на сельские больницы (Центр медицинской статистики, 2006).

Количество частных медицинских учреждений постепенно растет. Первое обследование всех медицинских учреждений, независимо от их форм собственности, было проведено в 2008 г. Оно показало, что в ча-

стном секторе в Украине работают 82 стационара, 577 медицинских центров, 1938 частных практик и 6917 частных врачей (Князевич и др., 2009). Большинство (около 75%) частных медицинских учреждений и частных практик занято в стоматологии и примерно 15% представляют собой различные диагностические центры и лаборатории. Лечебно-профилактические организации составляют 5–10% всех частных медицинских предприятий и обычно представляют собой небольшие кабинеты, арендуемые в крупных государственных учреждениях. Из множества полностью частных клиник в Украине крупными являются только десять.

В Украине отсутствует система регулярного мониторинга эксплуатации медицинских учреждений и тех условий, в которых они оказывают свои услуги населению. Состояние медицинских учреждений можно оценить по косвенным данным, используя материалы Государственной санитарно-эпидемиологической службы, которая в ходе регулярных проверок занимается оценкой санитарного состояния медицинских учреждений. По данным на 1 января 2008 г., из общего числа государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений, включая ФАПы, санитарно-гигиеническим нормам не удовлетворяло 6,8%, капитального ремонта требовало 1,8% учреждений и 0,2% находилось в полуразрушенных и/или аварийных зданиях, не подлежащих ремонту. Кроме того, лишь 29,6% лечебно-профилактических учреждений были подключены к водопроводной сети, 59,5% имели горячее водоснабжение (из них к централизованной системе горячего водоснабжения подключены были 31,4%) и 21,1% были подключены к канализационной сети. Неудовлетворительное санитарное состояние характерно в основном для сельских медицинских учреждений. По данным обследования состояния учреждений первичного звена, проведенного Минздравом в 2007 г. (Приказ № 237 от 11 мая 2007 г.), капитального ремонта требуют 19,5% сельских врачебных амбулаторий и 16,4% ФАПов; 1% и 2% из них, соответственно, находятся в критическом состоянии. Свыше двух третей строений эксплуатируются уже более 25 лет, а 20% – более 50 лет. Большинство частных медицинских учреждений появилось в течение последних 15 лет, и их состояние удовлетворяет санитарно-гигиеническим нормам.

Отсутствие систематической модернизации медицинских учреждений и минимальное финансирование капитальных вложений в государственной системе здравоохранения – вот две основные причины, по которым в стране нет системы планирования перспективного развития (строительства и реконструкции) государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Стратегическое перспективное планирование и инвестиции в частном секторе здравоохранения зависят от нескольких факторов, главными из которых являются потенциальная прибыльность инвестиций и выявление узких мест в государственной системе здравоохранения. Поэтому большинство инвестиций производится в столице и других крупных городах. Большая часть инвестиций идет на развитие таких отраслей, как медицинская диагностика, стоматология, гинекология и некоторые другие. Еще одним важным фактором в планировании инвестиций является внимание высших должностных лиц государства к конкретным отраслям системы здравоохранения. К примеру, проблемы лечения раковых заболеваний находятся в зоне постоянного внимания президента страны, что создает очень выгодное поле для инвестиций.

В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Украины не исчисляется амортизация (даже при оказании платных услуг). За последние годы общий объем инвестиций в систему здравоохранения несколько увеличился, но по-прежнему остается небольшим. По неопубликованным данным Госкомстата Украины, в 2004–2007 гг. общий объем инвестиций в основные фонды здравоохранения и социального ухода (включая капитальное строительство, модернизацию существующего и закупки нового оборудования) постепенно увеличился с 1,5 млрд гривен (290 млн долл. США) до 2,5 млрд гривен (500 млн долл. США). Это составляет не более 6% общих расходов на здравоохранение из всех источников. Инвестиции в госсекторе составляют половину всех инвестиций и преимущественно идут на закупки оборудования (см. раздел 5.1.3 «*Медицинское оборудование, приборы и аппараты*»), а остальные средства – в частный сектор, на строительство и оснащение оборудованием. Ни отдельных данных по каждому из секторов, ни сведений об объемах инвестиций, которые идут на строительство и оснащение оборудованием, нет.

До недавнего времени инвестиций в частный сектор хватало только на открытие частных кабинетов и небольших медицинских учреждений по оказанию консультационных и диагностических услуг. Однако с началом экономического роста в Украине, несмотря на все трудности общего характера, с которыми сталкиваются иностранные инвесторы (политическая нестабильность, непрозрачность правовой системы и системы налогообложения, бюрократия, коррупция), объем иностранных инвестиций в сектор здравоохранения значительно увеличился (Макаренков, 2007). Начали открываться довольно крупные частные больницы и хорошо оснащенные медицинские центры. За период с 2006 по

2008 г. израильские, американские, российские и другие иностранные компании вложили средства в строительство частной больницы (30 млн долл. США), эндохирургической клиники (10 млн долл. США), онкологической клиники (30 млн долл. США) и научно-производственного центра онкологии и кардиологии (60 млн долл. США) (Ксенз, 2007). Поэтому, вероятно, дискуссии о развитии частного сектора здравоохранения должны в большей степени касаться его качественного, нежели количественного роста.

5.1.3 Медицинское оборудование, приборы и аппараты

Украинская система здравоохранения постоянно испытывает серьезные проблемы с техническим обеспечением и обслуживанием существующего оборудования. Основные фонды государственных и муниципальных учреждений здравоохранения очень сильно изношены, и со временем эта ситуация только ухудшается: если в 2000 г. изношенным и устаревшим было 50% оборудования, то в 2007 г. – уже 60–70%. Большая часть оборудования эксплуатируется по 20–25 лет, что в 2–3 раза превышает его технический срок службы. Например, в 2005 г. у 80% рентгенологического оборудования амортизационный период истек еще 10 лет назад. Замена изношенного и устаревшего оборудования происходит крайне медленно, несмотря на то что все эти данные были включены в Концепцию государственной программы развития производства медицинской техники на 2008–2012 гг. (Распоряжение кабинета министров № 102 от 21 марта 2007 г.) По данным Минздрава, ориентировочная стоимость замены оборудования в медицинских учреждениях в 2008 г. составила 12 млрд гривен (2,5 млрд долл. США), а ежегодный объем закупок оборудования не достиг и 10% этой суммы.

Закупки медицинского оборудования для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения осуществляются распорядителями бюджетных средств (должностными лицами органов и учреждений здравоохранения) на конкурсной основе. Около 20% закупок производится в централизованном порядке под руководством Минздрава, в рамках целевых государственных программ. Многие чиновники с неодобрением относятся как к составу централизованных закупок (т. е. к маркам, модификациям и компоновке приобретаемого оборудования), так и к ценам, по которым оно закупается, поскольку зачастую эти цены выше, чем если бы то же самое оборудование закупалось не централизованно, а самостоятельно. Не одобряют они и способ распределения закупленного оборудо-

вания по регионам. В 2008 г. Национальный совет по здравоохранению при президенте Украины проанализировал проблему закупок дорогостоящего оборудования и пришел к выводу, что планирование этих закупок было неудовлетворительным, а процесс закупок – непрозрачным. В Минздраве не ведется реестра дорогостоящего оборудования и его использования, поэтому никаких данных о распределении такого оборудования в масштабах страны нет, но, по некоторым сведениям, используется оно нерационально. Так, в некоторых учреждениях это оборудование работает только в одну смену. На полную мощность оно эксплуатируется только в специализированных центрах, а в многопрофильных учреждениях уровень его использования в 3–4 раза ниже.

На долю оборудования, произведенного на территории Украины, приходится 30–35% всего объема закупок. В настоящее время разработкой и производством медицинской техники занимаются свыше 250 предприятий различных форм собственности, из них 15% являются государственными, а остальные – частными, среди которых 19% представляют собой акционерные общества, 0,2% – совместные предприятия, 44,8% – компании с ограниченной ответственностью и 20% – всевозможные малые предприятия. Будучи в составе СССР, Украина получала медицинское оборудование, производимое 350 советскими заводами, из них лишь 19% находилось на территории Украины. Соответственно, теперь, после обретения независимости, медицинская промышленность Украины в состоянии обеспечить лишь 13–15% всего спектра и около 20% объема необходимой медицинской техники. Правительством были предприняты значительные усилия по созданию и развитию отечественной медицинской промышленности. В период с 1992 по 2003 г. в стране были реализованы две государственные программы по развитию медицинской техники. В результате ассортимент оборудования и изделий медицинского назначения расширился втрое: с 740 до 2200 наименований. В настоящее время местные производители выпускают аппараты для искусственной вентиляции легких, наркозно-дыхательные аппараты, слуховые аппараты, рентгенологическое, электрокардиографическое и ультразвуковое оборудование, холодильное и криогенное оборудование, медицинскую мебель, оборудование для травматологии, ортопедии и для пациентов с ограниченной подвижностью, хирургические и стоматологические инструменты, кольпоскопы, стерилизационное оборудование (суховоздушные, паровые и бактерицидные стерилизаторы), электродиагностическое оборудование и электростимуляторы. Однако ассортимент медицинской техники, производимой на внутреннем рынке, по-прежнему ограни-

чен, поэтому закупки более дорогостоящего импортного оборудования так или иначе необходимы.

Значительная зависимость от импорта и ограниченность финансирования приводит к тому, что полная замена оборудования медицинских учреждений становится очень дорогостоящим и медленно протекающим процессом. Правительством было рассмотрено несколько вариантов решения этой проблемы, включая закупки дорогостоящего импортного оборудования и закупки за границей технологий и лицензий на производство медицинского оборудования на внутреннем рынке, после чего было принято решение о создании собственного конкурентоспособного медицинского оборудования, которое обойдется значительно дешевле, а по качеству не будет уступать импортному. В настоящее время проводится третья государственная программа по созданию производства медицинского оборудования на местном рынке, рассчитанная на 2008–2012 гг. Эта программа нацелена на существенное расширение номенклатуры производства (в полтора раза) и обеспечение сопоставимости производимого оборудования по качеству с аналогичным импортным, что должно впоследствии привести к замещению импорта. В первую очередь будет производиться оборудование для ранней диагностики заболеваний, т. е. рентгенологическое, электрокардиографическое и ультразвуковое. Будут также реализованы такие современные медицинские технологии, как магнитокардиография, цифровые технологии, биотелеметрия, эндопротезирование, производство оксигенаторов и имплантов. Ориентировочная стоимость этой программы составляет 170 млн гривен (36 млн долл. США), из них 30% финансируется государством. Как эта программа повлияет на доступность основного медицинского оборудования в больницах, пока не ясно.

В Украине нет системы лицензирования медицинской техники, но, в соответствии с Постановлением кабинета министров № 1497 от 9 ноября 2004 г. «Об утверждении порядка государственной регистрации медицинской техники и изделий медицинского назначения», обязательной государственной регистрации в Государственном департаменте по контролю за качеством, безопасностью и производством лекарственных средств и изделий медицинского назначения подлежат все изготовленные на территории Украины и импортированные изделия медицинского назначения. Регистрация производится на основании рассмотрения соответствующего пакета документов, которые должен представить заявитель – физическое или юридическое лицо, отвечающее за производство, безопасность и эффективность изделий медицинского назначения. За-

явитель принимает участие в выборе тех органов, которые будут заниматься рассмотрением его документов. По результатам этого рассмотрения Государственный департамент по контролю за качеством, безопасностью и производством лекарственных средств и изделий медицинского назначения может потребовать, чтобы до регистрации медицинское оборудование прошло необходимые испытания.

5.1.4 Информационные технологии

Доступ к Интернету в Украине пока ограничен, но эта ситуация быстро меняется к лучшему. В 2009 г. в стране было 15,3 млн пользователей Интернета, что составляет 33,7% всего населения страны (ITU, 2010). Все областные больницы, около 80% городских больниц и поликлиник и 90% центральных районных больниц имеют доступ к Интернету. Среди сельских врачебных амбулаторий и сельских больниц подключенных к Интернету очень мало. Вместе с тем большинство медучреждений пользуются Интернетом только для доступа к электронной почте и к порталам центральных органов власти (официальным сайтам Минздрава, парламента и правительства), а возможность доступа к медицинским базам данных практически не используется.

Учреждения первичного звена по большей части компьютерами не оснащены. Даже среди учреждений семейных врачей и врачей общей практики, которым было предоставлено все необходимое оборудование, компьютеры есть всего у 12,3%. На нескольких пилотных территориях, которые были выбраны для реализации проектов Евросоюза «Поддержка развития учреждений первичной медицинской помощи» и «Финансирование и управление в сфере здравоохранения» и получили техническую помощь, 50–70% центров семейной медицины (общей врачебной практики) были оснащены полностью. В других регионах компьютерами оснащено всего 5–7% учреждений амбулаторно-поликлинической помощи (Кривенко, Лихотоп и Лещук, 2008). В первичном звене компьютеры используются в основном для создания баз данных пациентов. Разработкой программного обеспечения для учреждений первичного звена занимаются несколько НПО. Например, компания «МедиФAM» разрабатывает программное обеспечение для ведения регистров пациентов, регистрации новых пациентов, получения медицинской информации о пациентах из других учреждений, составления графиков работы врачей и медсестер первичного звена, мониторинга и анализа показателей работы сестринского персонала, анализа нагрузки медсес-

тер, проверки отчетов медсестер, создания форм отчетности и т. д. Эта система очень успешно работает в ряде учреждений первичного звена, но стремления реализовать ее или другую аналогичную систему в более широком масштабе нет. Сейчас в стадии планирования находится новая национальная программа, нацеленная на развитие первичного звена здравоохранения и оснащение компьютерами и программным обеспечением всех учреждений первичной помощи. В подавляющем большинстве остальных медицинских учреждений компьютеры используются в основном для составления статистической отчетности, ведомостей заработной платы, ведения финансового мониторинга и кадрового учета. В некоторых учреждениях созданы собственные автоматизированные системы контроля, но они не являются ни унифицированными, ни сертифицированными, и их реализация в других медицинских учреждениях оказалась затруднительной.

Существуют планы по расширению и систематизации использования компьютерных технологий в государственной системе здравоохранения. В частности, была разработана и представлена для публичного обсуждения Концепция системы электронной регистрации и обмена медицинской информацией между заведениями, учреждениями и организациями здравоохранения, предусматривающая создание общенациональной системы электронной регистрации, хранения и анализа данных, введение личных электронных медицинских карт пациентов в целях организации в будущем электронного документооборота на всех уровнях системы здравоохранения и внедрения технологий дистанционного обучения и телемедицины. Однако технологическая модернизация всей системы в целом потребует значительных вложений. По оценкам экспертов, необходимо будет закупить примерно 25 тысяч новых компьютеров. Кроме того, разработка качественного программного обеспечения также предполагает довольно большие затраты.

5.1.5 Лекарственные средства

В Украине предприняты определенные меры по регулированию деятельности фармацевтического сектора. С принятием 1996 г. закона «О лекарственных средствах» были заложены основы государственной политики в области разработки, регистрации, производства и контроля качества медикаментов, производимых на территории Украины. В настоящее время основные регулирующие функции распределены между двумя органами: Государственным фармакологическим центром и Госу-

дарственной инспекцией по контролю качества лекарственных средств. Государственный фармакологический центр является основным регулирующим органом, который занимается регистрацией и лицензированием лекарственных средств, осуществляет контроль их качества до поступления лекарственных средств на внутренний рынок, а также отвечает за проведение клинических испытаний, мониторинг побочных действий (правда, от врачей поступает очень мало сведений о побочных действиях лекарств) и рациональное использование лекарственных средств (включая разработку Государственного формуляра лекарственных средств). Государственный фармакологический центр полностью финансируется за счет средств, поступающих от оплаты их услуг, без привлечения средств государственного бюджета. Государственная инспекция по контролю качества лекарственных средств отвечает за обеспечение контроля качества находящихся в обращении медикаментов. Для осуществления этой деятельности она имеет сеть лабораторий по всей территории страны. Государственная инспекция по контролю качества лекарственных средств занимается также проверкой соблюдения правил GMP и инспектирует деятельность аптек и дистрибьюторов, а с 2009 г. в ведении этого органа находится также лицензирование производства, распространения и розничной продажи лекарственных средств (ранее этим занимался Государственный Департамент по контролю за качеством, безопасностью и производством лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

В соответствии с Постановлением кабинета министров № 379 от 26 мая 2005 г. «О государственной регистрации и перерегистрации лекарственных средств», все лекарственные средства, производимые, находящиеся в обращении и используемые в медицинской практике, подлежат обязательной государственной регистрации. В процесс регистрации входит экспертиза всех необходимых документов, которую производит Фармакологический экспертный центр, после чего, на основании его решения, Минздрав утверждает регистрацию лекарственного средства. В 2007 г. на украинском рынке в обращении находилось 11 500 зарегистрированных лекарственных средств, треть из которых была произведена на территории Украины. Крупнейшими импортерами лекарств в Украину являются Индия (13,6%) и Германия (8,3%). Украинское законодательство предусматривает защиту прав интеллектуальной собственности изготовителей лекарственных средств. Для государственной регистрации лекарственных средств, на которых в соответствии с законами Украины выдан патент, заявитель подает копию патента или лицензии, которой разрешается производство и продажа за-

регистрированного лекарственного средства, а также письмо, в котором указывается, что права третьей стороны, защищенные патентом, не нарушаются в связи с регистрацией лекарственного средства. Кроме того, в соответствии с законом «О лекарственных средствах», который был принят, когда Украина вступала в ВТО (с поправками 2006–2007 гг.), если лекарственное средство зарегистрировано в Украине, то в течение пяти лет с даты такой регистрации (независимо от срока действия любого патента, который имеет отношение к лекарственному средству) запрещается использовать регистрационную информацию для представления заявления о государственной регистрации другого лекарственного средства (т. е. дженерика), кроме случаев, когда право ссылаться или использовать такую информацию получено в установленном порядке. Увязывая регистрацию дженериков со сроком действия патента и эксклюзивным правом на использование оригинального торгового наименования, Украина взяла на себя обязательства, даже завышенные по сравнению с требованиями ВТО и положениями Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС) и противоречащие Положению Болар, которое разрешает производителям дженериков приступать к изготовлению серий препарата для его испытаний до окончания срока действия патента, с тем чтобы собрать все данные, необходимые для подачи заявки в уполномоченные регулирующие органы. Выполнение этих обязательств может повлечь снижение доступности лекарственных средств для населения и создать проблемы для фармацевтической промышленности Украины, а следовательно, и для страны в целом (Полякова, 2006; Сур, 2006).

В целях обеспечения качества и безопасности лекарственных средств, для их регистрации необходимо представить результаты доклинических и клинических испытаний. С 2008 г. для регистрации дженериков также необходимо представить доказательства их биоэквивалентности оригинальным аналогам (см. раздел 6.6).

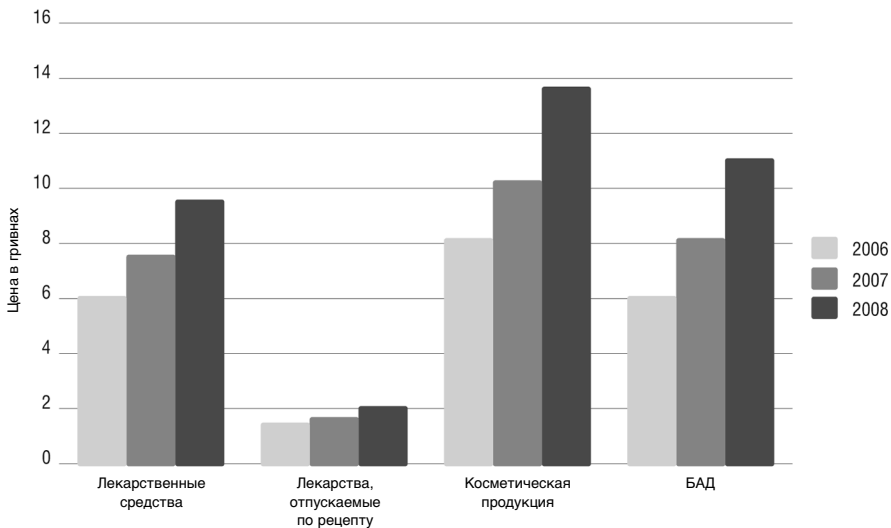
Дополняющие медикаменты – преимущественно это биологически активные добавки (БАД) – обязательной государственной регистрации не подлежат и должны проходить только санитарно-гигиенический контроль. Реклама препаратов, отпускаемых только по рецептам врача, в Украине запрещена, хотя этот запрет часто нарушается. Люди покупают лекарства через Интернет, что также противозаконно, но эта практика широко не распространена, поскольку у большинства населения доступ к Интернету ограничен.

Государственное регулирование цен на лекарства в Украине производится в соответствии с законом «О ценах и ценообразовании». Основным механизмом государственного регулирования цен, согласно правительственному постановлению 1996 г., осуществляется региональными органами власти и заключается в установлении предельных розничных надбавок на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Но децентрализация регулирования цен привела к тому, что в разных регионах страны розничные надбавки, оптовые и розничные цены на лекарства существенно варьируют, и иногда цены на один и тот же препарат отличаются в 2–3 раза даже внутри одного региона. Государственное регулирование цен осуществляется путем установления предельных розничных надбавок на лекарственные средства из особого перечня, включающего 149 международных непатентованных наименований лекарственных средств из различных фармакологических групп, что составляет 21% национального перечня основных (жизненно важных) лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Постановлением кабинета министров № 1499 от 16 ноября 2001 г. «О внесении изменений в некоторые постановления Кабинета министров» были установлены максимальные торговые надбавки (наценки) на такие лекарственные средства, реализуемые через аптечную сеть: эти надбавки не должны превышать 35% оптовой цены производителя (таможенной стоимости) и 10% для товаров, закупаемых государственными учреждениями здравоохранения за счет бюджетных средств. Проведенное Минздравом исследование показало, что средний уровень розничных надбавок на отечественные и импортные препараты, цены на которые подлежат государственному регулированию, снизился до 13,7%, в то время как торговая надбавка на лекарства, цены на которые не подлежат государственному регулированию, составляет в среднем 23,2%. Однако эти меры не привели к снижению розничных цен, так как последние зависят не только от величины торговых надбавок, но и от стоимости импортного сырья (для лекарств, производимых местной промышленностью), от обменных курсов доллара и евро (для импортных лекарств) и от относительного уровня экономического благополучия различных регионов. В настоящее время механизм мониторинга цен на лекарства отсутствует, что препятствует принятию обоснованных решений в этой области.

Другим, косвенным методом регулирования цен было введение налоговых льгот. Например, продажа лекарственных средств и изделий медицинского назначения, зарегистрированных на территории Украины,

освобождается от НДС. На рис. 5.2 приведены розничные цены на различные группы изделий фармацевтической отрасли в 2006–2008 гг. За три года средняя цена медикаментов возросла на 28%, из них 10% обусловлено инфляцией, 2% – появлением на рынке новых дорогостоящих препаратов, а еще 14% этого увеличения цен связано с заменой врачами дешевых препаратов более дорогими на различных стадиях лечения.

Рис. 5.2
Средние розничные цены на изделия фармацевтической промышленности, 2006–2008 гг.



Источник: Государственный Департамент по контролю за качеством, безопасностью и производством лекарственных средств и изделий медицинского назначения при Минздраве Украины, неопубликованные данные, 2008 г.

На территории Украины работает около 800 производителей фармацевтической продукции; среди всех стран бывшего СССР это самые большие фармацевтические производственные мощности. Частных производителей 143, при этом пять из них производят 60–70% всей отечественной фармацевтической продукции. Украинские производители в основном стремятся выпускать дженерики. Для того чтобы иметь возможность конкурировать с импортными препаратами, крупные отечественные производители стали переходить на производство лекарственных средств в соответствии с GMP. Пока что сертификаты GMP имеют около 15 предприятий. Более крупные производители пришли к выводу, что им проще и выгоднее пройти сертификацию, поскольку это может

сократить число потенциальных конкурентов и позволит обеспечить концентрацию производства. Инспекция по GMP в Украине подала официальную заявку на вступление в Систему сотрудничества фармацевтических инспекций. Нормативно-правовая база Украины в области производства лекарственных средств по содержанию очень близка общему своду законодательных актов Евросоюза в области производства лекарственных средств и разработана таким образом, чтобы обеспечить возможность отражения происходящих в ЕС событий в этой сфере (Stará, 2008).

В 2007 г. розничными продажами лекарственных средств и изделий медицинского назначения занималось 21 945 компаний, в том числе 10 342 аптеки, 6075 аптечных киосков и 5528 аптечных пунктов, которые являются отдельными подразделениями аптек и занимаются продажей готовых форм. Киоскам разрешено торговать только лекарствами, отпускаемыми без рецепта, а аптечные пункты могут продавать и те, и другие препараты. Государственные и муниципальные аптеки составляют 24,6%, остальные аптеки частные или находятся в коллективной собственности. В сельской местности расположено всего 15% всех аптек в стране, в то время как доля сельского населения Украины составляет 33%. Обслуживанием всех аптек занимается 320 оптовых предприятий – аптечных складов, при этом всего 4,7% из них находится в государственной или муниципальной собственности. Количество оптовых продавцов быстро снижается. Следует отметить, что 80% всех товаров в аптеки поставляют всего 5 компаний. Более того, так как розничная продажа лекарств очень прибыльна, то оптовым продавцам выгодно создавать собственные сети аптек. Фармацевты, без консультации с лечащими врачами, предлагают покупателям приобрести аналоги тех препаратов, которые им были выписаны. Некоторые аптеки договариваются с врачами о том, чтобы те рекомендовали своим пациентам те или иные лекарства.

Распорядители бюджетных средств отвечают за закупки медикаментов для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (см. раздел 3.6) в соответствии с утвержденным перечнем препаратов, импортируемых и производимых на территории Украины, которые могут быть закуплены за государственные средства на тендерной основе. Минздрав отвечает за организацию в централизованном порядке тендеров на закупки препаратов, необходимых для реализации целевых государственных программ. Существующая система централизованных закупок лекарственных средств вызывает недовольство со стороны учреждений и органов здравоохранения и контролирующих органов, поскольку Минздрав осуществляет закупки и распределение по номенклатуре и объемам ле-

карственных средств без учета региональных потребностей. Кроме того, цены на закупаемые лекарственные препараты зачастую чересчур высоки, несмотря на то что закупки производятся на конкурсной основе (Main Auditing Agency, 2006).

Системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) в Украине нет. В 2008 г. был разработан и представлен на публичное обсуждение первый механизм ДЛО, предусматривающий компенсацию аптекам стоимости лекарств, отпускаемых по рецептам, в соответствии с утвержденным Минздравом перечнем (инсулин и его аналоги). Было рекомендовано компенсировать аптекам стоимость этих препаратов из средств государственного и местных бюджетов на основе цен, утвержденных Минздравом с учетом установленных ограничений розничных цен на лекарства.

5.2 Трудовые ресурсы

5.2.1 Медицинские кадры: основные тенденции

В этой главе использованы данные Госкомстата Украины, которые до недавнего времени не включали сведений о специалистах, работающих в частных медицинских учреждениях. Начиная с 2008 г., во исполнение приказа Минздрава № 378 от 10 июля 2007 г. «Об утверждении форм отчетности по здравоохранению и инструкций по их заполнению», всем учреждениям здравоохранения, независимо от подчинения и от форм собственности, рассылаются единые формы статистической отчетности. Однако неполнота статистических данных практически не сказывается на показателях обеспеченности населения медицинскими кадрами, поскольку частный сектор здравоохранения в Украине довольно мал, и всего половина сотрудников там работает на условиях полной занятости, остальные же имеют второе место работы в государственных учреждениях. Исключение составляют только фармацевты и стоматологи: большинство из них работают в частных медицинских учреждениях на условиях полной занятости. Подробную информацию о различных категориях работников здравоохранения можно получить только в Центре медицинской статистики, который до выхода вышеупомянутого приказа Минздрава собирал данные исключительно об органах и учреждениях здравоохранения системы Минздрава. Эти данные охватывают 88,2% медицинских работников с высшим образованием и 88,4% – со средним. В настоящее время данные о численности медицинских работ-

ников в эквиваленте полной занятости отсутствуют; есть только сведения о численности физических лиц. Однако, в соответствии с приказом Минздрава № 456 от 7 сентября 2005 г. «О создании единого государственного реестра специалистов, работающих в здравоохранении», вскоре будет создан отдельный реестр врачей, который позволит собирать такие данные.

В соответствии с действующими требованиями к квалификации персонала медицинское образование должны иметь не только лица, участвующие в процессе лечения пациентов, но также и менеджеры здравоохранения, специалисты в области общественного здравоохранения (работники Государственной санитарно-эпидемиологической службы), сотрудники лабораторий и диагностических центров и т. д. (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики, 2004). Всех этих специалистов Госкомстат Украины и Центр медицинской статистики учитывают как врачей и средний медицинский персонал. Лишь с 1996 г. Центр медицинской статистики начал выделять в составе медицинского персонала, занятого в учреждениях здравоохранения системы Минздрава, так называемых практикующих врачей, т. е. тех, кто непосредственно занимается лечебной работой, поэтому администраторы, статистики, методисты и санитарные врачи, а также стоматологи в эту категорию не вошли.

По данным Госкомстата Украины, в 2008 г. в системе здравоохранения работало более 220 тысяч врачей (4,8 на 1000 населения), при этом 4,3 на 1000 населения было занято в учреждениях системы Минздрава. Начиная с 1990 г. число медицинских работников на душу населения постепенно увеличивалось (см. табл. 5.4), но это было отражением не столько роста числа медицинских работников на душу населения, сколько уменьшения общей численности населения Украины. В абсолютном выражении число врачей также уменьшалось: в 1990 г. – на 0,9% (т. е. на 2000 человек), а в учреждениях системы Минздрава – на 1,3% (на 2600 человек). В 1995 и 1996 гг., когда число врачей на душу населения было максимальным, этот показатель уменьшился на 2,2 и 4,8% соответственно, т. е. на 5000 и 10 000 врачей. Кадровый состав украинского здравоохранения быстро стареет. В 2007 г. 22,5% практикующих врачей были пенсионного возраста (в 1994 г. – 16,1%, в 2002 г. – 19,5%) и 20% – предпенсионного возраста. Показатели обеспеченности медицинскими кадрами, прежде всего в санитарно-эпидемиологических службах, с 1995 г. были стабильными, но число специалистов уменьшилось на 9,3% (т. е. более чем на 900 человек). Несмотря на то

что число практикующих врачей, занятых в системе Минздрава, с 1995 г. было стабильным (3,0 на 1000 населения – см. табл. 5.4), их общая численность за период с 1995 по 2008 г. упала почти на 0,5% (т. е. на 15 тысяч человек).

Таблица 5.4

Обеспеченность медицинским персоналом (на 1000 населения), 1990–2008 гг.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Врачи, всего	4,3	4,4	4,5	4,7	4,7	4,8	4,8
Врачи, работающие в учреждениях системы Минздрава	3,8	4,0	4,0	4,2	4,2	4,2	4,3
Специалисты общественного здравоохранения с высшим образованием (работники санэпидслужб)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Практикующие врачи, специальности клинического профиля, всего из них: ^а	–	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
– врачи, работающие в амбулаторном звене ^а	–	1,6	1,7	1,7	1,7	–	–
– врачи, работающие в стационарном звене ^а	–	1,4	1,3	1,3	1,3	–	–
– врачи, работающие в первичном звене ^а	–	–	0,5	0,5	0,6	–	–
– врачи – научные сотрудники ^а	–	–	–	–	3,0	3,1	–
Средний медицинский персонал	117,5	116,5	110,3	106,2	106,1	105,5	101,0
Средний медицинский персонал, работающий в учреждениях системы Минздрава ^а	102,1	105,7	99,1	98,7	93,8	92,9	93,6
Медицинские сестры (включая акушерок и фельдшеров) ^а	8,4	8,4	7,9	7,9	7,9	7,9	7,8
Стоматологи	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Зубные врачи	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	–	–
Провизоры ^б	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	–	–
Фармацевты	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	–	–
Управленческий персонал	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	–	–

Источники: Державний комітет статистики України, 2001–2007; Центр медичинської статистики, 2001–2008, 2007; Gruzeva & Galienko, 2009.

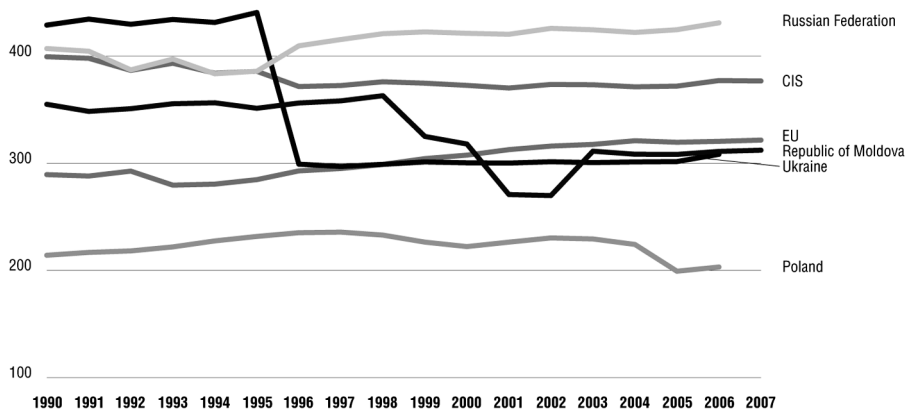
Примечания: ^а Специалисты, работающие в учреждениях системы Минздрава; ^б Фармацевты с высшим образованием.

Обеспеченность медицинскими кадрами в Украине (особенно если считать всех врачей, а не только тех, кто работает в системе Минздрава) примерно соответствует среднему показателю по Европейскому региону ВОЗ и по ЕС, но ниже, чем в странах СНГ (см. рис. 5.3), хотя во многих странах СНГ учитывают всех работников системы здравоохранения с медицинским образованием, а не только практикующих врачей. Резкое уменьшение обеспеченности врачами (на 100 000 населения) в Украине в 1995–1996 гг., показанное на рис. 5.3, является отражением перехода на новую систему статистического учета, когда учитываться стало только количество тех врачей, которые непосредственно участвуют в лечении пациентов.

В амбулаторном звене занято 55% всех практикующих врачей. Несмотря на сокращение общего числа врачей почти на 4,9% (т. е. на

Рис. 5.3

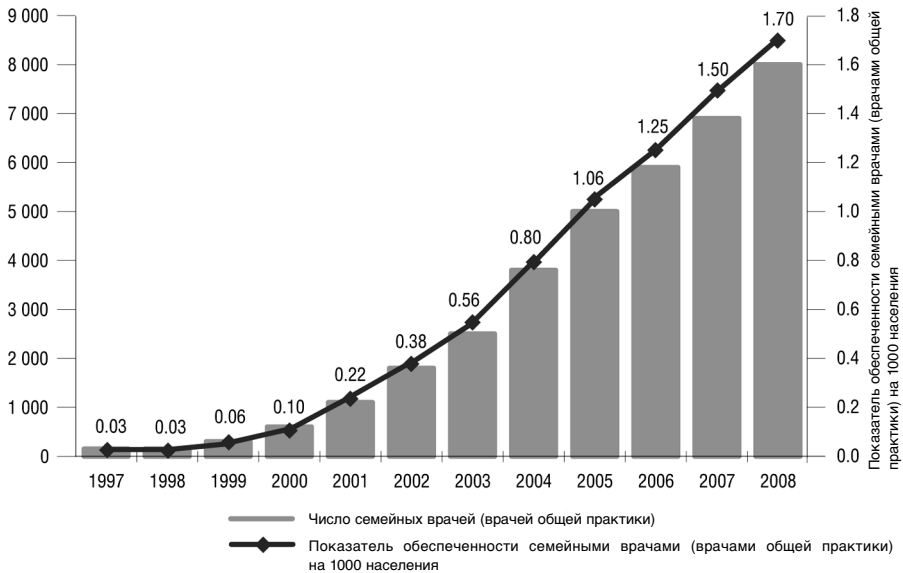
Обеспеченность врачами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010а.

4000 человек), обеспеченность населения практикующими врачами, работающими в амбулаторных учреждениях, постепенно увеличилась с 1,6 на 1000 населения в 1995 г. до 1,7 в 2006 г., что явилось прямым следствием государственной политики по укреплению первичного звена здравоохранения и развития семейной медицины (см. раздел 6.3). За период с 2000 по 2006 г. общая численность врачей первичного звена увеличилась на 0,6%, а обеспеченность этими специалистами – с 0,5 до 0,6 на 1000 населения. Общее число семейных врачей (врачей общей практики) и обеспеченность населения этими кадрами быстро растут (см. рис. 5.4), в то время как число участковых терапевтов и педиатров и обеспеченность ими уменьшаются. Таким образом, по данным местных органов здравоохранения, в крупных городах, где семейная медицина пока развита слабо, ситуация с обеспеченностью населения врачами первичного звена ухудшается. Текучесть кадров в первичном звене здравоохранения также довольно высока. Проведенное Минздравом в 2007 г. обследование учреждений первичного звена показало, что за последние пять лет покинули свои посты почти треть всех врачей (29,5%). Кроме того, более четверти (25,6%) всех врачей первичного звена – лица пенсионного возраста, и еще 17% достигнет пенсионного возраста в течение ближайших пяти лет.

Общее число врачей, занятых в стационарном звене, с 1995 г. упало на 12,4% (т. е. на 9000 человек), а обеспеченность ими, соответственно, с 1,4 до 1,3 на 1000 населения. Главным образом это было обусловлено

Рис. 5.4**Динамика обеспеченности населения семейными врачами и врачами общей практики, 1997–2008 гг.**

Источник: Центр медицинской статистики, Министерство здравоохранения Украины, неопубликованные данные, 2009.

преобразованием небольших сельских больниц в амбулаторные медицинские учреждения (см. раздел 5.1). Это можно считать положительной тенденцией, свидетельствующей о более рациональном использовании ресурсов стационарного сектора (см. раздел 6.4). В Минздраве и в медицинских вузах работает примерно 3,0 научных сотрудника на 1000 населения. Эти данные не полны, поскольку неизвестно, сколько научных сотрудников работает в 36 научно-исследовательских институтах системы Академии медицинских наук Украины. Кроме того, в учреждениях системы Минздрава работает некоторое количество специалистов в области альтернативной и народной медицины: 20 народных целителей и 123 рефлексотерапевта (примерно 0,003 на 1000 населения). Большинство таких специалистов ведет частную практику, и точные сведения об их количестве получить невозможно.

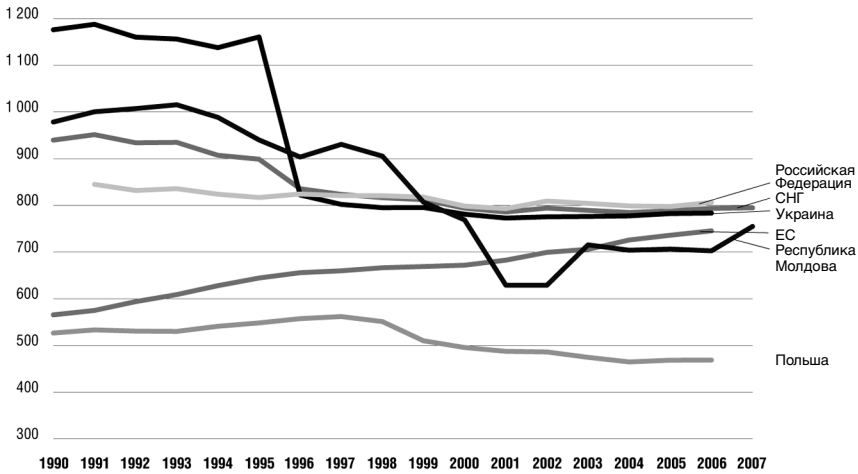
Как и в случае с врачами, в категорию специалистов среднего звена здравоохранения Госкомстат Украины включает всех, кто имеет соответствующую медицинскую подготовку, в том числе медсестер стоматологического профиля, помощников специалистов в области общественного здравоохранения и т. д. Общее количество работников среднего

звена здравоохранения с 1990 г. уменьшилось на 18,9%, а в учреждениях системы Минздрава – на 17,8%. После обретения независимости показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом быстро снизился (см. табл. 5.4). В 2007 г. свыше 14% работников среднего звена было пенсионного возраста. Как и в случае с врачами, резкое сокращение числа медсестер в период с 1995/96 до 1997 г. обусловлено переходом на новую систему статистического учета: учитываться стало только количество тех медсестер, которые непосредственно участвуют в лечении пациентов.

Медсестры, фельдшеры и акушерки оказывают населению как медицинскую, так и профилактическую помощь. Фельдшеры представляют особую категорию медицинских работников: они – среднее звено между врачом и медицинской сестрой. В отличие от медсестер, которые в Украине работают как помощники врачей, фельдшеры в своей работе достаточно независимы и выполняют широкий спектр функций в области профилактики, диагностики и лечения, выписывают некоторые лекарства, выполняют административные функции, а в определенных обстоятельствах проводят также экспертизу трудоспособности пациентов. Общее число медсестер, фельдшеров и акушерок снизилось на 15,1%, или с 8,4 до 7,8 на 1000 населения. Сокращение числа медсестер вызвано падением престижа профессии медицинских работников среднего звена. Медсестры уходят из здравоохранения в другие секторы экономики, и главным образом это связано с низкими заработками и отсутствием возможностей для профессионального роста. Такая тенденция наблюдается во всех странах СНГ, в отличие от стран Евросоюза, где ситуация как раз обратная (см. рис. 5.5).

В Минздраве очень обеспокоены ситуацией с кадровыми ресурсами здравоохранения. В июне 2008 г. специальная коллегия Минздрава выявила, что основными причинами негативных тенденций в этой сфере являются естественная текучесть кадров за счет старения и миграции (Берник, 2008). За счет одних только естественных причин число врачей ежегодно уменьшается на 3% (т. е. на 6 тысяч человек). Угрожающе возросло количество сельских учреждений первичного звена, где все должности являются вакантными; в 2006 г. такая ситуация наблюдалась в 273 сельских врачебных амбулаториях и в 386 ФАПх. Выпускники медицинских вузов зачастую предпочитают медицинской практике работу в фармацевтических компаниях или уходят из сектора здравоохранения вообще. Кроме того, за последние годы Украина превратилась в страну – донора медицинских кадров. В результате во многих медицинских

Рис. 5.5
Обеспеченность медицинскими сестрами (на 100 000 населения),
Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний
имеющийся год



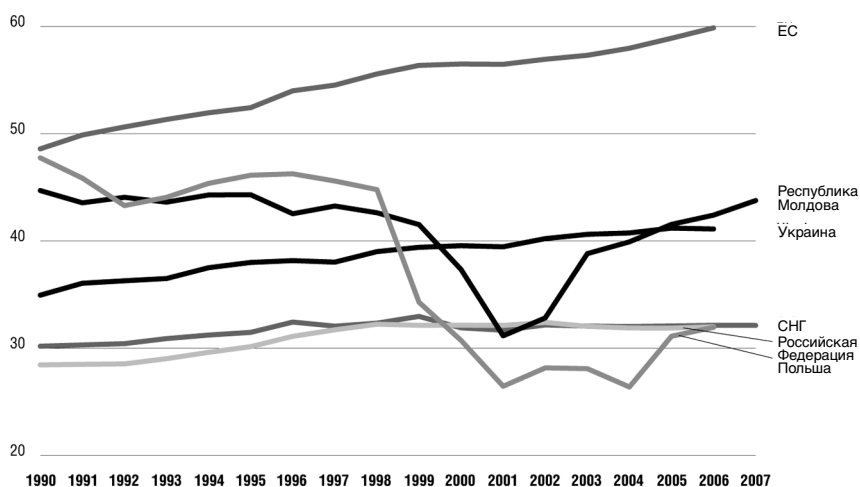
Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

учреждениях наблюдается их дефицит. На основании имеющихся данных о кадровых ресурсах здравоохранения оценить масштабы их эмиграции трудно, но сведения из приграничных регионов указывают на то, что значительное число врачей ищет работу за границей. Основными факторами, способствующими процессу эмиграции медицинских кадров, являются низкий уровень заработной платы, отсутствие надлежащих социально-бытовых условий, несовершенная инфраструктура населенных пунктов и падение престижа профессии медицинского работника. Правительство планирует ряд комплексных мер, направленных на снижение текучести медицинских кадров. Это особенно важно потому, что Украина подписала Болонскую декларацию, которая предусматривает свободное передвижение медицинского персонала между странами Европы (см. раздел 5.2.4 «Регистрация и лицензирование»). Верховная рада приняла решение об увеличении с 1 января 2009 г. оплачиваемого отпуска медицинских работников первичного звена и скорой помощи, непрерывный стаж работы которых превышает три года, на 3 дня (закон Украины № 121-VI от 12 февраля 2008 г. «Об изменении Статьи 77 Основ законодательства Украины о здравоохранении»). Кроме того, парламент рассматривает вопрос о мерах по улучшению социальной защиты медицинских работников.

По данным Госкомстата Украины, показатель обеспеченности населения стоматологами, работающими в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и в ведомственных медицинских учреждениях, постепенно растет и в 2008 г. достиг уровня в 0,5 на 1000 населения. Однако эти цифры не включают стоматологов, работающих в частных медучреждениях, которые в этом секторе преобладают. Если считать и этих специалистов, то показатель обеспеченности населения стоматологами будет на 40% выше, т. е. составит уже 0,8 на 1000 населения. Медсестры стоматологического профиля и фельдшеры-стоматологи считаются стоматологическим персоналом среднего звена. Медсестры стоматологического профиля имеют тот же статус, что и остальной медперсонал среднего звена. По данным Госкомстата Украины, численность таких специалистов после обретения независимости резко сократилась, что связано со все более четким разграничением функций врачей и среднего медицинского персонала в стоматологии. Данных о количестве выпускников стоматологических вузов, работающих в частном секторе, нет. Официально считается, что эти показатели примерно такие же, как в странах Центральной Европы, и по сравнению с другими странами СНГ являются высокими (см. рис. 5.6).

Рис. 5.6

Обеспеченность стоматологами (на 100 000 населения), Украина и некоторые другие страны, с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

С 1990 г. число провизоров (фармацевтов с высшим образованием), работающих в системе Минздрава и других министерств, сократилось на 20%. Точных данных о числе провизоров, в том числе работающих в частных компаниях, нет, но, по данным Минздрава, реальная численность таких специалистов вдвое больше, чем по данным Госкомстата Украины. Практически все провизоры работают в аптеках. Крупные больницы емкостью на 300 коек и более должны иметь в штате своего провизора, в обязанности которого входит консультирование пациентов и врачей по вопросам выбора наиболее эффективных препаратов из имеющихся. В реальности, однако, таких специалистов всего с десятков, и работают они только в нескольких больницах. По официальным данным, показатель обеспеченности населения фармацевтами среднего звена после обретения независимости не изменился, но сведений о численности фармацевтов, работающих в частном секторе, нет. Если не считать работников частного сектора, то обеспеченность населения фармацевтами с высшим образованием в Украине ниже, чем в странах Евросоюза, но выше, чем в других странах СНГ (см. рис. 5.7). Если же включить в подсчет специалистов частного сектора, то обеспеченность фармацевтами с высшим образованием в Украине получится ближе к среднему показателю по ЕС.

5.2.2 Планирование медицинских кадров

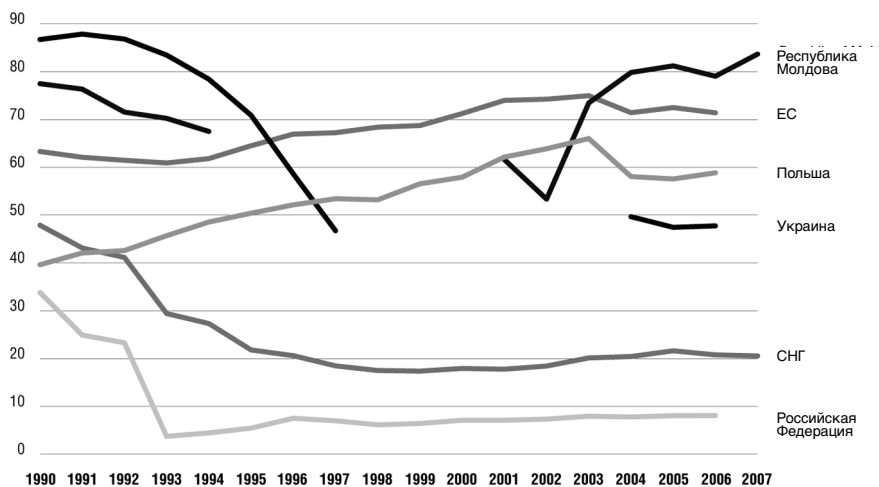
Объем приема в медицинские вузы определяется в соответствии с постановлением правительства и под контролем Минздрава, с учетом ориентировочных потребностей населения в медицинских кадрах различных специальностей и экономических возможностей государства. Прием студентов в медицинские вузы осуществляется также и на контрактной основе, при этом оплачивают обучение либо сами студенты, либо организации-спонсоры. Зачисление в интернатуру производится по запросам от региональных управлений здравоохранения с учетом фактического и ориентировочного уровней укомплектованности медицинских учреждений кадрами, в соответствии с установленными нормативами.

5.2.3 Подготовка медицинских кадров

Государственная политика предусматривает, что высшее медицинское и фармацевтическое образование должно оставаться в рамках государственной системы здравоохранения. Согласно статье 30 закона Украины

Рис. 5.7

Обеспеченность фармацевтами на 100 000 населения, Украина и некоторые другие страны; с 1990 г. по последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

№ 2984-III от 17 января 2002 г. «О высшем образовании», медицинское образование организовано в несколько этапов и состоит из общего медицинского образования (полное среднее медицинское образование), специальной подготовки, базового высшего медицинского и фармацевтического образования и последипломной подготовки магистров (полное высшее медицинское и фармацевтическое образование). Следует отметить, что степень магистра дает право преподавания в высших учебных заведениях.

Система высшего медицинского образования имеет два уровня: преддипломная и последипломная подготовка специалистов. В настоящее время подготовкой медицинских кадров занимаются 18 государственных медицинских вузов и факультетов, включая три учебных заведения последипломной подготовки медицинских кадров. Деятельность этих учреждений финансируется Минздравом, а контролируется Минздравом совместно с Министерством образования. Есть также четыре медицинских факультета в университетах широкого профиля, которые финансируются Министерством образования и находятся в его ведении. В 1990-е гг. в стране появилось шесть негосударственных медицинских вузов, но пять из них сейчас лишились лицензий и были закрыты в связи с низким качеством подготовки специалистов. Таким образом, в на-

стоящее время в Украине действует всего одно частное медицинское высшее учебное заведение – Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины. Медицинские вузы распределены по территории страны равномерно и расположены в 16 областных центрах и в столице АР Крым. Каждый вуз имеет образовательную лицензию и III или IV уровень аккредитации, что позволяет им осуществлять подготовку специалистов и магистров.

Преддипломное медицинское образование обеспечивает подготовку по двум основным направлениям: медицина (лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело и стоматология) и фармация. Подготовка по всем медицинским специальностям проводится только по очной форме обучения; заочное обучение допускается только для студентов-фармацевтов. Срок обучения обычно составляет шесть лет, а по специальностям «общая стоматология» и «фармация» – пять лет (для заочников – пять с половиной).

В 2006–2007 гг. в медицинских вузах системы Минздрава обучалось 60 тысяч человек, из них 10 тысяч (18%) – иностранные студенты. Из 12 тысяч поступивших в вузы 10 тысяч человек их закончили, 45,1% из них получили подготовку по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия», 3,4% – «медико-профилактическое дело», 17% – «стоматология» и 28,5% – «фармация»; 39% выпускников обучались на бюджетных отделениях. Большинство студентов бюджетных отделений обучались по специальностям «медико-профилактическое дело» и «педиатрия» (93,4 и 71,3% соответственно), остальные – по специальностям «стоматология» и «фармация» (32, и 34,6% соответственно) (см. табл. 5.5).

Число выпускников медицинских вузов в 1995–2005 гг. колебалось в пределах от 7600 до 8400 человек, но за два года, к 2007 г., увеличилось на 20%. Численность приема в медицинские вузы в эти годы менялась, но в целом наблюдается тенденция к росту. Из-за дефицита финансирования в 1996 г. Минздрав вынужден был сократить число мест на бюджетных отделениях, поэтому за период с 1995 по 2007 г. число студентов, обучающихся за счет средств государственного бюджета, сократилось на 40%. Одновременно с этим, в целях привлечения дополнительных источников финансирования, медицинским вузам было разрешено ввести плату за обучение. Соответственно, число студентов, обучающихся на платной основе, возросло в 6,7 раза, что позволило сохранить кадровый состав и укрепить и модернизировать материально-техническую базу высших учебных заведений. Но такой подход породил и множество проблем для системы здравоохранения. С одной

стороны, значительная часть студентов платных отделений склонны выбирать совершенно определенные специализации, что усугубляет существующую несбалансированность системы обеспеченности кадрами в здравоохранении, поскольку никаких ограничений на число студентов, обучающихся по тем или иным специальностям, нет. С другой стороны, остаются нерешенными некоторые вопросы законодательного характера, что позволяет Минздраву вводить неофициальные ограничения на возможность трудоустройства выпускников платных отделений в государственные и коммунальные учреждения здравоохранения. Кроме того, из-за низких заработков выпускники платных отделений стараются найти работу вне сектора здравоохранения.

Таблица 5.5

Подготовка медицинских кадров, 2006/2007 учебный год

	Численность приема		Численность учащихся Всего	Выпускники	
	Всего	На бюджетные отделения		Всего	Окончившие бюджетные отделения
Вузы III–IV уровня аккредитации					
Всего	12 082	4246	59 468	10 236	3978
Лечебное дело	3795	2309	23 194	3761	2020
Педиатрия	919	708	4478	863	615
Медико-профилактическое дело	534	499	2296	347	324
Стоматология	2113	388	9930	1740	558
Фармация	3797	2714	16 237	2612	303
Клиническая фармация	249	17	1221	305	57
Другие специальности	625	54	2112	618	101
Вузы I–II уровня аккредитации					
Всего	24 662	13 741	66 166	24 186	–
Сестринское, лечебное, акушерское дело	19 297	11 405	52 664	19 211	–
Медико-профилактическое дело	558	414	1613	531	–
Стоматология, ортопедическая стоматология	390	489	3026	1303	–
Лабораторное дело	755	652	1690	697	–
Фармация	2612	787	6593	2290	–
Другие специальности	120	6	580	154	–

Источник: Центр медицинской статистики, 2008б.

Пятистам студентам, обучающимся на платной основе, правительством была предложена возможность перейти в 2008/2009 учебном году на бюджетную форму обучения при условии, что по окончании обучения они пойдут работать по наиболее востребованным специальностям, преимущественно в сельской местности. Существуют планы по увеличению числа специалистов, работающих по государственному распределению; кроме того, планируется постепенный переход к системе рези-

дентуры, что будет способствовать концентрации подготовки специалистов, которых будут зачислять в резидентуру на основе конкурсного отбора.

В основе последипломной подготовки медицинских кадров лежит принцип непрерывного профессионального обучения; она включает основную специализацию, дополнительную специализацию и повышение квалификации. Основную специализацию получают в интернатуре, которая объединяет очную и заочную формы обучения. Медицинские институты обычно не располагают собственной клинической базой, поэтому обучение в очной интернатуре происходит в стенах вуза, и только внеаудиторная часть курса – в медицинских учреждениях. В интернатуре можно обучаться по 34 различным специальностям, 24 из которых клинические, а остальные – медико-профилактическое дело, стоматология, фармация и т. п. В настоящее время срок обучения в интернатуре составляет, в зависимости от специальности, от одного до двух лет. В целях повышения качества подготовки специалистов в 2005 г. в соответствии с приказом Минздрава № 81 от 23 февраля 2005 г. «Об утверждении Перечня специальностей и сроках обучения в интернатуре выпускников медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, медицинских факультетов университетов» были пересмотрены перечень специальностей и продолжительность обучения в интернатуре. Количество специальностей было сокращено с 54 до 34, а количество клинических специальностей – с 35 до 24, при этом продолжительность обучения была увеличена с 1–2 до 2–3 лет. Количество мест в интернатуре по каждой специальности определяется в соответствии с кадровыми запросами региональных управлений здравоохранения. Интерны, обучающиеся на платной основе, выбирают будущую специальность сами. Подготовка по специальностям, не включенным в программу обучения в интернатуре, а также переподготовка специалистов осуществляются на факультетах последипломного медицинского образования после окончания интернатуры по основной специальности. Продолжительность такого обучения обычно примерно такая же, как и в очной интернатуре, но для надлежащей подготовки по выбранной специальности этого слишком мало. Кроме того, до начала обучения выпускник должен поработать стажером.

По окончании интернатуры и специальной медицинской подготовки врач, как правило, получает соответствующий сертификат и звание «врач-специалист» по соответствующей специальности. Врачи, окончившие официальный курс обучения, обязаны постоянно повышать

свою квалификацию; для этих целей проводятся соответствующие программы на факультетах последипломного профессионального образования врачей. В соответствии с концепцией развития медицинского образования Минздрав намерен в ближайшие годы внедрить систему непрерывного профессионального образования врачей и провизоров. В основе этой системы лежат принципы демократизации образования, интеграции традиционных и новых формальных и неформальных структур, гибкости учебных планов и программ, а также альтернативные подходы к организации учебного процесса. Система была разработана с учетом профессиональных традиций украинской школы повышения квалификации медицинских работников. Врачи должны совершенствовать свои знания и навыки посредством различных форм обучения. Наряду с традиционными программами факультетов последипломного образования, новая система способствует распространению заочных курсов обучения и предусматривает систему зачетных баллов по всем видам профессиональной деятельности в целях получения допуска к аттестации (которая должна начаться в 2010 г.). В настоящее время Минздрав разрабатывает теоретические и организационные основы системы непрерывного профессионального медицинского образования врачей (приказ Минздрава Украины № 484 от 7 июля 2009 г. «Об утверждении изменений к положению о проведении экзаменов на предаттестационных циклах»).

Все практикующие врачи должны регулярно, не реже одного раза в пять лет, проходить переаттестацию. Допущенные к переаттестации обязаны в течение года до официальной аттестации, которая проводится аттестационными комиссиями Минздрава или областных органов здравоохранения, пройти соответствующий предаттестационный цикл. Главным критерием для аттестации является продолжительность стажа работы по специальности. Однако четких критериев оценки качества работы врача нет, поэтому принятие решений об аттестации носит довольно субъективный характер. Один из серьезных недостатков существующей системы аттестации медицинских работников состоит в том, что ее главной целью является повышение зарплаты специалиста. Поэтому тот специалист, который не может подтвердить свою квалификацию (т. е. не проходит переаттестацию), просто потеряет в зарплате, но права на медицинскую практику не лишится.

Подготовка медицинских кадров производится на базе образовательных стандартов. Разработкой стандартов высшего медицинского и фармацевтического образования занимаются Минздрав и Министерство образования. Минздрав контролирует содержание, уровень и количест-

во государственных образовательных стандартов, разрабатывает и утверждает программы обучения и квалификационные требования к подготовке специалистов и контролирует качество базового медико-биологического и профессионального преддипломного и последипломного образования. Минздрав и Министерство образования разрабатывают и утверждают программы обучения и типовые учебные планы. В целях обеспечения соблюдения государственных образовательных стандартов и достижения минимального уровня профессиональной компетенции в рамках системы высшего медицинского образования в Украине были введены государственные интегрированные лицензионные экзамены («Стандартизированный тестовый государственный экзамен»). Эти экзамены проводятся во всех медицинских вузах Центром тестирования профессиональной компетентности специалистов с высшим образованием направлений подготовки «Медицина» и «Фармация», который является независимым органом при Минздраве Украины. В ходе преддипломной подготовки студенты-медики обязаны сдать два государственных лицензионных экзамена: по окончании изучения основных дисциплин – «Шаг 1», а по окончании полного курса обучения – «Шаг 2». В 2004 г. были введены государственные лицензионные экзамены для интернов, которые в действующей системе высшего медицинского образования эквивалентны экзамену «Шаг 3». Выпускники специальностей «лечебное дело», «педиатрия» и «общественное здравоохранение» сдают экзамен по общей терапии, а выпускники стоматологических факультетов – по стоматологии.

Образовательные стандарты являются обязательными для всех медицинских и фармацевтических вузов, при этом отклонения от количества учебных часов, предусмотренного типовым учебным планом и программой обучения, допускаются в пределах 15%. В допустимых пределах изменения образовательных стандартов в единственном в стране частном медицинском вузе – Институте народной медицины – проводится ряд курсов по народной и нетрадиционной медицине, в частности по фитотерапии, гомеопатии, мануальной терапии, биоэнерготерапии и иридодиагностике.

Специалисты с высшим образованием в области общественного здравоохранения делятся на две группы: 1) врачи-гигиенисты и специалисты в области медицинской профилактики и 2) работники санитарно-гигиенического просвещения. Подготовка первой группы специалистов, которые составляют большую часть работников системы общественного здравоохранения, состоит из шестилетнего курса обучения по программе «медико-профилактическое дело» и года обучения в интернатуре по одной

из трех специальностей: общая гигиена, эпидемиология или вирусология, плюс четырехмесячный курс подготовки по узкой специализации. Работники санитарного просвещения проходят шестилетний курс обучения по специальностям «лечебное дело», «педиатрия» или «медико-профилактическое дело». После этого они должны закончить интернатуру по одной из клинических или медико-профилактических специальностей.

Практикующие врачи проходят базовый шестилетний курс обучения по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия», затем два года обучения в интернатуре по специальности «лечебное дело» или три года – по специальности «хирургия», после чего, по желанию, можно пройти подготовку по одной из 61 узких специализаций.

Врачи первичного звена проходят базовый шестилетний курс обучения по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия», затем два года обучения в интернатуре по специальности «лечебное дело» (для участковых терапевтов) или «педиатрия» (для участковых педиатров). Семейные врачи и врачи общей практики два года обучаются в интернатуре, а практикующие врачи могут пройти шестимесячный курс переподготовки по этой специальности.

Специалисты по народной и нетрадиционной медицине проходят базовый шестилетний курс обучения по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия», затем обучение в интернатуре по одной из клинических специальностей, после чего специализируются по народной и нетрадиционной медицине.

Стоматологи проходят базовый пятилетний курс обучения по специальности «стоматология», затем два года интернатуры по стоматологии. После этого они специализируются по одному из следующих направлений: терапевтическая стоматология, хирургическая стоматология, челюстно-лицевая ортопедия, детская стоматология, ортодонтия и т. д.

Фармацевты проходят базовый пятилетний курс обучения по специальности «фармация», затем год интернатуры по общей или клинической фармации.

Менеджеры здравоохранения, в соответствии с квалификационными требованиями, должны иметь высшее медицинское образование и пройти курс подготовки по специальности «организация и управление в здравоохранении». Такая подготовка проводится в учреждениях последиplomного медицинского образования и включает шесть модулей, в том числе «социальная медицина», «основы менеджмента в здравоохранении», «экономико-правовые основы менеджмента», «культура управления». Од-

нако ни продолжительность этого курса (два месяца), ни его содержание не обеспечивают должного уровня подготовки таких специалистов.

Недостаточный уровень подготовки нередко вынуждает студентов-медиков и особенно молодых менеджеров получать второе высшее образование в области экономики или права. Для того чтобы удовлетворить растущий спрос на специалистов по современным технологиям управления, в некоторых вузах начали готовить менеджеров здравоохранения. Первым был организован факультет менеджмента в здравоохранении в Харьковской медицинской академии последипломного образования в 2001 г.; на этом факультете проводится годичная программа подготовки специалистов с высшим медицинским образованием (год по очной форме обучения или два года по заочной). Выпускники получают диплом по специальности «менеджмент в здравоохранении», который дает им право работать в соответствующей области. В 2004 г. была учреждена первая Украинская школа охраны здоровья (ШОЗ) при Киево-Могилянской академии, где проводится двухлетняя магистерская программа обучения по специальности «менеджмент в здравоохранении». В 2009 г. в двух университетах – Днепропетровской медицинской академии и Днепропетровском университете экономики и права – был начат совместный проект по проведению курса последипломного обучения по специальности «менеджмент в здравоохранении». Обучение производится как в очной, так и в заочной форме; срок обучения составляет два года и два месяца. В обоих учебных заведениях эти курсы преподают только студентам, обучающимся на платной основе. Существуют планы по внедрению учебных программ по менеджменту и в других учебных заведениях, но этого все равно недостаточно. Кроме того, специальность «менеджер здравоохранения» официально не признана как медицинская, поэтому в штатных расписаниях медицинских учреждений не предусмотрено и соответствующих ставок, что, естественно, ограничивает возможности студентов по трудоустройству по окончании обучения. Большинство учащихся Харьковской медицинской академии последипломного образования и Днепропетровской медицинской академии – действующие управленцы, которые по окончании обучения возвращаются к своей работе, не получив при этом никаких преимуществ перед своими коллегами, которые не прошли такой подготовки. Выпускники Киево-Могилянской академии в основном стараются найти работу в международных программах в области здравоохранения.

И в правительстве, и в Минздраве понимают, что отсутствие надлежащим образом подготовленных управленцев является серьезным пре-

пятствием для реализации реформ здравоохранения. В стране идут постоянные дебаты по поводу создания современной системы управления здравоохранением. Во исполнение приказа Минздрава эксперты проекта Евросоюза «Содействие реформе вторичной медицинской помощи в Украине» совместно со специалистами из Киевской национальной медицинской академии последипломного образования разработали квалификационные требования и программу последипломной подготовки руководителей медицинских учреждений по специальности «менеджмент в здравоохранении». В Министерстве здравоохранения планируется в течение пяти лет провести программу переподготовки менеджеров здравоохранения и руководителей крупных медицинских учреждений, а в течение десяти лет – переподготовку всех управленцев, работающих в системе здравоохранения. Но пока что никаких конкретных решений, касающихся подготовки управленческого персонала, принято не было.

Медперсонал младшего и среднего звена готовят более чем в 100 медицинских учебных заведениях, которые равномерно распределены по территории страны, при этом частными являются всего два из них. Эти учебные заведения обладают всеми необходимыми лицензиями на образовательную деятельность и имеют статус медицинских вузов I–II уровней аккредитации, что позволяет им осуществлять подготовку студентов и специалистов среднего звена здравоохранения (медсестер, фельдшеров и т. д.). В некоторых из этих учреждений, а также в нескольких медицинских вузах III–IV уровней аккредитации готовят дипломированных медицинских сестер. Подготовка младших специалистов проводится по следующим специальностям: сестринское лечебное дело, акушерское дело, медико-профилактическое дело, стоматология, ортопедическая стоматология, фармация, лабораторное дело и другие дисциплины. Обучение проводится по очной, вечерней и заочной формам; срок обучения – до трех лет для студентов с общим средним образованием и до четырех лет для студентов с неполным средним образованием.

В 2006–2007 гг. в медицинских училищах и колледжах (которые являются медицинскими вузами I–II уровней аккредитации) обучалось более 66 тысяч человек. Зачислено в этом учебном году было менее 25 тысяч человек и более 24 тысяч закончило обучение. Из них 79,4% обучалось по специальностям «сестринское дело», «лечебное дело» и «акушерское дело», 9,5% изучали фармацию, 5,4% – стоматологию и ортопедическую стоматологию и 2,2% – медико-профилактическое дело (см. табл. 5.5). Более 95% студентов обучались на очных отделениях, 3,4% – на вечернем изучали сестринское дело, лабораторную диагнос-

тику и фармацию, и 1,6% обучались на заочном отделении по специальности «фармация». Более половины (55,7%) зачисленных были приняты на бюджетные отделения. На бюджетных отделениях большинство мест было отдано специальностям «лабораторное дело» и «общественное здравоохранение» (86,3 и 74,2% соответственно), а наименьшее количество мест – специальностям «стоматология» и «фармация» (35,2 и 30,1%).

Работники среднего звена здравоохранения обязаны продолжать профессиональное образование и посещать курсы повышения квалификации, которые проводятся в медицинских училищах, колледжах и специализированных школах профессионального обучения. Как и практикующие врачи, все работники среднего звена не реже одного раза в пять лет должны проходить переаттестацию. Аттестация проводится аттестационными комиссиями, которые создаются при медицинских учреждениях и региональных органах здравоохранения. Для специалистов среднего звена предусмотрено три квалификационные категории. Главным критерием при решении вопроса о повышении квалификационной категории является продолжительность стажа работы по специальности.

Медсестрам принадлежит особое место среди работников среднего звена. За последние 10 лет в их подготовке произошли некоторые изменения. Медсестры обучаются по одной из трех специальностей: сестринское дело, лечебное дело или акушерство, с последующей узкой специализацией. Подготовка медсестер предусматривает базовый двухлетний курс обучения, который в настоящее время включает и такие дисциплины, как теоретические основы сестринского дела, межличностная коммуникация, оценка состояния здоровья пациента, клиническое сестринское дело и общественное здравоохранение. Выпускники могут учиться дальше, чтобы получить диплом; продолжительность обучения на очном отделении составляет два года, на вечернем – три. Повышение квалификации позволяет получить более глубокие знания по таким специальностям, как «семейная медицинская сестра», «хирургия», «акушерство», «менеджмент» и т. д. Но несмотря на то что теоретически дипломированная медсестра имеет право претендовать на должности старшей медсестры или заместителя главного врача по управлению сестринским персоналом, на практике такое бывает очень редко, поскольку соответствующая нормативно-правовая база пока отсутствует. Квалифицированные профессиональные медсестры по-прежнему работают на тех же должностях, что и младшие медсестры, а наличие диплома никак не сказывается на их зарплате. Минздрав планирует продолжить реорганизацию системы подготовки медсестер, сделав сестринское дело отдельной профессией, так чтобы медсестры могли заниматься вопро-

сами укрепления здоровья, профилактики заболеваний и ухода за больными, т. е. всем тем, чем в Украине традиционно занимались врачи.

5.2.4 Регистрация и лицензирование

Системы регистрации врачей в Украине нет. Соблюдение образовательных требований должны контролировать администрации медицинских учреждений и органы, занимающиеся лицензированием медицинской деятельности. Условия лицензирования прописаны в совместном приказе Государственного комитета Украины по вопросам регуляторной политики и предпринимательства и Министерства здравоохранения № 38/63 от 16 февраля 2001 г. «Лицензионные условия осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике»; согласно этому приказу, медицинской практикой могут заниматься лица, имеющие соответствующее специальное образование и отвечающие квалификационным требованиям. Соответствие квалификационным требованиям удостоверяется следующими документами:

- дипломом государственного образца о медицинском образовании;
- сертификатом врача-специалиста, выданным высшими медицинскими учебными заведениями по окончании интернатуры или специализации;
- свидетельством о присвоении (подтверждении) соответствующей квалификационной категории по специальности;
- свидетельством о прохождении повышения квалификации и переподготовки младших медицинских и фармацевтических работников;
- документом, подтверждающим стаж работы по специальности.

Специалисты, прошедшие медицинскую подготовку в учебных заведениях зарубежных стран, допускаются к профессиональной деятельности на территории Украины после проверки их квалификации согласно «Порядку допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Украине граждан, прошедших медицинскую или фармацевтическую подготовку в учебных заведениях зарубежных стран», утвержденному приказом Минздрава Украины № 118-С от 19 августа 1994 г.

В последние годы Украина старается привести систему подготовки медицинских кадров в соответствие с европейскими стандартами. В 2005 г. страна официально присоединилась к Болонской конвенции. В целях приведения высшего медицинского образования в соответствие с этими стандартами, Минздравом были предприняты комплексные

меры: разработаны новые учебные планы, постепенно внедряется кредитно-модульная система организации учебного процесса. Есть также единая система оценки знаний, а государственная аккредитация осуществляется в соответствии с принципами обеспечения качества. Обновляется материально-техническая база учебных заведений, внедряются новые образовательные технологии, включая дистанционное обучение. Новую систему подготовки медицинских кадров планировалось ввести в действие к 2010 г. Полная реализация принципов Болонской декларации должна укрепить сотрудничество с европейскими университетами, предоставить студентам больше возможностей в сфере образования и содействовать международной мобильности студентов, преподавателей и специалистов. Однако все это так и не решило ряда проблем в системе высшего образования, которые состоят в следующем:

- неполное соответствие медицинского образования стандартам Евросоюза;
- низкое качество подготовки специалистов, обусловленное отсутствием у студентов и преподавателей заинтересованности в повышении своего профессионального уровня;
- устаревшие образовательные технологии;
- низкий уровень компьютеризации образования;
- отсутствие у медицинских вузов собственных клинических центров;
- низкие заработки преподавателей, что еще более усугубляет сложившуюся ситуацию.

Вопрос создания при медицинских вузах собственных клинических центров обсуждается уже несколько лет, но при этом даже существующие клинические центры законодательно никак не защищены. В 2008 г. были внесены поправки в закон «О высшем образовании», предусматривающие возможность создания на основании двусторонних соглашений учебно-научно-лечебных комплексов на базе лечебно-профилактических учреждений – так называемых университетских клиник. Университетские клиники должны стать составными подразделениями медицинских вузов IV уровня аккредитации, оказывать услуги высокоспециализированной помощи и консультировать другие лечебно-профилактические учреждения. Кроме того, там будут проводиться подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с установленными образовательными стандартами, а также медицинские научные исследования, тестирование и реализация новых медицинских технологий.

6 Предоставление медицинских услуг

6.1 Общественное здравоохранение

За укрепление здоровья населения страны отвечают органы общественного здравоохранения и медицинские учреждения. Санитарно-гигиеническим просвещением занимаются врачи всех уровней квалификации, но прежде всего – врачи первичного звена. Специальные медицинские учреждения, известные под названием «центры здоровья», существуют пока только на бумаге; такие учреждения должны координировать деятельность по пропаганде здорового образа жизни, вовлекая в этот процесс также и заинтересованные немедицинские организации и учреждения, но реализовать все это на практике еще только предстоит. Следует отметить, что все эти мероприятия не оказывают существенного влияния на отношение к своему здоровью как у отдельных людей, так и в обществе в целом. Неблагоприятная динамика показателей состояния здоровья населения вместе с широкой распространенностью поведенческих факторов риска (см. раздел 1.4) все больше наводит на мысль, что традиционная модель здравоохранения, в которой основной акцент ставится не на профилактику, а на лечение заболеваний, уже не справляется со своей задачей и не способствует улучшению состояния здоровья населения Украины. Для улучшения санитарно-просветительской работы с населением не хватает кадрового потенциала; кроме того, этому препятствуют определенные организационные и финансовые барьеры.

Постановление кабинета министров Украины от 10 января 2002 г. № 14 «Об утверждении межотраслевой комплексной программы “Здоровье нации” на 2002–2011 годы» было посвящено в том числе вопросам пропаганды здорового образа жизни. Программа «Здоровье нации» предусматривает ряд мероприятий в различных отраслях экономики, включая санитарное просвещение и создание инфраструктуры для организации активного отдыха и развлечений, способствующих здоровому образу жизни. К сожалению, реализация этой части программы оказа-

лась неэффективной. В СМИ активно рекламируются вредные для здоровья продукты, особенно это касается алкоголя и табака. Кроме того, практически бездействует Институт социальной рекламы, не ведется никакой работы по санитарному просвещению молодежи (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2006). Но есть и некоторые признаки кардинальных изменений в отношении государства к вопросам пропаганды здорового образа жизни. Так, в 2005 г. вышел закон «О мероприятиях по предупреждению и уменьшению употребления табачных изделий и их вредного влияния на здоровье населения» (закон № 2899-VI, вступивший в силу с 25 октября 2005 г.). В 2006 г. парламент ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака. В 2008 г. были приняты поправки к закону «О рекламе», запрещающие рекламу алкоголя и табачных изделий (закон № 145-VI, вступивший в силу с 23 марта 2008 г.), и в соответствии с этим законом с января 2009 г. в Украине был введен запрет на «внешнюю рекламу» табачных изделий, алкогольных и слабоалкогольных напитков. Кроме того, запрещена также реклама алкогольных напитков на телевидении. С 1 января 2010 г. запрещена реклама алкоголя и табачных изделий во всех печатных СМИ, кроме специализированных изданий.

Утвержденная специальным постановлением кабинета министров № 731-р от 21 мая 2008 г. Концепция государственной целевой программы «Здоровая нация» на период 2009–2013 гг. предусматривает ряд мер общегосударственного характера по созданию благоприятных условий для формирования в Украине здорового образа жизни, включая развитие физкультуры и спорта, правильное питание, гигиену, отказ от курения и потребления алкоголя и наркотиков, и предотвращения несчастных случаев. Финансирование этой программы производится за счет объединения финансовых ресурсов государства, территориальных общин, общественных организаций и частных фирм.

Главной структурой страны, которая по закону несет ответственность за охрану общественного здоровья, является Государственная санитарно-эпидемиологическая служба. Двумя ее основными функциями являются борьба с инфекционными болезнями и охрана окружающей среды (контроль качества воды, воздуха, почвы и продуктов питания). Государственная санитарно-эпидемиологическая служба организована по иерархическому принципу. Ее деятельность финансируется исключительно за счет средств государственного бюджета, что обеспечивает ее относительную независимость от местных органов власти. В структуру Государственной санитарно-эпидемиологической службы входят

816 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС), в том числе сельских, городских, районных, областных, центральных и одна республиканская, а также дезинфекционные станции и одна противочумная станция. Эти учреждения проводят лабораторные физико-химические и микробиологические исследования для выявления источников инфекционных болезней. В учреждениях Государственной санитарно-эпидемиологической службы работают в основном врачи и средний медицинский персонал. Работники Государственной санитарно-эпидемиологической службы осуществляют профилактический и санитарно-эпидемиологический надзор в целях обеспечения безопасности условий труда на государственных и частных предприятиях, в учреждениях и организациях, включая общественные сооружения, коммунальные службы, жилые и общественные здания, учреждения, предназначенные для проживания детей и подростков, а также лечебно-профилактические организации и другие объекты. Противоэпидемический контроль осуществляется эпидемиологическим отделом Государственной санитарно-эпидемиологической службы во взаимодействии с лечебно-профилактическими учреждениями. Кроме того, Государственная санитарно-эпидемиологическая служба ведет мониторинг качества питьевой воды: она контролирует состояние 19 290 централизованных и 101 252 нецентрализованных источников водоснабжения, в том числе 96 813 колодцев, 1142 водозаборных гидроузлов и 3304 артезианских скважины.

6.1.1 Иммунизация

Иммунизация является основным элементом профилактической работы. В Украине установлен перечень из 10 обязательных вакцин: против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, краснухи, гепатита В и гемофильной палочки типа b (с 2006 г.). В зависимости от специфики работы и отрасли промышленности, определенные категории работников должны охвачены вакцинацией с использованием некоторых других вакцин. Планирование прививок и регистрация детей, подлежащих иммунизации, являются обязанностью местных педиатрических служб или семейных врачей (врачей общей практики). Иммунизацию детей организуют и проводят специальные отделения в детских поликлиниках (прививочные кабинеты) или семейные врачи (врачи общей практики), поликлинические отделения больниц, сельские медицинские учреждения, а также школы и детские дошкольные учреждения. Контроль за организацией и прове-

дением вакцинации возложен на Государственную санитарно-эпидемиологическую службу.

В Украине были реализованы две национальные программы иммунизации (1993–2000 и 2002–2006 гг.), направленные на снижение уровней заболеваемости инфекционными болезнями. В 2007 г. доля населения, охваченного иммунизацией против основных инфекций, контролируемых средствами вакцинопрофилактики, достигла 95%, в том числе против кори – 98,8%, дифтерии – 98,7%, коклюша, полиомиелита и туберкулеза (младенцы) – 97,8%. Реализация этих программ позволила Украине преодолеть негативную эпидемиологическую ситуацию, возникшую в 1990-х гг., и снизить уровень заболеваемости инфекционными болезнями – прежде всего дифтерией, краснухой и эпидемическим паротитом. Однако уровни заболеваемости корью и коклюшем остаются высокими (в 2001/2002 и в 2005/2006 гг. в стране были зарегистрированы вспышки кори). По мнению Минздрава, это явилось следствием нехватки вакцин в период с 1992 по 1994 г. Кроме того, вакцины, которые были получены по линии гуманитарной помощи, в Украине так и не были официально зарегистрированы и обладали низкой иммуногенностью. Это привело к повышению уровней заболеваемости этими болезнями среди взрослого населения (Міністерство охорони здоров'я України, 2007). Проверка Счетной палаты выявила следующие проблемы, касающиеся вакцинации: поставки вакцин осуществлялись нерегулярно и иногда в недостаточном объеме (что привело к снижению уровня охвата иммунизацией в 2001–2003 гг.); несоблюдение графика прививок; в ряде случаев – несоблюдение противопоказаний ради достижения целевых показателей охвата; ненадлежащий мониторинг поствакцинальных осложнений. Усугубил ситуацию низкий уровень организации санитарного просвещения среди широких масс населения, что привело к массовым отказам от вакцинации (Флісак, Шах, 2008).

Государственная программа иммунизации на период 2007–2015 гг. утверждена законом № 1658-VI от 21 октября 2009 г. и направлена на повышение уровней охвата детского населения вакцинацией и ревакцинацией в целях формирования поствакцинального иммунитета, который позволит сдерживать распространение эпидемий.

6.1.2 Планирование семьи

Система планирования семьи является одним из самых «молодых» секторов украинской системы здравоохранения. Она была создана в резуль-

тате последовательной реализации двух национальных программ: «Планирование семьи» (1995–2000) и «Репродуктивное здоровье» (2001–2005). Совершенствование системы планирования семьи остается одной из главных задач проводимой в настоящее время национальной программы, которая называется «Репродуктивное здоровье нации» и рассчитана на период до 2015 г. В стране создана сеть центров и кабинетов планирования семьи. Возглавляет эту службу Украинский государственный центр планирования семьи, учрежденный при Украинском научно-исследовательском институте педиатрии, акушерства и гинекологии. В рамках акушерско-гинекологической службы были организованы региональные центры планирования семьи. Пока что все эти мероприятия относительно успешны: уровень абортов снизился почти в 4,5 раза. Однако аборты по-прежнему остаются основным методом контроля рождаемости в стране. По данным государственной статистики, современными методами контрацепции пользуются всего 29% женщин репродуктивного возраста. Более широкому распространению современных средств контрацепции препятствует не только их дороговизна, но и низкий уровень знаний населения и неудовлетворительная система планирования семьи. По данным социологического опроса, всего 61% женщин, сделавших аборт, получили после этого консультации по вопросам контрацепции и только 15,6% женщин были выданы контрацептивы или рецепты на них.

6.1.3 Диспансеризация и массовые обследования населения

Определенные категории работников в Украине проходят обязательные медицинские осмотры перед приемом на работу, а также регулярную диспансеризацию. К таким категориям относятся, в частности, работники общественных служб (общественного питания, детских учреждений, школьные учителя) – в целях предотвращения распространения инфекционных болезней и пищевых отравлений – и работники, деятельность которых связана с тяжелыми или вредными условиями труда. Ответственность за организацию и проведение регулярных обязательных медицинских осмотров работников лежит на владельцах предприятий, учреждений и организаций. Контроль за соблюдением этого правила возложен на Государственную санитарно-эпидемиологическую службу.

С середины 1980-х гг., в советское время, в целях мониторинга состояния здоровья населения тоже регулярно проводились всеобщие диспансеризации. В рамках соответствующих программ осуществлялись массовые профилактические обследования населения, содержание кото-

рых зависело от возраста целевых групп. В результате таких обследований выявлялись факторы, оказывающие влияние на здоровье, и на основании полученных данных проводились соответствующие профилактические мероприятия. Снижение финансирования здравоохранения пагубно сказалось на организации профилактической работы медицинских учреждений, особенно это коснулось массовых профилактических обследований взрослого населения, которые на практике почти прекратились и носят в основном декларативный характер. На рубеже веков Минздрав издал ряд указов и постановлений, в которых провозглашались возобновление массовых профилактических обследований и организация мониторинга состояния здоровья населения (например, приказ Минздрава № 327 от 8 декабря 2000 г. «О возобновлении массовых профилактических обследований и мониторинге состояния здоровья населения»). Эта работа должна была проводиться в два этапа: массовые обследования уязвимых групп населения в 2001–2002 гг. и профилактические осмотры остальной части населения в 2003–2005 гг. Однако ввиду дефицита ресурсов (прежде всего финансовых) был реализован только первый этап. В настоящее время обязательной диспансеризации подлежат только следующие категории населения: дети (в течение первого года жизни – ежемесячно, в течение второго года – ежеквартально, в течение третьего года – дважды в год, в возрасте от 5 до 14 лет – ежегодно), беременные женщины, подростки, студенты, работники экстренных служб и жертвы чернобыльской аварии. Местные власти традиционно несут ответственность за мониторинг состояния здоровья населения на подведомственных территориях. Диспансеризация включает осмотр у врачей – узких специалистов (ЛОР, офтальмолог, хирург, невропатолог, стоматолог и другие специалисты, в зависимости от медицинских показаний) и лабораторные и функциональные исследования. К сожалению, громоздкая и дорогостоящая система обязательных массовых диспансеризаций населения врачами – узкими специалистами практикуется до сих пор, хотя никаких доказательств эффективности такого подхода не было получено. По-прежнему избыточное внимание уделяется профилактическим обследованиям, а подход к укреплению здоровья и профилактике заболеваний остается формальным.

Наряду с массовыми диспансеризациями в Украине также проводятся целевые профилактические обследования (скрининги), направленные на раннее выявление определенных заболеваний и состояний. Так, государственная программа «Онкология» (Постановление кабинета министров № 392 от 29 марта 2002 г.) предусматривает внедрение целого ряда скрининговых программ: выявление рака шейки матки (ежегодное

цитологическое обследование женщин в возрасте от 18 до 60 лет и кольпоскопические обследования шейки матки у женщин, отнесенным к группам риска); рака молочной железы (ежегодное маммографическое обследование женщин в возрасте 40–65 лет, отнесенных к группам риска, и пальпаторное обследование молочных желез у женщин в возрасте от 15 лет); рака прямой кишки и предстательной железы (ежегодное обследование лиц в возрасте старше 50 лет). В целях организации более раннего и эффективного выявления рака шейки матки Минздравом была начата еще одна программа скрининга (Приказ Минздрава № 766 от 31 декабря 2004 г.). Отдельного финансирования этих программ не предусмотрено; средства на их реализацию поступают в основном из местных бюджетов, выделяемых на здравоохранение. Отсутствие целевого финансирования не позволяет закупать необходимое для этих программ оборудование; в частности, в стране катастрофически не хватает маммографов. Цитологических лабораторий довольно мало, что негативно сказывается на реализации программы по раннему выявлению рака шейки матки. Есть и организационные проблемы: отсутствует согласованная система проведения профилактических обследований женщин, что препятствует планированию и оценке истинных масштабов охвата женского населения программами скрининга; в результате эти программы оказываются не слишком эффективными. Уровни смертности от рака шейки матки и рака молочной железы в период с 2002 по 2006 г. существенно не изменились. Частота выявления рака молочной железы на его ранних стадиях в 2007 г. составляла 27% (Центр медичної статистики, 2008а). Начатая в 2006 г. Национальная программа «Репродуктивное здоровье нации» (Постановление кабинета министров № 1849 от 27 декабря 2006 г.) предусматривает снижение к 2015 г. уровней заболеваемости раком шейки матки и раком молочной железы и содержит положение о выделении на эти цели отдельного финансирования.

Особое внимание уделяется обследованиям женщин в период беременности и после родов. Обследования проводятся семейными врачами (врачами общей практики) и акушерами-гинекологами в специализированных амбулаторных учреждениях – женских консультациях. Женские консультации ведут наблюдение за состоянием здоровья женщин в период беременности начиная с 12-й недели, организуют санитарное просвещение и оказывают услуги в области охраны здоровья матери и ребенка в послеродовом периоде. Есть ряд программ скрининга для беременных, в том числе направленных на выявление врожденных пороков развития плода на ранних сроках (два ультразвуковых обследования

на сроках до 22 недель и тест на альфа-фетопротеин), а также тесты на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Ультразвуковыми обследованиями охвачено около 94,6% беременных, тестом на альфа-фетопротеин – 29,6%, тестом на сифилис – 96–98%, повторным тестом на ВИЧ-инфекцию – 94,5% беременных. Но несмотря на массовые обследования, уровни заболеваемости и смертности от врожденных пороков развития все еще очень высоки: в 2007 г. они составляли 22,3 и 2,8 на 1000 живорожденных соответственно (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2008). Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных в Украине одна из самых высоких в Европе: в 2006 г. она составляла 0,31%. Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, продолжает расти и в 2006 г. достигло рекордного уровня в 2736 младенцев. Однако Украине удалось добиться значительных успехов в области борьбы с передачей ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Так, в 2006 г. 93,4% всех ВИЧ-инфицированных беременных получали антиретровирусное лечение в целях предупреждения передачи инфекции; в результате показатель передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку снизился по сравнению с 2001 г. в 4 раза – с 28 до 7%. Тем не менее около 10% ВИЧ-инфицированных беременных не состоят на учете в женских консультациях и не сдают анализов на ВИЧ-инфекцию, поэтому своевременного лечения такие женщины не получают. Оптимального показателя передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (менее 1%) можно достичь только при условии всеобщего тестирования на ВИЧ-инфекцию во время беременности и получения всеми ВИЧ-положительными беременными трехкомпонентной антиретровирусной терапии (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2007а).

Эпидемии ВИЧ/СПИД и туберкулеза стали очень серьезной проблемой для украинского здравоохранения (см. раздел 1.4). В целях организации борьбы с эпидемией туберкулеза был принят целый ряд законодательных и других актов (в частности, закон № 2586-III от 5 июля 2001 г. «О борьбе с заболеванием туберкулезом», Указ президента Украины № 643/2001 от 20 августа 2001 г. «О национальной программе борьбы с туберкулезом на 2002–2005 гг.», Постановление кабинета министров Украины № 143 от 15 февраля 2006 г. «Об утверждении Порядка проведения обязательного профилактического обследования определенных категорий населения на выявление туберкулеза», закон № 3537-IV от 15 марта 2006 г. «О внесении изменений в некоторые законы Украины об усилении борьбы с заболеванием туберкулезом»). В 2002 г. было вве-

дено обязательное флюорографическое обследование всего населения, уделяя особое внимание лицам, относимым к группам риска. В 2003 г. парламент утвердил ДОТС – стратегию лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс) (Постановление Верховной рады Украины «О Рекомендациях парламентских слушаний на тему: “Эпидемия туберкулеза в Украине и пути ее преодоления”»). В 2005 г. Минздрав официально утвердил новую стратегию борьбы с туберкулезом в соответствии с международными стандартами ДОТС (Приказ Минздрава № 610 от 15 ноября 2005 г. «Об утверждении стратегии ДОТС в Украине») и протокол лечения больных туберкулезом (Приказ Минздрава № 45 от 28 января 2005 г. «Об утверждении протокола предоставления медицинской помощи больным туберкулезом»). В 2006 г. был принят новый законодательный акт, в соответствии с которым все пациенты с открытой формой туберкулеза подлежат обязательному лечению.

Все мероприятия по борьбе с туберкулезом целевым образом финансировались из государственного бюджета. Кроме того, на эти цели поступали средства из различных источников по линии международной технической и финансовой помощи. В частности, в 2003 г. Всемирный банк предоставил Украине кредит на поддержку программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. В 2007 г. в структуре Минздрава был создан специальный орган – Национальный совет по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ/СПИД, который действует в качестве национального координационного органа для всех учреждений здравоохранения, вне зависимости от их принадлежности. К сожалению, все эти меры желаемых результатов не принесли. Остановить эпидемию туберкулеза не удалось, и сейчас в стране на фоне ВИЧ-инфекции быстро распространяется туберкулез. Неэффективность упомянутых выше мер связана с тем, что в стране отсутствуют систематический и согласованный подход к организации противоэпидемических мероприятий, надлежащая база для лабораторной диагностики туберкулеза, четкая система планирования, закупок, распространения и мониторинга противотуберкулезных препаратов; есть проблемы с регулярностью поставок, отсутствует система контроля качества покупаемых препаратов, уровень квалификации медицинского персонала фтизиатрической службы недостаточен, при этом повсеместно проводятся массовые флюорографические обследования населения, оказание паллиативной помощи производится в обычных стационарных учреждениях и т. д. – все это, с клинической и экономической точек зрения, является неэффективной медицинской практикой (Барбова и др., 2006). Для решения всех этих

вопросов в 2007 г. была разработана государственная программа по борьбе с туберкулезом на 2007–2011 гг. и издан соответствующий закон (закон № 648-V от 8 февраля 2007 г. «Об утверждении Общегосударственной программы противодействия заболеванию туберкулезом в 2007–2011 гг.»). Эта программа направлена на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза путем усовершенствования системы лабораторной диагностики туберкулеза, повышения эффективности лечения, предотвращения развития лекарственно-устойчивых штаммов и усовершенствования системы подготовки и переподготовки медицинских кадров.

Проблема профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа находится в центре внимания властей с тех пор, как в 1987 г. на территории Украины были зарегистрированы первые случаи инфекции. В 1991 г. вступил в силу закон «О предотвращении заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения». В 1992 г. в Украине приступили к реализации первой национальной программы по профилактике СПИДа. Пятая национальная программа по профилактике ВИЧ-инфекции и обеспечению лечения и ухода ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом была проведена в период с 2004 по 2008 г. Однако это было всего второй программой с целевым финансированием и единственной, обеспечившей 90% необходимого финансирования для профилактики и лечения ВИЧ/СПИД. Финансирование этой программы осуществлялось за счет средств государственного и местных бюджетов, кредита Всемирного банка и гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. По всей стране была создана сеть центров по борьбе со СПИДом, которые занимались эпидемиологическим мониторингом и контролем, клинической и лабораторной диагностикой ВИЧ/СПИД и оппортунистических инфекций, организацией и предоставлением необходимых видов медицинской, психологической и социальной помощи лицам, живущим с ВИЧ/СПИД, а также просвещением и информированием медицинских учреждений по вопросам ВИЧ/СПИД. Однако взаимодействие между этими центрами и медучреждениями общего профиля практически отсутствует. Решением социальных, психологических и материальных проблем, с которыми сталкиваются лица, живущие с ВИЧ/СПИД, в основном занимаются общественные организации и центры по борьбе с ВИЧ-инфекцией, но из-за финансовых и организационных проблем они не в состоянии справиться с этим в полном объеме.

В связи с ухудшением ситуации с ВИЧ/СПИД в стране была принята шестая Общегосударственная программа обеспечения профилактики

ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2009–2013 гг. (закон № 1026-VI от 19 февраля 2009 г.). Эта программа предусматривает комплексный подход к борьбе с эпидемией, в том числе мониторинг и оценку эпидемической ситуации, информирование и просвещение широких слоев населения по вопросам ВИЧ/СПИД, первичную профилактику и меры борьбы с ВИЧ/СПИД среди лиц, отнесенных к группам высокого риска. Эта программа также обеспечивает условия для эффективной работы общественных организаций, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ-инфекции и защиты прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, и обеспечивает таким пациентам всеобщий доступ к высококачественному лечению, уходу и поддержке. Кроме того, в целях привлечения потребителей инъекционных наркотиков к антиретровирусной терапии была развернута программа заместительной терапии героиновой зависимости. Важным шагом на пути преодоления эпидемий ВИЧ/СПИД и туберкулеза является выявление, профилактика и лечение туберкулеза, протекающего на фоне ВИЧ-инфекции. В настоящее время в учреждениях фтизиатрической службы предлагаются бесплатные тесты на ВИЧ-инфекцию и, в случае необходимости, лечение сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез.

6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Маршрут пациента в украинской системе здравоохранения можно охарактеризовать как хаотичный, неконтролируемый и зачастую не соответствующий тяжести и течению болезни. Пациент может пойти в поликлинику и по собственному усмотрению обратиться к любому врачу – узкому специалисту. Если пациент обращается не к тому специалисту, который ему действительно нужен, его перенаправят к другому. Иногда пациенты по так называемому самонаправлению (т. е. без направления первичного звена) обращаются прямо в стационар, и некоторых из них без всякой нужды госпитализируют – в тех случаях, когда в больнице есть пустые койки, которые надо заполнить.

По данным обследования пациентов с артериальной гипертонией и сопутствующими заболеваниями, 41,2% пациентов сначала обратились к своему врачу первичного звена, 29,5% – к врачам – узким специалистам, 9,2% – в стационар, 3,2% – в службу скорой помощи и 16,9% – в больницы различного профиля (Крячкова, 2003). Первичную медицинскую помощь пациенты также получили разными путями: 44,2% пациентов

обратились непосредственно к своим участковым терапевтам, 21% получили направления от врачей – узких специалистов, 23,2% поступили из больницы, 4,6% – из дневных стационаров и стационаров на дому и 7% – из других медучреждений. Всего треть этих пациентов получают направление к врачам первичного звена из учреждений специализированной и высокоспециализированной помощи с целью завершения лечения; остальных же направляют в первичное звено потому, что их состояние здоровья не соответствует тому виду помощи, за которой они обратились изначально. Большинство пациентов не обращаются к своим участковым врачам, чтобы получить направление к узким специалистам, и идут прямо в больницу: без направления первичного звена приходят 34,1% пациентов, обращающихся за специализированной медицинской помощью, и 31,3% тех, кто обращается в больницы общего профиля. Каждый третий пациент из тех, кто обращается за специализированной медицинской помощью напрямую, выбирает врача – узкого специалиста неправильно, в результате таких пациентов приходится направлять к другим врачам. Почти у половины из тех пациентов, кто обращается за специализированной помощью в больницы без направления первичного звена, состояние не соответствует либо профилю больницы, либо тому уровню медицинской помощи, которую в ней оказывают, и их также приходится направлять в другие медицинские учреждения.

Участковые терапевты лишь частично координируют маршрут своих пациентов в системе здравоохранения: всего 8% получают специализированную амбулаторную помощь по направлению от своих участковых врачей, в то время как 33,7% пациентов были госпитализированы в больницы общего профиля, а 61,5% обратились в дневные стационары или проходили лечение в стационарах на дому. В среднем лишь четверть пациентов (26,5%) получает медицинскую помощь только на одном уровне ее оказания, без направления к другим специалистам или в различные медицинские учреждения. Уровень оказываемой медицинской помощи соответствует состоянию пациента лишь в трети случаев; в 43,2% случаев пациенты получают помощь существенно более высокого уровня, чем им это реально необходимо, а в 22,7% случаев – наоборот: уровень оказываемой помощи ниже, чем того требует состояние пациента.

Проблемы с организацией маршрута пациента в системе здравоохранения иногда приводят к неоправданным сложностям. В ряде случаев пациентам приходится в буквальном смысле ходить по кругу, по несколько раз возвращаясь к одному и тому же специалисту или в одно и то же медучреждение на разных этапах лечения. Например, вполне ти-

пична ситуация, когда пациента с артериальной гипертонией, который идет к кардиологу в специализированную клинику, отправляют к участковому терапевту, чтобы тот выдал ему направление к этому же самому кардиологу. Главная причина всех этих хаотичных «перемещений» пациента заключается в отсутствии координации его маршрута в системе здравоохранения со стороны врачей первичного звена. Отсутствует и механизм распределения пациентов по соответствующим уровням оказания медицинской помощи, а первичное звено здравоохранения не обладает достаточной материально-технической базой.

Вся эта путаница влечет нерациональное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, снижает качество медицинской помощи и оказывает негативное влияние на здоровье населения, в то время как при наличии надлежащего механизма организации направлений у значительной доли пациентов можно было бы предотвратить развитие более серьезных состояний и осложнений.

6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Первичную медицинскую помощь в Украине традиционно оказывают участковые врачи – участковые терапевты и педиатры, работающие в государственных или муниципальных поликлиниках. С 2000 г. в стране также действует модель семейной медицины (общей практики) (см. раздел 7.1). В настоящее время семейные врачи и врачи общей практики составляют треть (32,9%) всех специалистов первичного звена. Они работают в семейных клиниках или в соответствующих отделениях поликлиник. Подавляющее большинство (70%) семейных врачей и врачей общей практики работают в сельской местности. Частнопрактикующих семейных врачей и врачей общей практики относительно мало (0,8% общего количества врачей этой специализации). Большинство частнопрактикующих врачей работает по контрактам либо с местными органами власти (как, например, в г. Комсомольске Полтавской области – см. раздел 3.6.1 «*Оплата медицинских услуг*»), либо со страховыми компаниями.

Участковые терапевты оказывают общую медицинскую помощь в амбулаторных учреждениях и на дому прикрепленному взрослому населению, проживающему в районе обслуживания. Они проводят профилактическую работу среди населения, ведут хронических больных, занимаются санитарным просвещением и иммунизацией, а также выдачей направлений к узким специалистам и в стационары. Медсестры

первичного звена в основном выполняют вспомогательные функции: под контролем врачей готовят и заполняют медицинские формы (за исключением основного документа – амбулаторной карты больного), проводят некоторые обследования пациентов во время их посещений врача (измеряют температуру, кровяное давление и т. д.), объясняют пациентам, как им следует подготовиться к диагностическим обследованиям.

В зависимости от уровня квалификации, семейные врачи и врачи общей практики оказывают прикрепленному контингенту (детям и взрослым) общую медицинскую помощь в амбулаторных условиях и на дому, включая профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию при общих заболеваниях. Как и остальные врачи первичного звена, семейные врачи и врачи общей практики выдают своим пациентам направления к узким специалистам и на госпитализацию, проводят иммунизацию в соответствии с графиком прививок, производят экспертизу временной нетрудоспособности с выдачей соответствующих документов, а также занимаются пропагандой здорового образа жизни и санитарным просвещением пациентов. При этом они могут также выполнять хирургическую обработку ран, накладывать шины при переломах и вести беременных с неосложненным течением беременности в дородовом и послеродовом периодах. Семейные врачи и врачи общей практики работают вместе с семейными медсестрами и медсестрами общей практики. Однако с маленькими детьми – особенно в городах – к семейным врачам и врачам общей практики, которые по образованию не являются врачами-педиатрами, а просто прошедшими краткий курс переподготовки районными терапевтами, – люди идут крайне неохотно. Иногда дети впервые попадают на прием к семейному врачу в возрасте 7 или даже 12 лет. Шестимесячный курс переподготовки считается недостаточным, и, в отличие от сельской местности, где районные терапевты и педиатры до переподготовки и так де-факто работали семейными врачами или врачами общей практики, в городе у бывшего участкового терапевта опыт работы с детьми может практически отсутствовать. Поэтому в некоторых районах семейные врачи и врачи общей практики работают только с детьми старше 3 или 7 лет.

Нормативы численности прикрепленного населения составляют 1700 человек взрослого населения для участкового терапевта и 800 детей – для педиатра. Для семейных врачей и врачей общей практики эти нормативы установлены на уровне 1110–1200 взрослых и детей в сельской местности и 1500–1600 – в городах. На практике, однако, в городах один участковый терапевт, как правило, обслуживает в среднем по

2500 пациентов. У педиатров нагрузка немного меньше установленного норматива, а каждый семейный врач или врач общей практики обслуживает примерно по 1500 пациентов. Следует отметить, что за приведенными усредненными показателями зачастую стоят очень существенные различия в загрузке среди различных специалистов первичного звена. В целом по стране 13% врачей первичного звена обслуживают менее чем по 1000 человек (взрослых и детей), и примерно одну пятую часть (20,4%) составляют врачи, к которым прикреплено более чем по 2500 пациентов. В сельской местности доля врачей, обслуживающих свыше 2500 пациентов, приближается к одной трети (29,1%). Несмотря на то что ФАПы также оказывают первичную медико-санитарную помощь, дефицит врачебных кадров в сельской местности вызывает целый ряд проблем с доступностью и качеством медицинской помощи. Кое-где это усугубляется низкой плотностью населения (30–70 человек на кв. км). Примерно в 11,4% сельских населенных пунктов есть амбулатории и больницы с амбулаторными отделениями, у которых радиус обслуживания составляет от 2,5 до 9,5 км; в 56% сельских населенных пунктов есть ФАПы. Около трети сельских населенных пунктов не имеют на своей территории никаких медицинских учреждений. В некоторых медицинских учреждениях, расположенных в сельской местности, вакантны все должности медицинских работников, и число таких учреждений растет (см. раздел 5.2.1).

Предоставление первичной медицинской помощи населению организовано по территориально-участковому принципу. За каждым учреждением первичной медицинской помощи закреплена соответствующая территория, которая делится на участки с определенным количеством жителей. Жителям Украины предоставлена возможность выбора врача первичного звена, но реализовать эту возможность на практике удастся далеко не всегда: пациент может выбрать себе врача, но этому, как правило, будет препятствовать сам врач, ведущий прием, поскольку это расширит границы его участка и усложнит посещение больных на дому. Развитие первичного звена считается главным стратегическим направлением и одной из главных целей развития системы здравоохранения. Существуют планы по проведению в ближайшие годы комплексных реформ первичного звена (см. раздел 7.2).

Общее количество амбулаторных посещений в год в расчете на одного жителя в Украине довольно велико и значительно превышает этот показатель в странах Центральной и Восточной Европы и Евросоюза (см. рис. 6.1). Столь большое число посещений в расчете на одного жи-

теля является следствием принятой в Украине системы оплаты за услуги (см. раздел 3.6.1 «*Оплата медицинских услуг*»). Из общего количества всех амбулаторных посещений на визиты пациентов к врачам – узким специалистам приходится 75%, а на посещения пациентов врачами на дому – около 9%. Более трети визитов в амбулаторные учреждения (36,7%) и в поликлиники связаны с прохождением профилактических осмотров. На количество таких визитов оказывают влияние два фактора: во-первых, существуют строгие требования в отношении целевого охвата программами скрининга определенных групп населения (обследования женщин на предмет выявления рака шейки матки, рака молочной железы, массовые обследования на туберкулез), а во-вторых, диспансеризацию проводят группы из шести-семи специалистов различного профиля с помощью ряда тестов, эффективность которых пока научно не доказана. Число амбулаторных посещений в сельской местности остается значительно ниже, чем в городах, и большинство из них (61%) приходится на контакты пациентов со специалистами среднего звена.

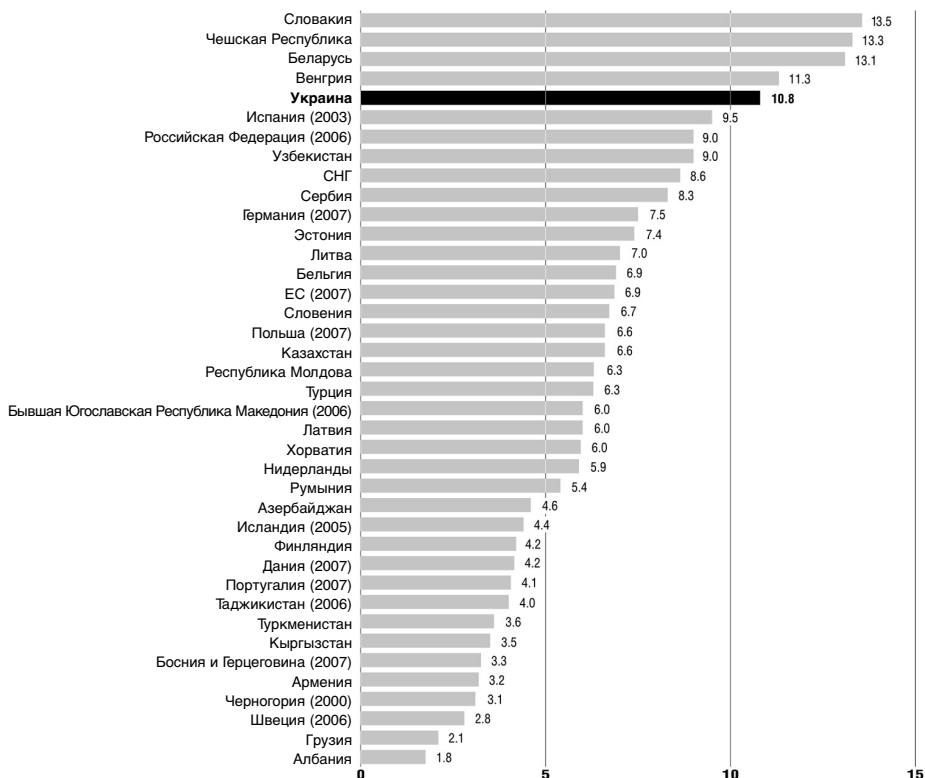
Доступ пациентов к специализированной медицинской помощи никак не регулируется, поскольку четкой границы между первичным и вторичным звеньями здравоохранения в Украине нет. По существу, понятие первичной медицинской помощи включает всю поликлиническую помощь, в том числе помощь врачей – узких специалистов, которые работают в поликлинике, а не только врачей первичного звена. Пациенты могут обратиться к врачу – узкому специалисту напрямую, без направления от своего участкового врача, и пользуются этой возможностью весьма широко (см. раздел 6.2).

6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

Специализированную амбулаторную помощь населению оказывают в рамках интегрированной модели преимущественно врачи – узкие специалисты, работающие в поликлиниках по месту жительства и в поликлинических отделениях городских больниц, детских больниц, центральных районных больниц и специализированных городских клиник (диспансеров). В обычной городской многопрофильной поликлинике, район обслуживания которой насчитывает 25 тысяч жителей, как правило, работают по 6–7 узких специалистов (хирург, ортопед, травматолог, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог); в более крупной поликли-

Рис. 6.1

Число амбулаторных посещений на человека в год, Украина и некоторые другие страны Европейского региона ВОЗ, 2008 г. или последний имеющийся год



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

нике могут также работать кардиологи, ревматологи, гастроэнтерологи, урологи и другие специалисты. Как уже говорилось, четкого разграничения между первичным и вторичным звеньями здравоохранения в Украине не существует, поэтому специалисты, работающие в городских поликлиниках, обслуживают как пациентов, которых направили к ним участковые терапевты, так и тех, кто обращается к ним без направления. Оказание специализированной амбулаторной помощи организовано по территориальному принципу; каждая поликлиника обслуживает определенный участок. Те, кто проживает на этом участке, имеют право на получение полного диагностического обследования и необходимого лечения и в случае необходимости могут быть направлены в соответствующие учреждения высокоспециализированной помощи.

Объем специализированной амбулаторной помощи, оказываемой в частных медицинских учреждениях, не очень значителен, хотя частная стоматология развивается достаточно быстрыми темпами. Довольно широко распространены также частные клиники, оказывающие услуги в области гинекологии (центры репродуктивного здоровья, планирования семьи и лечения бесплодия), и различные центры и службы по лечению алкогольной, табачной и наркотической зависимости. Обычно такие учреждения не входят в основную систему здравоохранения. Некоторые из них работают на договорной основе с организациями или частными страховыми компаниями, но большинство оказывает услуги пациентам в соответствии с установленным прейскурантом. Есть также хорошо оснащенные частные диагностические центры. Пациентов нередко направляют в такие учреждения специалисты государственных и муниципальных медицинских учреждений, в которых нет необходимого диагностического оборудования. Однако взаимоотношения между государственными и частными учреждениями не формализованы, поэтому пациенты должны платить за такие услуги из своего кармана.

Система оказания стационарной помощи организована по иерархическому принципу и имеет три уровня. Первый из них, нижний, представлен небольшими сельскими больницами, в среднем на 16 коек, которые оснащены лишь базовым оборудованием и оказывают простейшую стационарную помощь детям и взрослым, хроническим больным, лечат некоторые инфекционные болезни, проводят медицинскую реабилитацию, долечивание, оказывают простейшую акушерскую и другую помощь сельскому населению. Число таких больниц уменьшается (см. раздел 5.1.2 «*Основные фонды и капитальные вложения*»). В 2008 г. на их долю приходилось всего 2,1% коечного фонда стационаров. Второй (средний) уровень иерархии является настоящей опорой системы. Специализированную стационарную помощь населению оказывают в центральных районных и городских больницах общего профиля, а также в детских больницах, специализированных клиниках (диспансерах) и профильных стационарах (инфекционных больницах, родильных домах и т. д.). В сельской местности специализированную стационарную помощь оказывают районные и центральные районные больницы, а также ведомственные больницы. На эти учреждения приходится 75% общего коечного фонда, и большинство из них является многопрофильными больницами. В связи с общим сокращением коечного фонда больниц их мощность постепенно уменьшается. Так, в 2008 г. коечный фонд городской больницы составлял в среднем 195 коек, а центральной район-

ной больницы – около 210. Больницы, как правило, включают в себя от 7 до 12 отделений (терапия, хирургия, инфекционное отделение, акушерство и гинекология и т. д.), хотя спектр оказываемых услуг (специализаций) никак не регламентируется. В крупных городах есть также специализированные клиники (чаще всего по лечению инфекционных болезней), родильные дома и центры высокоспециализированной помощи, организованные при многопрофильных больницах, – например, ожоговые центры, центры неонатального ухода и т. д. Кроме того, есть также специализированные городские клиники (диспансеры), оказывающие стационарную помощь при некоторых социально значимых заболеваниях (туберкулезе, ИППП, психических расстройствах, эндокринных заболеваниях и т. д.).

К третьему, высшему уровню иерархии относятся областные и меж-областные специализированные учреждения: областные больницы, диагностические центры и специализированные клиники, а также профильные клинично-диагностические центры при национальных научно-исследовательских институтах Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук Украины. Этим учреждениям принадлежит свыше 20% общего коечного фонда больниц. Изначально они были задуманы как учреждения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим наиболее тяжелыми заболеваниями в осложненных формах, но в последнее время границы между вторичным и третичным уровнями медицинской помощи оказались несколько размыты. По некоторым оценкам, около трети пациентов, госпитализированных в обычные областные больницы, на самом деле нужно было лечить в специализированных стационарах. Частных больниц очень мало, и они, как правило, являются специализированными, хорошо оснащенными центрами, где лечат, например, онкологических или кардиологических больных.

Несмотря на сокращение коечного фонда стационаров, в стране наблюдается значительное недоиспользование коек стационаров вторичного уровня. За период 1990–2000 гг. общий уровень госпитализации, особенно среди пациентов с хроническими заболеваниями, снизился на 21%. Однако оба эти показателя в 2001 г. начали постепенно возрастать. Средняя продолжительность госпитализации и продолжительность госпитализации среди пациентов с хроническими заболеваниями постепенно снижаются (см. табл. 6.1). Общий показатель использования коечного фонда больниц и показатель использования коечного фонда больниц краткосрочного лечения в период с 1990 по

2000 г. существенно сократились, после чего стабилизировались (см. табл. 6.1). Высокий показатель использования коечного фонда в сочетании с серьезными финансовыми барьерами доступности стационарной помощи подчеркивает неэффективность системы финансирования больниц в зависимости от их коечной мощности, поскольку если больница получает финансирование на основании числа коек, то ей выгодно сохранить эти койки и госпитализировать пациентов вне зависимости от наличия у них показаний к госпитализации. По данным регионального исследования 2006–2007 гг., почти треть всех госпитализаций (32,9%) была сделана без медицинских показаний к тому. Этот показатель сильно колеблется в зависимости от профиля учреждения: так, в кардиологические отделения для инфарктных больных поступает 11–14% пациентов, не нуждающихся в стационарном лечении, а в пульмонологические и гастроэнтерологические отделения – 55–73% таких пациентов (Lekhan & Volchek, 2007).

Таблица 6.1

Использование коечного фонда, 1990–2008 гг.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Число госпитализаций на 100 человек населения ^а	24,4	21,9	19,4	21,6	21,9	22,5	22,5
Число госпитализаций в больницы краткосрочного лечения на 100 человек населения ^а	23,2	20,8	18,4	20,5	20,8	21,3	21,4
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	16,4	16,8	14,9	13,5	13,3	12,9	12,8
Средняя продолжительность госпитализации в больницах краткосрочного лечения (дней) ^а	14,0	14,6	12,7	11,6	11,3	11,1	10,9
Использование коечного фонда (число койко-дней на душу населения), всего ^а	4,0	3,7	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
Использование коечного фонда больниц краткосрочного лечения (число койко-дней на душу населения) ^а	3,3	3,0	2,3	2,4	2,4	2,4	2,3

Источники: Министерство охраны здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2009; WHO EURO 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a; Центр медицинской статистики, неопубликованные данные, 2009.

Примечание: ^а в учреждениях системы Минздрава.

Стационарные учреждения не дифференцированы по степени сложности медицинских вмешательств. Одни и те же койки используются для госпитализации пациентов с очень разными потребностями с точки зрения как тех услуг, которые им необходимы, так и соответствующего оборудования. По данным того же исследования, 74,6% госпитализированных нуждались в неотложной помощи в отделениях краткосрочного лечения, 14,9% получали плановое лечение по поводу хронических за-

болеваний, 8,2% нуждались в медико-социальной помощи и 2,3% – в медицинской реабилитации (Lekhan & Volchek, 2007).

6.4.1 Дневные стационары

В Украине дневные стационары организуются в целях оказания качественной медицинской помощи (комплексной диагностики, интенсивной терапии с применением современных медицинских технологий) пациентам, состояние которых не требует круглосуточного медицинского наблюдения. Согласно распоряжению Минздрава, дневные стационары могут функционировать только на базе учреждений амбулаторно-поликлинической помощи. Наибольшей популярностью пользуются дневные стационары, оказывающие первичную медицинскую помощь, затем идут многопрофильные дневные стационары, оказывающие помощь больным с кардиологическими, респираторными и желудочно-желудочными заболеваниями. В некоторых учреждениях есть дневные стационары кардиологического, неврологического, гастроэнтерологического, хирургического, урологического, офтальмологического, травматологического, гинекологического и педиатрического профилей.

Объем финансирования дневных стационаров, так же как и учреждений амбулаторно-поликлинической помощи, зависит от числа посещений. Однако с точки зрения реальных расходов дневные стационары финансируются даже хуже, чем поликлиники. Например, в дневном стационаре ориентировочный объем расходов на медикаменты в расчете на одного пациента составляет в среднем 0,35–0,5 гривны, или 0,07–0,1 долл. США, т. е. примерно столько же, сколько выделяется на одно посещение поликлиники (0,3–0,5 гривны, или 0,05–0,06 долл. США), при этом объеме услуг, оказываемых пациентам в дневных стационарах, существенно больше. Поэтому пациенты вынуждены оплачивать лекарства и изделия медицинского назначения за свой счет. После обретения независимости число коек в дневных стационарах увеличилось в девять раз, а количество пролеченных в них пациентов – еще больше (см. табл. 6.2). В 2008 г. 25,1% всех госпитализированных пациентов получили лечение в дневных стационарах, при этом дневные стационары составляли 16,4% общего коечного фонда учреждений системы Минздрава. Пациенты предпочитают круглосуточному пребыванию в стационаре дневное и зачастую выбирают именно такую форму лечения. Однако развитие системы альтернативного стационарного лечения пока оказывает незначительное влияние на показатели использования коечного фонда больниц, которые не имеют

возможности заменить круглосуточное пребывание пациентов системой дневного стационара: сделать это не позволяет способ финансирования этих услуг.

Таблица 6.2

Развитие системы дневных стационаров, 1991–2008 гг.

	1991	1995	2000	2005	2007	2008
Число коек на 1000 населения	0,2	0,3	0,9	1,5	1,5	1,4
Число пролеченных на 1000 населения	6,6	9,2	25,6	51,0	58,9	56,3

Источники: Міністерство охорони здоров'я України, 2001; Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2007b, 2008.

Национальная программа развития здравоохранения предусматривает серьезные реформы сектора стационарной помощи (см. главу 7), в том числе снижение уровня госпитализации. Этого предполагается достичь путем следующих мер:

- разработка системы четких показаний к стационарной помощи;
- снятие ограничений на развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи и организацию лечения в дневных стационарах, организованных на базе стационаров круглосуточного пребывания;
- передача ведомственных медицинских учреждений под эгиду Минздрава;
- реорганизация коечного фонда больниц;
- укрупнение больниц общего профиля в целях организации оказания экстренной стационарной помощи населению и обеспечения охвата в 100 000–200 000 жителей;
- преобразование некоторых отделений больниц в учреждения по оказанию медико-социальной и паллиативной помощи хроническим больным;
- реорганизация материально-технической базы учреждений здравоохранения с учетом характера их будущего использования.

Кроме того, в целях обеспечения населения высокоспециализированной и высокотехнологичной медицинской помощью было предложено также создавать на базе региональных лечебно-профилактических учреждений университетские клиники.

6.5 Скорая медицинская помощь

Формально скорая помощь в Украине определяется как вид медицинской помощи при угрожающих жизни или здоровью состояниях на месте происшествия, в лечебно-профилактических учреждениях и по пути следования в них. Скорую медицинскую помощь должны оказывать все медицинские работники и все учреждения здравоохранения. В экстренных ситуациях, когда медицинскую помощь получить невозможно, скорую помощь должны оказывать силы гражданской обороны, милиция, пожарные, работники спасательных служб, водители общественного транспорта и другие лица. В этих случаях предприятия, учреждения, организации и отдельные граждане обязаны предоставлять транспортные средства для доставки пострадавших в соответствующие медицинские учреждения. В случае угрозы для жизни пострадавших медицинские работники имеют право использовать любые транспортные средства для того, чтобы добраться на место происшествия или доставить пострадавших в лечебное учреждение. В реальности самым главным компонентом системы скорой помощи является служба скорой помощи, в которой работают врачи и фельдшеры. Служба скорой помощи отвечает за оказание пациентам и пострадавшим от несчастных случаев догоспитальной помощи на месте и по пути следования в медицинские учреждения. Поскольку в Украине медицинская помощь не дифференцирована по видам и степени интенсивности лечебно-диагностического процесса (см. раздел 6.4), то скорую помощь в медицинских учреждениях оказывают наряду со всеми остальными видами медицинских услуг.

В 2007 г. правительством была утверждена государственная программа развития службы скорой медицинской помощи на период до 2010 г. (Постановление кабинета министров № 1290 от 5 ноября 2007 г.). Эта программа предусматривает создание единой системы предоставления скорой медицинской помощи, укрепление материально-технической и кадровой базы учреждений здравоохранения, создание системы подготовки и переподготовки медицинских работников, а также спасателей и работников, профессиональные обязанности которых связаны с эксплуатацией транспортных средств, по вопросам предоставления высококачественной скорой медицинской помощи.

В 2007 г. в государственную службу скорой помощи входили 96 самостоятельных станций скорой помощи и 891 станция, входящая в состав больниц. Станции скорой помощи оснащены необходимым оборудованием и специальным транспортом (в основном автомобильным). На выезде

скорую помощь оказывают 3114 бригад (0,71 на 1000 населения). С 1990 г. количество бригад уменьшилось на 14,5%, а объем оказываемой ими помощи – на 13,4%. Из общего количества бригад скорой помощи 35% являются врачебными, 54% – фельдшерскими и 11% – специализированными (кардиологическими, интенсивной терапии, неврологическими, психиатрическими и т. п.). Специализированные бригады скорой помощи появились в 1970-х и 1980-х гг., в период «специализации» здравоохранения, в целях повышения качества скорой помощи на догоспитальном этапе. К сожалению, этих целей достичь не удалось. Углубление специализации бригад скорой помощи позволило добиться некоторых положительных результатов, но создало и ряд проблем. В частности, использование специализированных бригад по их прямому назначению значительно снизило их нагрузку, которая сейчас почти в три раза меньше, чем общих врачебных и фельдшерских бригад. Были предприняты попытки увеличить нагрузку специализированных бригад, когда такие бригады должны были выезжать по так называемым непрофильным вызовам и использоваться как общие врачебные. Но такое использование специализированных бригад негативно сказывалось на качестве оказываемой помощи, поскольку каждая такая бригада была узкоспециализированной. При надлежащей организации работы системы скорой помощи каждая бригада должна обслуживать примерно по 15–16 вызовов в сутки. На практике же бригады выезжают на вызовы в 1,5–3 раза реже: общие врачебные и фельдшерские бригады совершают примерно по 10–11 выездов в сутки, а специализированные – по 8,5. Такая организация работы влечет нерациональное использование ограниченных ресурсов отрасли. Недогрузка бригад скорой помощи вызвана недостатками организации и управления службой, а также проблемами, выходящими за рамки сектора здравоохранения, и прежде всего – неудовлетворительной организацией дорожного движения. Для общественного транспорта и транспортных средств, выполняющих важнейшие социальные функции, на дорогах не предусмотрено отдельных полос движения, вследствие чего машины скорой помощи нередко стоят в пробках, что значительно увеличивает продолжительность каждого вызова.

В 2007 г. объем услуг службы скорой помощи составил 13,8 млн вызовов, что соответствует 297 вызовам на 1000 населения. Наиболее распространенными причинами вызовов скорой помощи были внезапные резкие ухудшения состояния пациентов, несчастные случаи и травмы (77,2%). Среди других причин были также роды (6,8%), необходимость транспортировки пациентов и рожениц в лечебные учреждения (7,0%),

а также вызовы к пациентам, состояние которых не требовало неотложной помощи (7,0%). С 1990 г. частота вызовов скорой помощи снизилась на 13%. Причины вызовов изменились более существенно: в связи с общим падением рождаемости значительно уменьшилась доля вызовов, связанных с родами и осложнениями течения беременности. Меньше вызовов стало и по поводу общих заболеваний, в то время как количество вызовов в связи с острыми состояниями возросло. На первый взгляд структура вызовов в 2007 г. в большей степени соответствует основным функциям службы. Однако по поводу острых состояний стало не просто больше вызовов – увеличилась также и их частота: в период с 1990 по 2007 г. она возросла в 1,3 раза – с 153,8 до 206,9 вызовов на 1000 населения, и связано это было не с организационными проблемами, а с сокращением доступа населения к скорой помощи, в особенности по причинам финансового характера (см. раздел 8.2). Официально государственные и муниципальные учреждения здравоохранения обязаны бесплатно оказывать помощь всем пациентам вне зависимости от гражданства (гражданам Украины, иностранцам и лицам без гражданства). При этом стандартные бюджетные ассигнования на медикаменты в расчете на один вызов бригады скорой помощи в разных регионах страны колеблются в пределах 1,5–2,7 гривны (0,3–0,5 долл. США), а такая сумма не покрывает даже минимальных расходов на медикаменты и оборудование, необходимые для оказания скорой помощи. Поэтому пациенты или их родственники вынуждены сами, в любое время дня и ночи, искать жизненно необходимые лекарства.

В Украине есть несколько частных служб скорой помощи. Как правило, они расположены в крупных городах и очень хорошо оснащены. Однако из-за высокой стоимости этих услуг (300–400 гривен, или 60–80 долл. США за вызов) воспользоваться ими может лишь незначительная часть населения. Данные о качестве этих услуг и о возможностях таких служб отсутствуют. Одним из главных качеств скорой помощи является ее своевременность. В Украине показатель своевременности оказания скорой медицинской помощи измеряется как доля вызовов, на которые бригады прибыли в течение 15 минут после их получения. По данным Центра медицинской статистики, в 2007 г. бригады скорой помощи прибыли по вызовам вовремя в общей сложности в 88% случаев, а по вызовам по поводу несчастных случаев, травм и острых состояний – в 90% случаев. Однако достоверность этих данных вызывает сомнение, поскольку у большинства станций скорой помощи нет необходимого оборудования для автоматической регистрации времени

вызова и времени прибытия бригады на место. По некоторым данным, количество случаев, когда бригады прибывают на вызовы с опозданием, очень велико, а иногда пациентам приходится дожидаться их часами.

Если скорая помощь необходима пострадавшим в природных, техногенных или социальных катастрофах, то первичную неотложную помощь на месте оказывают работники специальных аварийно-спасательных служб. Последующую помощь, вне зоны бедствия, оказывает Государственная служба медицины катастроф. Эта служба была создана в 1997 г. и включает Республиканский научно-практический центр и 27 территориальных центров скорой помощи и медицины катастроф, передвижной госпиталь, специализированные мобильные группы и бригады, более 780 бригад скорой помощи. В Службу медицины катастроф также входят 12 больниц скорой помощи и 77 других медицинских учреждений, с максимальной коечной мощностью в 15 000 коек. В государственном и местных бюджетах зарезервированы специальные средства для возмещения расходов, которые могут возникнуть в связи с необходимостью оказания медицинской помощи жертвам чрезвычайных ситуаций.

6.6 Медикаментозная помощь

Организация деятельности фармацевтического сектора подробно описана в разделе 5.1.5 «*Лекарственные средства*». По закону лекарственное обеспечение является частью медицинского обслуживания, и в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения лекарственные средства должны предоставляться пациентам бесплатно, за счет средств государственного бюджета. Тем не менее даже в системе Семашко лекарства для амбулаторного лечения пациенты, за исключением некоторых льготных категорий, должны были приобретать за собственный счет. Теперь, после обретения независимости, в связи с серьезным дефицитом финансирования здравоохранения, пациенты вынуждены сами оплачивать даже лекарства для стационарного лечения (см. 3.3.2 «*Оплата медицинских услуг за счет пациентов*»). В настоящее время лишь 13,3% всех потребляемых лекарств поставляется через больницы; остальные 86,7% население приобретает через аптечную сеть. Некоторые категории населения имеют право на льготное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение: так называемые социально незащищенные группы населения и пациенты с социально значимыми и тяжелыми заболеваниями (туберкулез, рак и т. д.) получают лекарства

либо бесплатно, либо покупают их со значительными скидками. Эти льготы в основном касаются лекарств для амбулаторного лечения. Лекарства, выписываемые для лечения на дому и входящие в утвержденный государством перечень, должны предоставляться бесплатно или со скидкой. Стоимость льготных лекарств должна покрываться за счет средств бюджетных ассигнований на здравоохранение, но из-за недостаточности финансирования отрасли возможность получения лекарств по льготным рецептам ограничена. На практике даже социально незащищенные категории населения чаще всего вынуждены покупать лекарства за собственный счет.

В целях повышения доступности медикаментозной помощи для населения постановлением кабинета министров № 333 от 25 марта 2009 г. «Некоторые вопросы государственного регулирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения» был утвержден Национальный перечень основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Этот перечень был разработан в соответствии с анатомо-терапевтической и химической классификацией (АТХ) на основании международных непатентованных наименований и включает 215 эффективных, безопасных и недорогих препаратов, которые используются в Украине в целях профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний. Этот перечень является основой для формирования основного набора медицинских услуг и, по приказу Минздрава, должен использоваться в процессе организации тендеров на государственные закупки лекарств и изделий медицинского назначения для проведения целевых государственных программ, государственной поддержки местной фармацевтической промышленности, составления планов по покрытию издержек на предоставление льготных лекарств, создания клинических протоколов и форм, а также мониторинга поставок фармацевтической продукции и формирования цен на нее. Однако в 2007 г. использование лекарственных средств никак не контролировалось (Поручение кабинета министров № 29029/1/1-07 от 3 июля 2007 г.).

Поскольку большинство лекарств как для амбулаторного, так и для стационарного лечения пациентам приходится покупать за свой счет, то назначения врачей играют в этом не очень большую роль; еще более усугубляет ситуацию либерализация порядка отпуска лекарственных средств. Минздравом разработан перечень препаратов, отпускаемых только по рецепту врача, но большинство из них все равно можно купить без рецепта. В 2005 г. была сделана попытка регулирования порядка отпуска лекарственных средств (Приказ Минздрава № 260 от 19 июля 2005 г.), но

низкий уровень знаний населения и неподготовленность системы здравоохранения не позволяют должным образом отрегулировать оборот лекарств, отпускаемых по рецептам. При этом в аптеках действительно осуществляется строгий контроль отпуска психотропных и гормональных препаратов, хотя многие другие лекарства – например, антибиотики, – как правило, можно купить без рецепта.

В некоторой степени на выписку рецептов влияют клинические протоколы, поскольку в них очень четко прописаны медицинские показания к применению тех или иных препаратов. Национальных программ, способствующих применению действенных дженериков, которые не так дороги, как их оригинальные аналоги, нет. Большое влияние на систему выписки рецептов оказывают фармацевтические компании. Они проводят очень агрессивную маркетинговую политику, активно рекламируют свои препараты в СМИ (реклама препаратов, отпускаемых только по рецептам, в Украине запрещена), проводят бесплатные семинары для медицинских работников и приплачивают врачам, которые выписывают своим пациентам их препараты. В результате в стране широко распространилась практика избыточных назначений лекарственных средств, при этом врачи зачастую выписывают пациентам дорогостоящие оригинальные препараты, пренебрегая основами рациональной медикаментозной терапии. Врачи выписывают дженерики из Национального перечня основных лекарственных средств только пациентам, которым по закону полагается бесплатное или льготное лекарственное обеспечение; такие лекарства пациенты получают в аптеках по месту жительства.

Положительное влияние на систему выписки рецептов могло бы оказать сочетание финансовых мер и мер образовательного характера. Предлагалось, в частности, использовать глобальные фонды, которые обеспечивали бы хотя бы частичное покрытие издержек государства на лекарственное обеспечение (Рудий, 2005), аналогично системе возмещения расходов на лекарства (Лехан, Слабкий и Шевченко, 2009). Однако никаких реальных шагов по воплощению этих предложений в жизнь сделано не было.

В целях улучшения лекарственного обеспечения населения была разработана национальная программа на 2004–2010 гг., предусматривающая отбор безопасных и эффективных лекарственных средств с применением фармакоэкономического анализа (Постановление кабинета министров № 1162 от 25 июля 2003 г.). Эта программа предусматривает также введение формулярной системы закупок лекарственных средств, совершенствование порядка проведения тендеров на государственные

закупки медикаментов и установление государственных приоритетов в области закупок лекарственных средств. Наконец, эта программа вводит государственную регистрацию оптовых цен на лекарства, а также внедрение надлежащих методов организации производства, контроля качества, клинических испытаний и применения лекарственных средств на основе GMP, GLP и других стандартов, рекомендованных ВОЗ и ЕС. В соответствии с этой программой был утвержден Перечень основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения и произведены необходимые подготовительные мероприятия для применения Государственным фармакологическим центром Минздрава Украины формулярной системы использования лекарственных средств (Приказы Минздрава № 173 от 17 марта 2009 г. и №59 от 28 января 2010 г.). Введение формулярной системы должно повысить качество лечения и обеспечить врачам, клиническим провизорам и другим медицинским работникам возможность доступа к информации об использовании лекарственных средств, зарегистрированных в Украине, их фармакологических свойствах, противопоказаниях и способах распространения. Первый государственный формуляр лекарственных средств был опубликован в Украине в 2009 г.

6.7 Реабилитационная помощь

Постановлением кабинета министров № 1686 от 8 декабря 2006 г. была утверждена Государственная типовая программа реабилитации инвалидов, содержащая перечень реабилитационных услуг и изделий медицинского назначения, которые государство должно предоставлять инвалидам бесплатно вне зависимости от их возраста, пола и вида заболевания. Эта типовая государственная программа является основой для составления индивидуальных программ реабилитации, определяющих виды, формы, объемы, места проведения и сроки реабилитации, направленной на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. Ответственность за разработку реабилитационной политики взяло на себя государство в лице центральных (Министерство труда и социальной политики, Министерство здравоохранения, Министерство образования и науки, Министерство по делам семьи, молодежи и спорта) и местных органов власти. В целях разработки и реализации программ профилактики инвалидности, облегчения и лечения состояний, приводящих к инвалидности, местные органы влас-

ти должны взаимодействовать с общественными организациями инвалидов. Программа предусматривает лечение инвалидов, взрослых и детей, методами медицинской, психолого-педагогической, физической, профессиональной, трудовой, физкультурно-спортивной, бытовой и социальной реабилитации.

Медико-социальные экспертные комиссии ответственны за диагностический этап установления инвалидности, определение степени утраты здоровья и профессиональной пригодности инвалидов и разработку индивидуальных программ реабилитации совершеннолетних инвалидов. Медико-социальные экспертные комиссии являются независимыми органами при региональных управлениях здравоохранения; в общей сложности в стране их создано более четырехсот. Лечебно-консультативные комиссии лечебно-профилактических учреждений ответственны за установление степени инвалидности детей.

В соответствии с законодательством система реабилитации инвалидов в Украине включает органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, которые осуществляют государственное управление системой реабилитации инвалидов, и комплекс различных организаций независимо от их ведомственного подчинения, типа и формы собственности, а именно – реабилитационные учреждения для инвалидов; специальные и санаторные дошкольные и общеобразовательные учебные заведения для детей, нуждающихся в коррекции физического и /или умственного развития и длительном лечении; учреждения социального обслуживания инвалидов; протезно-ортопедические предприятия, а также санаторно-курортные учреждения системы органов труда и социальной защиты населения и учреждения культуры, санаторно-курортные и оздоровительные учреждения общественных организаций инвалидов.

К числу основных реабилитационных учреждений относятся: 1) центры социальной реабилитации детей-инвалидов, целью которых является коррекция нарушений развития ребенка-инвалида и его подготовка к получению образования (дошкольного, базового и полного общего среднего образования, профессионально-технического и высшего образования); 2) центры профессиональной реабилитации для осуществления мероприятий, направленных на восстановление способности инвалида к профессиональной деятельности; 3) подразделения медико-социальной и социально-бытовой реабилитации территориальных центров социального обслуживания для пенсионеров и одиноких нетрудоспособных граждан.

Центры могут функционировать как государственные и муниципальные специализированные учреждения, которые содержатся преимуще-

ственно за счет государственного или местных бюджетов, или в форме негосударственных некоммерческих учреждений, которые финансируются из негосударственных источников. Структура центра определяется профилем его деятельности и может включать подразделения по профессиональной, социальной реабилитации, лаборатории, мастерские, учебные кабинеты и пр. Обязательным в составе центра является наличие отделения медицинского и психологического сопровождения. В настоящее время сеть реабилитационных учреждений включает более 270 центров социальной реабилитации для детей, 72 центра профессиональной реабилитации и более 270 отделений медико-социальной реабилитации территориальных центров социального обслуживания пенсионеров. Основная часть реабилитационных учреждений находится в ведении региональных структур Министерства труда и социальной политики, остальные относятся к сфере деятельности Министерства образования и Министерства семьи и молодежи.

Обращает на себя внимание отсутствие среди организаций, занимающихся реабилитацией, медицинских учреждений, хотя в типовой программе реабилитации, на основании которой разрабатываются индивидуальные программы реабилитации, определены типовые перечни медико-реабилитационных услуг, которые предоставляются инвалидам с различными заболеваниями. В частности, для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы предусматривается проведение восстановительного лечения, реконструктивной хирургии, профилактических мероприятий и санаторно-курортного лечения; для инвалидов с психическими заболеваниями – восстановительное лечение, психиатрическая помощь, профилактические мероприятия и санаторно-курортное лечение; для инвалидов с поражениями органов зрения – восстановительная терапия, профилактические мероприятия и санаторно-курортное лечение; для инвалидов с поражениями органов слуха – восстановительное лечение, профилактические мероприятия, санаторно-курортное лечение, слухопротезирование, реконструктивная хирургия и кохлеарная имплантация; для инвалидов с поражениями внутренних органов – восстановительная терапия, профилактические мероприятия и санаторно-курортное лечение; для инвалидов с онкологическими заболеваниями – восстановительная терапия, профилактические мероприятия, медицинское наблюдение, реконструктивная хирургия и санаторно-курортное лечение.

Учреждения здравоохранения не дифференцированы в зависимости от интенсивности производимых вмешательств, поэтому восстано-

тельное лечение и медицинская реабилитация на различных этапах развития заболевания является функцией практически всех лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения. Правда, в номенклатуру учреждений здравоохранения включено несколько наименований учреждений, основной задачей которых является восстановительное лечение: среди стационарных учреждений – это больница восстановительного лечения, физиотерапевтическая больница, центр реабилитации детей с поражениями нервной системы, среди санаторно-курортных учреждений – бальнеологическая больница и больница с грязелечением (грязелечебница). Число таких учреждений невелико, контингент реабилитируемых и спектр предоставляемых ими реабилитационных услуг ограничен. Например, Украинская больница восстановительного лечения Министерства здравоохранения Украины на 600 коек предназначена в основном для лечения и реабилитации больных и лиц, пострадавших от воздействия ионизирующего излучения, а также иных больных терапевтического и неврологического профиля. В качестве реабилитирующих средств используются природные факторы в сочетании с медикаментозной терапией, физиотерапией, диетическим питанием и др. Винницкая областная больница восстановительного лечения для детей с органическими нарушениями опорно-двигательного аппарата использует комплекс физиотерапевтических и природных методов лечения: аппаратная физиотерапия, теплолечение, водолечение, грязелечение и пр.

Несмотря на наличие основных элементов современной системы реабилитации в Украине, эта система не в состоянии решить всего спектра проблем в области реабилитации и социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями и психологическими и психическими нарушениями. В реальности реабилитацию проходит всего 10% детей-инвалидов (Интерфакс-Украина, 2007). Большинство детей-инвалидов не посещают дошкольные учреждения. Лица с нарушениями физического и психического развития составляют всего 1% учащихся профессионально-технических училищ (Интерфакс-Украина, 2007). По данным Министерства образования, в 2007/2008 учебном году только для 14% детей-инвалидов, обучающихся в общеобразовательных школах, были созданы специальные классы. В ряде случаев не реализуется право детей-инвалидов на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации. Количество студентов из числа инвалидов составляют 0,4% общей численности лиц, обучающихся в высших учебных заведениях. Основной причиной столь низкого охвата

реабилитационными мероприятиями является несогласованность действий учреждений здравоохранения и органов труда и социальной защиты.

Постановлением кабинета министров № 716 от 12 июля 2007 г. была утверждена Государственная программа развития системы реабилитации и трудовой занятости лиц с ограниченными физическими возможностями, психическими заболеваниями и умственной отсталостью на период до 2011 г. Эта программа предусматривает следующие меры:

- совершенствование системы оказания реабилитационных услуг;
- расширение номенклатуры и обеспечение производства современных высококачественных технических средств;
- создание условий для доступа лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями ко всем видам образовательных услуг, в том числе путем использования дистанционного, интегрированного и инклюзивного обучения;
- организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации инвалидов в соответствии с текущими потребностями рынка;
- обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры и средствам общественного транспорта.

Кроме того, эта программа предусматривает создание персонализированной базы данных инвалидов и перечня необходимого оборудования и литературы для реабилитационных учреждений. Перспективным решением с точки зрения быстрого развития сети реабилитационных учреждений было бы преобразование медико-социальных экспертных комиссий в учреждения медико-социальной экспертизы и реабилитации. Предполагается, что, благодаря этой программе, в течение пяти лет к работе и общественной жизни смогут вернуться 170 000 инвалидов и будут полностью удовлетворены потребности в медицинских, технических и других средствах реабилитации. Это позволит сэкономить свыше 100 млн гривен, поскольку снизит объем выплат пенсий по инвалидности, социальных льгот и компенсаций лицам, прошедшим реабилитацию.

На сегодняшний день утверждена программа социальной защиты, предусматривающая обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов в общественные и частные здания и сооружения, и приняты новые государственные строительные нормы и правила, обеспечивающие благоприятную среду для лиц с ограниченной подвижностью. К таким мерам относится, в частности, производство оснащенных специальным оборудованием средств общественного транспорта, приспособленных

для беспрепятственного использования инвалидами. Но несмотря на то что по ряду задач Минздрав выступает в качестве соисполнителя, в этой программе отсутствуют стимулы для совершенствования системы медицинской реабилитации. При этом Национальный план развития системы здравоохранения предусматривает создание к 2010 г. реабилитационных больниц в соответствии с функциональной дифференциацией стационарных учреждений вторичной медицинской помощи (Постановление кабинета министров № 815 от 13 июня 2007 г.). Министерство здравоохранения разработало и разместило на своем сайте проект этого плана, составленного с учетом международного опыта управления медицинскими учреждениями такого профиля. Предполагается, что в этих больницах будут использоваться все современные подходы к лечению пациентов с травмами и заболеваниями, требующими реабилитационных мер по предупреждению инвалидизации и быстрому восстановлению трудоспособности.

6.8 Долговременная помощь

Долговременную помощь в Украине оказывают в учреждениях системы социальной защиты, которая находится в ведении Министерства труда и социальной политики. В этих учреждениях предоставляется медико-социальная помощь определенным категориям населения. К числу таких учреждений относятся дома-интернаты для малолетних инвалидов и дома-интернаты для пожилых людей и инвалидов, дома престарелых, психоневрологические интернаты, стационарные отделения территориальных центров социального обслуживания пенсионеров и одиноких нетрудоспособных граждан.

Детские дома-интернаты являются медико-социальными учреждениями, предназначенными для проживания с уходом, обучением, воспитанием и медицинским обслуживанием детей в возрасте от 4 до 18 лет с нарушениями психического и умственного развития. Они делятся на четыре категории: 1) для детей дошкольного и школьного возраста с нормальным умственным развитием и серьезными физическими недостатками, ограничивающими их подвижность; 2) для детей с серьезными психическими нарушениями, которые в состоянии свободно передвигаться и способны к самообслуживанию; 3) для детей с серьезными психическими нарушениями, которые могут свободно передвигаться, но не способны к самообслуживанию; 4) для детей с психическими на-

рушениями разной степени тяжести и серьезными соматическими нарушениями, которые не в состоянии свободно передвигаться или не способны к самообслуживанию. В настоящее время в стране насчитывается 58 домов-интернатов, в которых проживает более 6000 детей. Коечный фонд таких учреждений полностью удовлетворяет текущим потребностям, но их материально-техническая база не отвечает современным требованиям (Яскал, 2000). Вопросам деинституционализации таких детей и профилактики их институционализации не уделялось достаточно внимания.

Психоневрологический интернат является стационарным социально-медицинским учреждением, предназначенным для постоянного проживания лиц с психоневрологическими заболеваниями, которые нуждаются в постороннем уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В интернат на государственное содержание принимают психических больных, достигших пенсионного возраста, и инвалидов первой и второй групп с психоневрологическими заболеваниями старше 18 лет независимо от наличия у них родственников, обязанных их содержать по закону.

Дома для престарелых и инвалидов являются стационарными учреждениями для долговременного пребывания лиц пожилого возраста, ветеранов войны и инвалидов (взрослых), нуждающихся в медицинском обслуживании и ежедневном уходе. Такие учреждения принимают лиц, не имеющих родственников. Правда, при наличии мест в дом для престарелых и инвалидов могут принять и пациентов, у которых есть здоровые родственники, при условии полной оплаты всех издержек, связанных с их содержанием. Дома для престарелых обеспечивают круглосуточный медицинский уход и консультации. Стационарные отделения территориальных центров социального обслуживания для долговременного или кратковременного пребывания с уходом предназначены для нетрудоспособных лиц и лиц, утративших подвижность, которые не способны к самообслуживанию, нуждаются в постоянном медицинском уходе и не могут обходиться без ежедневной посторонней помощи. По данным Министерства труда и социальной политики, в стране насчитывается 316 домов для престарелых в общей сложности на 55 000 коек, где проживают 50 000 лиц пожилого возраста и инвалидов, а также 270 стационарных отделений территориальных центров социального обслуживания для долговременного или кратковременного пребывания с уходом.

Финансирование домов для престарелых и психоневрологических интернатов производится из местных бюджетов (преимущественно за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из госбюджета), фондов социального страхования и за счет пенсий пациентов. Однако

из-за недостатка финансирования эти учреждения не могут обеспечить надлежащих санитарных условий и достаточного питания. Многие из них расположены в старых и ветхих зданиях, плохо оснащены и находятся в неудовлетворительном состоянии; качество обслуживания низкое. И даже в этих учреждениях не хватает коек, поэтому существуют листы ожидания.

Состав медицинских работников, работающих в этих учреждениях, определяется их профилями. В домах для престарелых работают гериатры и психиатры, в психоневрологических интернатах – психиатры и т. д. Социальную помощь оказывают социальные работники; кроме того, в каждом учреждении должен быть свой стоматолог. Поскольку реабилитационные услуги в таких учреждениях не отвечают установленным требованиям, то государственная программа реабилитации предусматривает включение в их штат специалистов по медицинской реабилитации и физиотерапии, а также врачей-психологов.

6.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

В Украине многие пользуются услугами лиц, оказывающих неформальный уход, и многие сами оказывают такие услуги. Никакой политической и финансовой поддержки со стороны государства за оказание таких видов помощи не предусмотрено, и данных о численности лиц, оказывающих такие услуги, нет. Есть несколько профильных НПО – обычно такие организации создают люди, которым приходится оказывать помощь своим родственникам, страдающим определенными заболеваниями (например, детям, больным церебральным параличом, и т. п.). Иногда эти организации получают гранты от различных фондов.

6.10 Паллиативная помощь

Потребность в услугах паллиативной помощи в Украине очень велика в силу высокого уровня смертности и старения населения (см. раздел 1.4). Ежегодно в паллиативной помощи нуждается около 1,5 млн человек, т. е. примерно 480 тысяч пациентов и членов их семей, которые ухаживают за неизлечимо больными. Однако развитой системы паллиативной помощи в стране нет.

Медицинские услуги неизлечимо больным пациентам обычно оказывают в лечебных учреждениях различных профилей; таких больных лечат вместе с остальными пациентами, не обращая особого внимания на то, какие виды услуг необходимы людям в терминальной стадии заболевания. Основное бремя несут врачи и медсестры первичного звена, которые занимаются в том числе уходом за онкологическими больными – это самая многочисленная категория пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Госпитализация таких пациентов производится только в острых стадиях заболевания и только на короткий срок.

Первые хосписы в Украине были созданы по инициативе местных неправительственных организаций и органов местного самоуправления. Самый первый хоспис был открыт в 1994 г. во Львове. В настоящее время в стране действует около 20 хосписов и отделений паллиативной помощи при многопрофильных больницах в общей сложности на 650 коек (Бармина, 2008). Эти службы организованы в Донецке, Запорожье, Луганске, Львове, Луцке, Ивано-Франковске, Херсоне, Харькове и Киеве. Имеющиеся мощности удовлетворяют всего 10% потребностей в паллиативной помощи. Большинство таких учреждений ориентировано на потребности местного населения и получает свое небольшое финансирование из средств местных бюджетов. Они не в состоянии обеспечить социальную компоненту паллиативной помощи, так как в штат хосписов не входят социальные работники, психологи и юристы. Система взаимодействия между хосписами и другими медицинскими учреждениями, органами социальной защиты, общественными организациями и т. д., которая обеспечивала бы непрерывность оказания паллиативной помощи, отсутствует.

Наиболее острой проблемой остается невозможность обеспечения адекватного обезболивания для пациентов, которые находятся в терминальной стадии. Действующие правила контроля за оборотом наркотических веществ значительно усложняют доступность опиоидных анальгетиков для устранения болевого синдрома в связи с многочисленными ограничениями для врачей при назначении этих средств в необходимом объеме и формах, в особенности для больных неонкологическими заболеваниями, применения их в учреждениях социальной защиты и в домашних условиях. Другой важной проблемой низкого уровня оказания паллиативной помощи является отсутствие у медицинских и социальных работников необходимых знаний и навыков относительно методов и принципов обезболивания и устранения расстройств физиологических функций и иных соматических проблем. Ограниченный до-

ступ к эффективным обезболивающим и жизненно важным лекарственным средствам, к услугам учреждений паллиативной помощи, а также недостаточный уровень подготовки специалистов и ограниченные возможности НПО – все это означает, что большинство пациентов не получает необходимой им паллиативной помощи.

В Украине до настоящего времени не сформирована государственная политика развития системы паллиативной помощи. Несмотря на то что Минздрав легализовал хосписы еще в 1995 г., включив их в перечень учреждений здравоохранения (Приказ Минздрава № 114 от 22 июня 1995 г.), и в 2000 г. утвердил штатные нормативы и типовое штатное расписание таких учреждений (Приказ Минздрава № 33 от 23 февраля 2000 г.), законодательство, которое регулировало бы деятельность таких учреждений, по-прежнему отсутствует; исключения составляют только хосписы для больных СПИДом (Приказ Минздрава № 866 от 27 декабря 2007 г. «Об утверждении примерных положений о хосписах и отделениях паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией и СПИДом»). Отсутствие государственной политики в области оказания паллиативной помощи замедляет развитие этой системы. В стране не хватает организационных и кадровых ресурсов для создания сети учреждений паллиативной помощи; отсутствуют методология и стандарты оказания такого вида помощи; наконец, отсутствует система подготовки медицинских и социальных работников, занимающихся оказанием этого вида помощи. Развитию системы паллиативной помощи в Украине препятствуют многие факторы – в частности, в правительстве не вполне понимают, каков истинный масштаб этой проблемы; кроме того, отсутствует государственная политика развития системы оказания паллиативной помощи различным группам пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Отсутствуют надлежащая интеграция и согласованность действий между Минздравом, Министерством труда и социальной политики, НПО, частными компаниями и общественными объединениями по оказанию медико-социальной защиты и паллиативной помощи, – и все это дополняется нехваткой необходимых ресурсов и применением устаревших, неэффективных технологий и моделей оказания паллиативной помощи (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2008).

В последнее время происходят позитивные изменения в отношении государства к развитию паллиативной помощи. В 2006 г. были созданы Всеукраинская Ассоциация паллиативной помощи и Межведомственная рабочая группа по усовершенствованию правовой базы паллиатив-

ной помощи. В апреле 2008 г. приказом Министерства здравоохранения для разработки Государственной программы развития паллиативной помощи в Украине на 2010–2014 гг. был создан Координационный совет по паллиативной и хосписной помощи, в состав которого вошли представители правительства и общественных организаций. В настоящее время подготовлен проект концепции программы, которая предусматривает разработку и усовершенствование нормативно-правовой базы применения эффективных обезболивающих препаратов, создание необходимой сети учреждений и формирование стандартов оказания паллиативной помощи, создание государственной системы подготовки и повышения квалификации медицинских и социальных работников для оказания паллиативной помощи.

6.11 Охрана психического здоровья

В законе «О психиатрической помощи» (№ 1489-III от 22 февраля 2000 г.) впервые в истории отечественной психиатрии были изложены правовые и институциональные основы оказания психиатрической помощи, сформулированные исходя из приоритета прав человека и гражданина. Этот закон определяет обязанности органов исполнительной власти и местного самоуправления, а также устанавливает основы правовой и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, и регламентирует права и обязанности врачей и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. В этом законе содержится, в частности, положение об обязательном согласии пациента и его родственников или законных опекунов на получение медицинской помощи, а также о том, что на принудительное лечение лицо может быть направлено только в установленном законом порядке по решению суда. Этот закон также регламентирует права пациентов на получение психиатрической помощи в объеме, соответствующем их состоянию, и, по возможности, по месту их проживания. Украина также подписала в Хельсинки Европейскую декларацию об охране психического здоровья (2005) и План действий по охране психического здоровья. Благодаря открытости психиатрической помощи для местных и международных НПО в обществе изменилось отношение как к поставщикам услуг по охране психического здоровья, так и к их потребителям.

Служба охраны психического здоровья включает психиатрические больницы и амбулаторные клиники, а также психиатрические отделения

многопрофильных больниц, относящихся к системе Минздрава. Есть также небольшие службы психиатрической помощи, находящиеся в ведении служб безопасности, МВД, Министерства транспорта и коммуникаций и Министерства обороны; они оказывают помощь только работникам этих ведомств и членам их семей. Есть и несколько частных медицинских учреждений, оказывающих услуги психиатрической, психотерапевтической и медикаментозной помощи. В 2007 г. сеть учреждений психиатрической помощи системы Минздрава состояла из 88 психиатрических больниц в среднем на 500 коек, 29 специализированных психиатрических диспансеров и 656 психиатрических и 163 психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, действующих в составе основной системы здравоохранения. По оценкам, примерно 89% ресурсов системы используется для оказания стационарной психиатрической помощи, а на амбулаторную приходится всего 11% средств. Следует отметить, что психиатрическим пациентам приходится покупать лекарства за свой счет, при этом необходимые психотропные препараты с компенсацией издержек в объеме до 80% получают менее 1% пациентов. Стоимость нейролептиков составляет до 10% минимальной дневной заработной платы, а антидепрессантов – 3%. Поэтому отсутствие государственной системы лекарственного обеспечения психиатрических пациентов создает тяжелое бремя для их семей, сокращает доступ к лечению и снижает его эффективность.

В 2007 г. в учреждениях системы Минздрава работало 3362 психиатра (7,2 на 100 000 населения) и 422 детских психиатра (4,7 на 100 000 детского населения). В зависимости от региона, показатели обеспеченности населения психиатрами существенно разнятся: в некоторых регионах их вдвое больше, чем в других; большинство специалистов сконцентрировано в восточной части страны, на западе же их очень мало. Согласно установленным нормативам обеспеченности, в каждом отделении психиатрической больницы и в каждой психиатрической клинике должен работать хотя бы один психолог. Реальные же цифры гораздо ниже, что замедляет процесс гуманизации психиатрии и ограничивает возможности реализации психотерапевтических мероприятий. Нормативы штатной обеспеченности не предусматривают в штатах медицинских учреждений социальных работников, поэтому оказанием помощи психиатрическим пациентам занимаются медсестры социальной службы (1 медсестра на 150 коек). Каждое отделение принудительного психиатрического лечения также должно иметь в штате медсестру социальной службы.

Обеспеченность населения Украины психиатрическими койками составляет: 9,4 психиатрических койки на 10 000 населения, 10,4 – на 10 000 взрослого населения и подростков и 2,95 на 10 000 детского населения. На психиатрические койки приходится 10,7% всего коечного фонда учреждений системы Минздрава (см. раздел 5.1.1). Соотношение числа коек в стационарных учреждениях для нехронических больных к числу психиатрических коек составляет 1:7,5, а соотношение числа психиатрических коек к числу коек для хронических больных – 1:1. Подавляющее большинство психиатрических коек (96%) находится в 106 специализированных психиатрических учреждениях (в 88 больницах и 18 специализированных диспансерах), в том числе 96% коек для взрослых и подростков и 96,2% – для детей. Остальные психиатрические койки распределены по нескольким многопрофильным больницам различных уровней, включая 3 областные больницы, 20 городских больниц, 15 центральных районных и районных больниц, 1 сельское медучреждение и 1 городскую детскую больницу. Условия в большинстве специализированных психиатрических учреждений очень далеки от современных стандартов. В палатах размещают по 10 и более пациентов, а в некоторых регионах в одной палате может находиться до 24–30 пациентов (Пинчук, 2007).

После обретения Украиной независимости число коек в психиатрических больницах сократилось на 37%, но связанная с этим оптимизация использования коечного фонда пока не исчерпана, поскольку от 10 до 30% коек в психиатрических больницах по-прежнему используются как медико-социальные койки или койки долговременной помощи. В некоторых случаях койки не сокращают, а перепрофилируют. Например, в 2004 г. одна из психиатрических больниц перешла в собственность социальной службы и была преобразована в психоневрологический дом-интернат. Распространенной практикой это не стало, хотя дефицит коек в учреждениях психиатрической помощи по-прежнему является острой проблемой. Системы охраны психического здоровья насчитывает 105 дневных стационаров в общей сложности на 5137 коек, т. е. всего 0,44 койки на 100 стоящих на учете психиатрических пациентов. В ряде регионов число дневных стационаров составляет от 1 до 4. В целом сокращение коечного фонда стационаров не скоординировано с развитием служб психиатрической помощи на муниципальном уровне. Более того, сокращается и сеть амбулаторных учреждений – с 33 в 2002 г. до 29 в 2006 г. Со стороны населения такая деинституционализация психиатрической помощи поддержки не встречает. Поскольку надлежащей системы альтер-

нативной помощи психиатрическим пациентам, которая была бы способна удовлетворить местные нужды, нет и не создается, то такое сокращение коечного фонда психиатрических больниц ничего, кроме лишения значительной части психиатрических пациентов доступа к профессиональной медицинской помощи, не влечет (Странников, 2008).

В настоящее время идет работа над проектом целевой государственной программы дальнейшего развития системы охраны психического здоровья. Главные цели этой программы таковы:

- структурная и функциональная реорганизация системы психиатрической помощи в целях повышения качества и доступности ее услуг;
- интеграция психиатрической помощи в систему первичной и вторичной медицинской помощи;
- разработка программ профилактики среди детей и взрослых;
- реализация мер по преодолению стигматизации по отношению к больным с психическими расстройствами.

В 2006 г. разработана концепция программы, которая до настоящего времени не принята и остается на стадии общественного обсуждения.

6.12 Стоматологическая помощь

В настоящее время большинство услуг стоматологической помощи предоставляется на коммерческой основе. Пациенты должны сами оплачивать диагностику, пломбировочные материалы и т. д. не только в частных стоматологических учреждениях, число которых в Украине быстро растет, но также и в государственных. Государственное регулирование цен на стоматологические услуги практически отсутствует; в основном цены диктует рынок. Бесплатными остаются только детская стоматология и протезирование зубов для некоторых льготных категорий населения. Контроль качества стоматологических услуг носит ограниченный характер. По данным Центра медицинской статистики Минздрава, в 2007 г. в государственных учреждениях здравоохранения регулированию подлежали только вопросы, касающиеся регулярных массовых обследований, категорий населения, подлежащих регулярным обследованиям, процента обследованных, которые нуждаются в медосмотрах, и процента тех, кто их действительно проходит. Систематического контроля качества в большинстве частных учреждений нет.

В 1990-е гг. из-за снижения доступности и качества стоматологических услуг стоматологическое здоровье населения Украины ухудшилось, особенно среди детей. В этой связи Указом президента № 475/2002 от 21 мая 2002 г. была принята Государственная программа профилактики и лечения стоматологических заболеваний на 2002–2007 гг. Главными целями этой программы было совершенствование системы предоставления стоматологической помощи населению, укрепление системы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний, приведение организационной структуры, задач и функций стоматологической помощи в соответствие с потребностями населения и координация деятельности учреждений стоматологической помощи. Некоторые положительные сдвиги благодаря реализации этой программы действительно произошли. Например, в каждой области были созданы реестры стоматологической заболеваемости населения (с учетом зон эндемического флюороза), а стоматологические учреждения начали оказывать услуги в области профилактики стоматологических заболеваний и гигиены полости рта. Но в целом задачи этой программы выполнены не были, а причиной этого стали отсутствие целевого финансирования и ненадлежащая координация деятельности подразделений, вовлеченных в реализацию программы. В результате стоматологическое здоровье населения продолжает ухудшаться.

По данным Стоматологической ассоциации, эти негативные тенденции обусловлены несколькими факторами. В государственных учреждениях, особенно в детских стоматологических поликлиниках и кабинетах, стоматологическое оборудование находится в откровенно плачевном состоянии. Кроме того, применяемые технологии несовместимы с современными стандартами профилактики и лечения. Свою роль сыграл и распад государственной системы первичной и вторичной профилактики стоматологической заболеваемости, а также сокращение сети стоматологических кабинетов в школах и детских дошкольных учреждениях. Деятельность государственного и частного секторов стоматологических услуг не скоординирована, на внутреннем рынке отсутствует надлежащий контроль качества средств и изделий для гигиены полости рта.

Вопрос реформирования системы стоматологической помощи сейчас находится в стадии публичного обсуждения. Проект реформ предполагает передачу государственных стоматологических учреждений в аренду местным или национальным компаниям и реорганизацию системы оказания услуг путем предоставления равных возможностей учреждениям различных форм собственности. Правительство также должно

представить на обсуждение стандартный набор гарантированных государством стоматологических услуг, прежде всего для детей и групп населения, подлежащих обязательной диспансеризации. Кроме того, программа реформ должна включать внедрение межсекторного подхода к организации санитарного просвещения с последующим созданием действенных методов первичной и вторичной профилактики, прежде всего среди детей и беременных женщин.

6.13 Дополнительная и альтернативная медицина

С 1990-х гг. Украина переживает социальный кризис, который сопровождается падением престижа науки и образования. На фоне ухудшения качества и доступности базовой медицинской помощи в стране появилось огромное количество представителей всевозможных альтернативных методов лечения, среди которых было немало мошенников. В 1990-е гг. таким «целителям» удалось получить в Минздраве лицензии и другие аналогичные документы, позволяющие им заниматься медицинской деятельностью наряду с добросовестными специалистами, практиковавшими холистические (общеоздоровительные) методы лечения. Когда деятельность этих никем не контролируемых «целителей» стала негативно сказываться на здоровье населения, правительство начало реагировать: 31 июля 1998 г. вышел специальный Указ президента № 823/98 «О мерах по урегулированию деятельности в сфере народной и нетрадиционной медицины». В соответствии с этим указом Минздраву, совместно с Министерством внутренних дел и Министерством финансов, было поручено принять меры к выявлению лиц, которые занимаются соответствующей медицинской практикой при отсутствии лицензий, выданных Минздравом, и решить вопрос об ответственности нарушителей законодательства. Министерству информации Украины и Государственному комитету по делам религий было поручено обеспечить надлежащий контроль за использованием средств массовой информации лицами, которые практикуют в сфере народной и нетрадиционной медицины, с целью недопущения распространения ими информации, которая негативно влияет на здоровье граждан. Во исполнение этого указа в структуре Минздрава был учрежден специальный Комитет по вопросам народной и нетрадиционной медицины (в 2006 г. он был реорганизован в государственное предприятие), на который были возложены следующие задачи: разработка предложений по формированию

государственной политики в области народной и нетрадиционной медицины, создание реестра народных целителей, контроль за их деятельностью, а также выдача лицам, не имеющим медицинского образования, специальных разрешений на осуществление деятельности в сфере народной и нетрадиционной медицины. Такое разрешение может быть выдано на основании экспертизы Украинской ассоциации народной медицины и положительного решения специального комитета в составе работников Минздрава и других органов здравоохранения. По законодательству Украины народные целители не имеют права лечить онкологические заболевания, инфекционные заболевания, включая ИППП, ВИЧ-инфекцию и кожно-венерологические заболевания, наркозависимость и психические заболевания, требующие срочной госпитализации. Им также запрещено заниматься оценкой психологического здоровья пациентов, вести наблюдение беременности и лечить ее осложнения и осуществлять хирургические вмешательства, в том числе аборт. Кроме того, народные целители не имеют права проводить массовые сеансы исцеления с использованием гипноза и других методов психического и биоэнергетического воздействия.

В какой-то степени комитету удалось упорядочить всю эту деятельность, но некоторые задачи так и остались невыполненными. Например, в стране до сих пор отсутствует реестр народных целителей, что затрудняет контроль их деятельности. Многие продолжают практиковать и рекламировать свои услуги, не имеющие никакого отношения к медицине (снятие порчи, гадания, предсказания и т. д.), прикрываясь лицензией Минздрава и дискредитируя тем самым настоящих народных целителей. В этой связи Минздрав вынужден был издать еще один приказ, № 267 от 19 июня 2003 г. «О контроле за осуществлением незаконной медицинской деятельности в области народной и нетрадиционной медицины». Этим приказом была введена обязательная переаттестация лиц, которым ранее были выданы лицензии на право заниматься медицинской практикой в сфере народной и нетрадиционной медицины, с выдачей им новых лицензий Минздрава. Однако необходимой легитимизации этого сектора добиться пока не удалось, а усугубляет ситуацию массированная и неконтролируемая реклама в СМИ услуг всякого рода псевдоцелителей.

По данным Украинской федерации содействия здравоохранению, в стране практикует около 4000 народных целителей, но в медицинских кругах приводят цифры как минимум на порядок большие. Из всех этих целителей лица с медицинским образованием, специализирующиеся в

области народной и нетрадиционной медицины, составляют лишь малую часть (см. раздел 5.2.1), остальные же не имеют никакой медицинской подготовки. Более того, согласно данным Украинской федерации содействия здравоохранению, до 70% этих так называемых целителей ни по профессиональным, ни по моральным качествам не имеют к целительству вообще никакого отношения. Услугами таких «специалистов» пользуется около 5,5 млн человек, и пока что это число не идет на убыль. Люди обращаются к ним по разным причинам, на чаще всего упоминаются две: либо лечение методами официальной медицины не помогло, либо врачу не удалось наладить контакт с пациентом. Среди пациентов, обращающихся за помощью к целителям, преобладают пожилые или малообразованные люди, но довольно много пациентов имеет среднее специальное и даже высшее образование.

Как уже говорилось в разделе 5.2.1, точных данных о численности специалистов, практикующих в сфере народной и нетрадиционной медицины, нет. Небольшая их часть работают рефлексотерапевтами или специалистами по народной медицине в государственных учреждениях здравоохранения, остальные же практикуют частным образом и связей с основной системой здравоохранения практически не поддерживают.

6.14 Медицинское обслуживание отдельных групп населения

Украинское законодательство гарантирует всем гражданам Украины, иностранным гражданам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Украины, равный доступ к медицинской помощи. Но в конечном итоге права иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих на территории Украины, определяются специальными законами и положениями международных договоров – например, «Основами законодательства Украины о здравоохранении» (закон № 2801-ХІІ от 19 ноября 1992 г.).

Медицинскую помощь заключенным оказывают в соответствии с законодательством о здравоохранении, как и всему населению страны в целом; обычно это происходит прямо в камере. В экстренных ситуациях, с соблюдением соответствующих мер безопасности, заключенного могут доставить в медицинское учреждение Министерства юстиции или системы Минздрава.

7 Основные реформы в области здравоохранения

7.1 Анализ последних реформ

В отличие от многих других стран на постсоветском пространстве, в Украине широкомасштабные реформы здравоохранения не проводились, но серьезные политические и социально-экономические преобразования в стране свое влияние на систему здравоохранения конечно же оказали. Децентрализация управления в здравоохранении была частью общей государственной политики децентрализации административных полномочий. В этом отношении реформы заключались в передаче ряда административных функций в системе здравоохранения органам управления регионального и местного уровней – местным государственным администрациям и органам местного самоуправления. С одной стороны, такой подход предусматривал повышение ответственности местных органов за состояние медицинского обслуживания населения на подведомственных территориях, с другой же – привел к сильнейшей фрагментации финансирования отрасли и углублению межрегионального неравенства. Реформа бюджетной системы в 2000 г. также повлияла на механизмы распределения ресурсов в финансировании здравоохранения (см. раздел 3.4). Реформа механизмов регионального финансового выравнивания стала составной частью создания системы межбюджетных трансфертов, осуществляемых в целях обеспечения финансирования здравоохранения. Новые механизмы несколько сглаживали межрегиональные различия, но масштабы неравенства все равно оставались очень значительными, что, прежде всего, было обусловлено самим методом выравнивания (см. раздел 8.2). В рамках общей стратегии разгосударствления промышленности был также взят курс на приватизацию аптечных и медицинских учреждений. Под влиянием рыночных отношений в системе здравоохранения началось развитие частного сектора, и большинство аптек было приватизировано.

В украинской системе здравоохранения часто предпринимались попытки самых разных реформ. Некоторые из них носили реактивный

характер, т. е. осуществлялись в связи с новыми обстоятельствами, возникающими в процессе переходного периода. В условиях непрекращающегося экономического кризиса начала 1990-х гг. основные усилия государства были направлены на то, чтобы не допустить краха существующей системы здравоохранения и сохранить хотя бы минимальный уровень социальных гарантий оказания медицинской помощи. В то время, в целях привлечения дополнительных источников финансирования здравоохранения, некоторые медицинские услуги были исключены из сферы государственных обязательств и переведены на платную основу. Была создана нормативно-правовая база для введения ДМС. В связи с необходимостью привлечения дополнительных ресурсов для финансирования отрасли в стране появились и начали активно развиваться различные благотворительные организации, занимающиеся аккумулярованием средств предприятий, трудовых коллективов и частных лиц, которые на добровольных началах платили взносы, используемые для последующей оплаты медицинских услуг. Наиболее широкое распространение получили больничные кассы, в основе деятельности которых лежит простейший принцип солидарной ответственности за покрытие расходов на медицинское обслуживание. Однако в общем объеме расходов на здравоохранение доля расходов на оплату частных услуг, добровольных взносов в больничные кассы и на оплату полисов ДМС очень мала. Большая часть личных расходов граждан на оплату медицинских услуг носит неформальный характер, как, например, в случае оплаты стоимости большинства лекарств, изделий медицинского назначения, питания, неформальных платежей медицинским работникам и т. д. (см. раздел 3.3.2).

В целях сдерживания затрат в условиях острого дефицита государственных ресурсов в течение короткого периода коечный фонд больниц в государственной системе здравоохранения был сокращен почти на треть (см. раздел 5.1.1). Однако такой путь рационализации – сокращение общего количества коек при сохранении существующей сети стационарных учреждений, особенно в городах, – не привел к желаемым результатам и выигрыша в эффективности не дал (см. раздел 8.3).

В связи с резким ухудшением показателей состояния здоровья населения в 1990-х гг. и критической демографической ситуацией одним из главных вопросов повестки дня стала необходимость системных реформ в секторе здравоохранения.

Стабилизация экономики и начало экономического роста стали благоприятными факторами для проведения преобразований в этой сфере, и в конце 1990-х гг. была начата целая серия реформ, направленных на

повышение структурной эффективности системы здравоохранения и качества медицинской помощи.

После долгих дискуссий по вопросам развития и предоставления первичной медико-санитарной помощи населению в 2000 г. вышло постановление кабинета министров Украины «О комплексных мерах по внедрению семейной медицины в системе здравоохранения» (№ 989 от 20 июня 2000 г.), которое ознаменовало переход на новую модель оказания ПМСП, основанную на принципах семейной медицины и общей врачебной практики. Основной целью было повышение качества услуг ПМСП, но вместе с тем это была также и стратегия сдерживания затрат, поскольку семейные врачи и врачи общей практики должны выполнять функцию контроля в вопросах доступа населения к услугам специализированной и стационарной помощи и тем самым расширять доступ к здравоохранению, уменьшив нагрузку на службу скорой помощи (см. раздел 6.3). В рамках реализации этой программы Минздравом были разработаны и утверждены соответствующие нормативы, обеспечивающие развитие данного направления реформы здравоохранения. В регионах начала формироваться инфраструктура первичного звена, основанная на принципах семейной медицины: были организованы клиники семейной медицины и общей врачебной практики (главным образом в сельской местности, в помещениях существующих сельских амбулаторий, сельских больниц и крупных ФАПов). Однако темпы проведения реформ первичного звена почти целиком зависели от позиции по этому вопросу местных и особенно региональных органов власти: там, где власти придерживались консервативных взглядов, службы семейной медицины и общей врачебной практики находятся в рудиментарном состоянии; в регионах же, где власти активно поддерживали курс реформ, обеспечивая для этого необходимый финансовый и административный ресурс, процесс создания клиник семейной медицины и общей врачебной практики шел очень быстро.

В начале 2009 г., по данным мониторинга развития семейной медицины, в Украине было 4228 учреждений, функционировавших на основе принципов семейной медицины (из них более 86% находились в сельской местности), а доля семейных врачей и врачей общей практики среди всех врачей, работающих в первичном звене, составляла около 30%. При этом услугами семейных врачей и врачей общей практики было охвачено 35,7% всего населения страны (78% сельского населения и 17% городского). Межрегиональные различия в уровнях охвата составляли от 77,8% в Закарпатской области до 6% в Киеве. Кроме того, в ря-

де случаев реформа первичного звена носила чисто формальный характер и заключалась просто в переименовании существующих учреждений, без изменения характера их деятельности. Это ограничивало возможное положительное влияние реформ на эффективность распределения ресурсов и состояние здоровья населения. Процесс реформ первичного звена сдерживало отсутствие четкой общегосударственной политики и системы экономических стимулов для развития этого сектора.

В разных регионах страны этот процесс происходит очень по-разному, но развитие стационарозамещающих технологий (дневных стационаров и стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии) в Украине так или иначе идет. После обретения независимости в 1991 г. число коек дневного пребывания возросло к 2007 г. с 0,2 до 1,5 на 1000 населения (см. раздел 6.4.1). Однако рост объемов стационарозамещающей медицинской помощи не оказал практического влияния на объем и структуру вторичного звена, поскольку в системе здравоохранения по-прежнему доминируют неэффективные административные методы координации и интеграции.

Более системный характер носили реформы, направленные на повышение качества медицинской помощи (см. раздел 8,5). С 1999 г., в соответствии с постановлением правительства, все учреждения здравоохранения независимо от форм собственности должны каждые три года проходить обязательную аккредитацию, а с 2001 г., в соответствии с законом «О лицензировании», обязательным стало также лицензирование клинической практики во всех видах медицинских учреждений. Однако системы стимулов, которая учитывала бы результаты процедур лицензирования и аккредитации (например, освобождение от лицензирования некоторых медицинских процедур или выбор поставщиков медицинских услуг в качестве получателей государственного финансирования по результатам оценки качества оказываемых ими услуг), не было. Кроме того, комиссии по лицензированию и аккредитации проводились только управлениями здравоохранения, и это не способствовало преобразованию этих механизмов в надлежащие инструменты внутренней оценки.

В конце 1990-х гг. начался процесс разработки клинических стандартов. Первые из них были выпущены в 1998 г. и назывались «Временные отраслевые унифицированные стандарты медицинских технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины». Они были представлены в виде перечня лечебно-диагностических процедур с указанием продолжительности и ожидаемых результатов лечения. Это послужило стимулом для развития в Украине системы стандартизации

и принятию в 2000 г. закона «О государственных социальных стандартах и государственных социальных гарантиях». До недавнего времени деятельность в сфере повышения качества медицинской помощи не носила систематического характера. Ситуация начала меняться в 2007 г., когда в Минздраве был создан отдельный департамент, ответственный за оценку качества услуг здравоохранения и лекарственных средств. В составе Украинского научно-исследовательского института стратегических исследований Минздрава был открыт Отдел научного сопровождения стандартизации и контроля качества медицинской помощи. В соответствии с приказом Минздрава № 166 от 31 марта 2008 г. была принята Концепция управления качеством медицинской помощи населению Украины на период до 2010 г. Эта концепция предусматривает создание в стране единой системы управления качеством медицинской помощи и внедрение ее на всех уровнях, введение принципов доказательной медицины и систематического мониторинга качества медицинской помощи. Одной из задач, предусмотренных концепцией, является внедрение в повседневную медицинскую практику единых методов и стандартов медицинской помощи и разработка клинических рекомендаций и протоколов на основе более надежных и современных научных данных. Кроме того, концепция содержит положения об оптимизации контроля за лицензированием, аккредитацией, сертификацией и экспертизой, а также о совершенствовании системы оценки удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Концепция предполагает создание вертикально интегрированной организационной структуры управления качеством медицинской помощи на всех уровнях, начиная с Минздрава и кончая отдельным медицинским учреждением. Координационные и консультативные функции были возложены на Координационные советы по вопросам управления и контроля качества в медицинских учреждениях, которые должны быть созданы на всех уровнях руководства здравоохранением, в составе представителей администрации, ведущих специалистов, ученых и представителей НПО. Ответственность за управление и контроль качества была возложена на Клинико-экспертные комиссии (КЭК), которые должны были работать на постоянной основе и в состав которых должны были входить внештатные специалисты из соответствующих органов управления здравоохранением, высококвалифицированные сотрудники медицинских учреждений, вузов, научно-исследовательских институтов, а также представители общественности. КЭК должны были представлять материалы по вопросам контроля качества на заседаниях координа-

ционных советов. Кроме того, КЭК вносили в аттестационные и аккредитационные комиссии предложения, касающиеся применения в отношении медицинских работников и учреждений здравоохранения санкций в случае выявления систематических и/или грубых нарушений, врачебных ошибок и других факторов, которые могли негативно повлиять на качество медицинской помощи. Вскоре, однако, этот приказ был отменен, а вместо него был издан другой (Приказ Минздрава № 163 от 24 февраля 2010 г.), поэтому оценить влияние предложенной модели контроля качества не удалось.

Очень важным для системы здравоохранения достижением, которое руководством до сих пор в полной мере так и не оценено и не принято, было введение при методологической поддержке со стороны ряда международных организаций в 2006 г. системы национальных счетов здравоохранения (НСЗ) – признанного международного инструмента, который позволяет получить полную информацию о финансовых потоках в системе здравоохранения как в государственном, так и в частном секторе (Гоцадзе Г. и др., 2006). Подробные сведения о национальных расходах являются более надежной основой для разработки политики и стратегии в области финансирования здравоохранения (см. раздел 3.3).

Значительные изменения произошли и в системе медицинского образования. С 2004 г., в соответствии с Болонской конвенцией, к которой Украина присоединилась в 2005 г., в системе высшего медицинского образования был произведен переход к европейским стандартам подготовки врачебных кадров (см. раздел 5.2.3). В полном объеме переход на новую систему планируется осуществить в 2010 г.

В целом, однако, следует отметить, что реформы здравоохранения в Украине проводились медленно, были непоследовательными, а процессы их реализации в ряде случаев носили противоречивый характер и в конечном итоге не оказали влияния на состояние здоровья населения. Политическая нестабильность в стране, частая смена правительств и, соответственно, руководства Министерства здравоохранения провоцировали перманентные ревизии курса реформ, что, в конечном счете, приводило к откладыванию принятия решений относительно институциональных изменений в здравоохранении. Примерами могут служить решения, касающиеся медицинского образования: на протяжении 12 лет (1994–2006 гг.) дважды принималось и дважды отменялось решение о переходе от профилированной по нескольким направлениям (лечебное дело, медико-профилактическое дело, педиатрия) преддипломной подготовки врачей к подготовке по программам врача общей практики.

Каждый раз принятие нового решения запускало 7–8-летний цикл подготовки врачей, а его отмена сопровождалась соответствующими издержками.

Наиболее серьезные препятствия на пути развития здравоохранения в Украине таковы:

- основное внимание уделяется не удовлетворению потребностей населения в медицинской помощи, а удовлетворению потребностей самой системы здравоохранения;
- недостаточный объем финансирования отрасли из государственных источников;
- нарушение принципов справедливости и солидарности;
- неэффективное использование ресурсов здравоохранения;
- дисбаланс в структуре видов медицинской помощи;
- неэффективное использование потенциала здравоохранения с точки зрения его влияния на состояние здоровья населения.

7.2 Перспективы развития

После «оранжевой революции» в феврале 2005 г. правительство утвердило программу под амбициозным названием «Навстречу людям». Заявленными целями этой программы в сфере здравоохранения было предоставление всем гражданам страны гарантированного перечня бесплатных медицинских услуг, введение социального медицинского страхования, укрепление первичного звена здравоохранения и содействие созданию института семейной медицины. Однако непрекращающиеся парламентские выборы 2006 и 2007 гг., в связи с которыми состав парламентской коалиции постоянно менялся, а состав парламента – нет (по крайней мере, формально), никаких значимых изменений не принесли. Впервые проект реформы, в котором предлагался ряд институциональных и структурных преобразований в здравоохранении, был утвержден только в 2007 г. – правда, указанные в нем сроки реализации реформ были совершенно нереалистичными. Это был «Национальный план развития системы здравоохранения на период до 2010 года». В качестве научной базы при разработке этого документа были использованы результаты работы, проделанной в рамках совместного проекта Министерства экономики, Министерства здравоохранения, Всемирного банка, Европейской комиссии и Шведского агентства по международному развитию (Ключевые стратегии дальней-

шего развития сектора здравоохранения в Украине) (Lekhan & Rudiу, 2007). В рамках Национального плана были сформулированы следующие восемь стратегических направлений развития системы здравоохранения:

1. Укрепление финансовой базы и обеспечение стабильного финансирования здравоохранения путем внедрения системы общеобязательного государственного медицинского страхования и устранения фрагментации финансовых потоков.
2. Повышение эффективности распределения и использования бюджетных ассигнований на здравоохранение путем внедрения государственного заказа в сфере медицинского обслуживания, установления договорных отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг и изменения принципов оплаты услуг поставщиков (переход от системы постатейного финансирования медицинских организаций к финансированию в соответствии с объемом и структурой оказываемых услуг).
3. Увязывание объема обязательств государства в области здравоохранения с его финансовыми возможностями путем разработки реалистичной программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.
4. Структурная реорганизация системы оказания медицинской помощи, на базе которой в первичном звене здравоохранения может быть реализована модель семейной медицины: организация эффективного взаимодействия между первичным и вторичными уровнями оказания медицинской помощи, оптимизация сети учреждений вторичной медицинской помощи в соответствии с потребностями населения и постепенная передача ведомственных учреждений здравоохранения под эгиду Минздрава.
5. Формирование эффективной системы контроля и управления качеством медицинской помощи, создание общегосударственной программы стандартизации и мониторинга качества медицинских услуг.
6. Обновление материально-технической базы учреждений здравоохранения.
7. Проведение рациональной лекарственной политики путем внедрения системы закупок основных лекарственных средств, государственного контроля цен на лекарства и изделия медицинского назначения и контроля качества лекарственных средств.
8. Совершенствование кадровой политики путем развития системы планирования потребностей в медицинских кадрах, обеспечение подго-

товки специалистов по семейной медицине и общей врачебной практике и менеджеров здравоохранения в соответствии с установленными приоритетами.

В настоящее время ведется активная работа по реализации нескольких аспектов этого Национального плана. Была принята государственная программа развития первичного звена здравоохранения (Закон № 1841-VI от 22 января 2010 г. «Об утверждении Общегосударственной программы развития первичной медико-санитарной помощи на основе принципов семейной медицины на период до 2011 года»), которая предусматривает решение следующих задач: развитие инфраструктуры первичного звена в городах и сельской местности с созданием сети медицинских учреждений, территориально приближенных к месту жительства граждан; четкое правовое и финансовое разграничение первичного, вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи; разделение функций поставщиков и покупателей в первичном звене; переход к организации первичной медико-санитарной помощи на основе принципов семейной медицины (общей врачебной практики); внедрение механизмов, позволяющих пациентам свободно выбирать себе врача первичного звена, и организация доступа к вторичной и третичной медицинской помощи по направлению от врача первичного звена (врачи общей практики и семейные врачи должны осуществлять контроль доступа пациентов к специализированной помощи); переход к системе подушевых нормативов в первичном звене и к оплате труда работников в соответствии с объемом и результатами их работы; содействие развитию института частных семейных врачей и врачей общей практики и их участию в выполнении государственных контрактов на услуги первичной медицинской помощи; участие граждан в процессе подготовки, принятия и мониторинга исполнения решений, касающихся работы первичного звена здравоохранения (см. раздел 6.3).

Была подготовлена единая методика разработки/адаптации клинических рекомендаций (основанная на международном инструменте оценки качества клинических рекомендаций AGREE – Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation), медицинских стандартов и унифицированных клинических протоколов (Совместный приказ Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук Украины № 102 и № 18 от 19 февраля 2009 г. «Об утверждении единой методики разработки клинических руководств, медицинских стандартов, унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, местных протоколов

медицинской помощи (клинических алгоритмов обследования и лечения) на основе принципов доказательной медицины (часть первая и вторая)). В целях организации и методологической координации процессов стандартизации в здравоохранении при Украинском институте стратегических исследований Минздрава был создан Общегосударственный центр разработки и мониторинга соблюдения медицинских стандартов. В этом центре производится формирование и подготовка рабочих групп, которые занимаются разработкой и принятием клинических руководств и, при необходимости, перерабатывают действующие клинические протоколы. Следующей задачей является обеспечение соблюдения этих клинических руководств, протоколов и стандартов поставщиками медицинских услуг. За 10 лет (с 1999 по 2008 г.) стандарты в форме клинических протоколов были разработаны практически для всех клинических специальностей, однако большинство из них составлены на основании экспертных заключений, без использования принципов доказательной медицины, а для их соблюдения не было создано надлежащей системы стимулирования.

В рамках проекта Евросоюза «Финансирование и управление в сфере здравоохранения в Украине» было проведено несколько экспериментов: содействие административной и финансовой самостоятельности медицинских учреждений, закупка услуг здравоохранения на договорной основе и использование новых механизмов оплаты услуг поставщиков (как правило, путем замены постатейных бюджетов глобальными бюджетами) (Рудий, 2005). Результаты этих экспериментов были использованы в законопроектах, обеспечивающих нормативно-правовую базу планируемых реформ, в том числе в новой редакции Основ законодательства о здравоохранении, а также в проекте закона «Об организации медицинской деятельности и учреждениях здравоохранения».

Мировой экономический кризис внес свои коррективы в планы реформ здравоохранения в Украине. Из-за роста цен на лекарства, продукты питания и энергоносители возросли расходы на содержание сети медицинских учреждений и увеличилась стоимость медицинского обслуживания. В связи с ростом цен обострилась и проблема повышения эффективности использования имеющихся ресурсов в целях сохранения доступа населения к квалифицированной медицинской помощи. Украинские эксперты в сотрудничестве с консультантами Всемирного банка разработали новую стратегию развития национальной системы здравоохранения в новых экономических условиях (Лехан, Слабкий и Шевченко, 2009). На базе этой стратегии правительством Украины был разработан комплекс широкомасштабных антикризисных мероприятий (Постановление кабинета

министров № 208 от 17 февраля 2010 г. «Некоторые вопросы усовершенствования системы здравоохранения»). В Минздраве составили перечень конкретных мероприятий, в который наряду с краткосрочными были включены также долгосрочные меры более стратегического характера, направленные на рационализацию сети медицинских учреждений и структурную реорганизацию системы здравоохранения. При этом главным приоритетом по-прежнему оставалось укрепление и развитие эффективной системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Наряду с реформой первичного звена было также предложено реорганизовать систему вторичной медицинской помощи. Главной идеей является внедрение новой территориально-функциональной единицы – госпитального округа, с перепрофилированием, исходя из потребностей населения, и соответствующим переоснащением находящихся на его территории стационарных учреждений в многопрофильную больницу для интенсивного лечения с консультативной поликлиникой (одна на округ), больницы для хронических больных, восстановительного лечения, хосписы, учреждения медико-социальной помощи.

Предполагалось, что такая реорганизация позволит более рационально распределить имеющиеся ресурсы для предоставления пациентам с различными потребностями квалифицированной медицинской помощи. Однако механизмы реализации этих реформ пока до конца не определены. Обсуждаются два различных варианта: 1) формирование на региональном уровне единого фонда для финансирования вторичной и третичной медицинской помощи в целях создания условий для оптимизации планирования сети медицинских учреждений; 2) создание на договорной основе межтерриториальных больничных объединений, действующих под эгидой нескольких органов местного самоуправления. В целях совершенствования системы оказания населению высокоспециализированной медицинской помощи, повышения качества клинической подготовки медицинских кадров и эффективности медицинских исследований планируется организация при больницах областного уровня университетских клиник (см. раздел 6.4). В соответствии с постановлением кабинета министров № 208 от 17 февраля 2010 г. в регионах начата реализация двух пилотных проектов по апробированию этих механизмов на практике. Целью проведения эксперимента является оценка возможных рисков и разработка комплекса мероприятий по их устранению. Это необходимо сделать перед тем, как приступить к развертыванию программы реформ на общенациональном уровне.

После президентских выборов 2010 г. и формирования новой парламентской коалиции и нового правительства основной курс на объявлен-

ные реформы в системе здравоохранения был сохранен и поддержан, при этом была также поставлена цель внедрить к концу 2014 г. систему обязательного медицинского страхования (ОМС) (Комітет економічних реформ, 2010). ОМС играет важную роль в предлагаемых реформах. Одни считают введение ОМС источником дополнительного финансирования, другие полагают, что это станет мощным экономическим катализатором реформ всей отрасли в целом, т. е. необходимой предпосылкой для перехода от административно-командной системы управления, основанной на модели Семашко, к системе, ориентированной на удовлетворение реальных потребностей населения в медицинской помощи. Углубление экономического кризиса в Украине (см. раздел 1.2) не останавливало многих политиков в их призывах к переходу на модель ОМС; наоборот, таких призывов становилось все больше. Например, в мае 2009 г., во время одного из заседаний парламента, было предложено рассмотреть соответствующий законопроект еще раз, в приоритетном порядке (Постановление Верховной рады Украины № 1461-VI от 4 июня 2009 г.). Но, как показывают последние события в Украине, окончательное решение по вопросу о введении системы обязательного медицинского страхования принять будет нелегко. После обретения независимости парламент возвращался к этому неоднократно – в 2003 г. соответствующий законопроект дошел уже до третьего чтения, но закон так и не был принят. Кроме того, представители политической элиты придерживаются совершенно разных взглядов на то, какая именно модель ОМС больше всего подойдет Украине.

Минздрав считает одним из важнейших условий успешной реализации реформ наличие надлежащим образом подготовленного административного персонала (см. раздел 5.2.3). В этой связи был разработан проект 18-месячной магистерской программы в области управления здравоохранением и соответствующие учебные материалы, отвечающие требованиям Международной федерации медицинского образования и Европейского регионального бюро ВОЗ, предъявляемым к программам послевузовского образования руководителей системы здравоохранения. Проект предусматривает введение переходного периода сроком на 5 лет, по истечении которого руководители и заместители руководителей учреждений здравоохранения смогут занять эти должности только при наличии у них диплома о соответствующем магистерском образовании. Однако это решение пока не обрело силу закона. Есть также планы по внедрению системы непрерывного профессионального образования врачей и провизоров.

В целом, несмотря на то что в последнее время цели и задачи исполнительных органов власти стали гораздо яснее, на пути реформ здраво-

охранения по-прежнему стоят серьезные и даже институциональные барьеры, в том числе конституционные гарантии бесплатного медицинского обслуживания в государственных медицинских учреждениях. Отсутствуют внутренние экономические стимулы для проведения радикальных преобразований в отрасли; у руководителей различных уровней нет навыков решения проблем в области здравоохранения; при перенесении международного опыта на местную почву не учитываются местные особенности. Кроме того, политика в области здравоохранения зачастую непоследовательна, что обусловлено слабым методологическим и политическим руководством из центра.

Управленческий персонал в здравоохранении также не обладает многими необходимыми навыками. Однако самыми главными препятствиями, стоящими на пути реформ, являются политическая нестабильность в стране, низкий уровень общественного доверия к правительству и деятельность многочисленных лоббистских групп, стремящихся либо к сохранению существующей системы, либо к проведению собственной программы реформ, соответствующей их корпоративным интересам. Некоторые частные страховые компании открыто противостоят социально ориентированным реформам именно потому, что сами хотят получить доступ к государственному финансированию здравоохранения и блокировать или, как минимум, ограничить деятельность некоммерческих государственных фондов социального медицинского страхования, действующих на трехсторонней основе. Фармацевтические компании, недовольные перспективой усиления контроля за использованием лекарственных средств, также прибегают к методам скрытого лоббирования.

Скрытое сопротивление реформам имеет место и в медицинских кругах. Большинство руководителей здравоохранения, которые на словах выступают за самостоятельность, боятся не справиться с новыми обязанностями – в особенности потому, что многие из них не обладают для этого соответствующей подготовкой. Органы управления здравоохранением не хотят выпускать из рук рычаги управления. Медицинское сообщество в целом заинтересовано в восстановлении своего профессионального престижа и в достойной оплате своего труда со стороны государства, но единого мнения о реформах здравоохранения в обществе нет. Многие врачи предпочли бы сохранить существующий общественный договор, который обеспечивает им большие неофициальные доходы. Меньшая, но очень активная часть врачебного сообщества, не верящая в возможность реальных перемен в ближайшем будущем, уходит из сектора здравоохранения или вообще уезжает из страны.

Существенный вклад в сдерживание процесса реформ вносят политические партии и другие общественные объединения. В ходе избирательных кампаний все они объявляют совершенствование системы здравоохранения одной из своих ключевых программных целей. Однако их взгляды на цели, а особенно на методы их достижения, значительно разнятся: от сохранения полностью бесплатного медицинского обслуживания, как предлагают партии левого крыла, до перехода к системе ДМС как к главному источнику финансирования здравоохранения и к приватизации всех медицинских учреждений (за это выступают партии правого толка). Центристы выступают за введение обязательного медицинского страхования наряду с комплексными реформами сектора здравоохранения. И поскольку ни одна из партий не имеет большинства в парламенте и они формируют лишь временные коалиции, то принимать сбалансированные законодательные решения по насущным проблемам здравоохранения очень трудно. Так как представителей в региональные и местные органы власти выбирают по партийным спискам, то принадлежность к различным политическим партиям оказывает влияние и на отношение депутатов к реформам здравоохранения. Поэтому сформировать консолидированный запрос снизу на необходимые реформы просто невозможно.

Хорошо известно, что для реализации реформ необходимы доверие общества и наличие политических сил, объединенных общими целями и принципами этих реформ. К сожалению, сейчас уровень общественного доверия и поддержки политических сил в парламенте очень низок, а к центральным и местным органам исполнительной власти – и того ниже. Поэтому, несмотря на общую неудовлетворенность нынешней ситуацией, вероятность того, что общество поддержит реформы здравоохранения, невелика. Для успешной реализации реформ здравоохранения необходимо создать условия, которые позволят преодолеть недоверие и усталость общества по поводу давно обещанных, но так и не осуществленных преобразований.

- Во всех ветвях и на всех уровнях власти здравоохранение должно быть объявлено одним из главных социально-экономических приоритетов, и это должно быть подкреплено соответствующей экономической политикой.
- Для реализации реформ необходима политическая воля.
- Необходима четкая, последовательная и прозрачная политика здравоохранения, к разработке и контролю за реализацией которой должны быть привлечены все заинтересованные стороны, и прежде всего – общественность и медицинское сообщество.

8 Оценка системы здравоохранения

8.1 Задачи системы здравоохранения

Заявленные цели программы реформ здравоохранения в независимой Украине впервые были сформулированы в Концепции развития здравоохранения, утвержденной Указом президента от 7 декабря 2000 г. Эти цели заключались в следующем:

- сохранение и укрепление здоровья населения, продление периода активного долголетия и продолжительности жизни людей;
- создание правовых, экономических и управленческих механизмов реализации конституционных прав граждан Украины на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование;
- обеспечение гарантированного уровня предоставления бесплатной квалифицированной медицинской помощи в установленном законодательством объеме;
- создание регулируемого рынка платных медицинских услуг, содействие деятельности учреждений здравоохранения всех форм собственности, создание условий для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах;
- эффективное использование имеющихся кадровых, финансовых и материальных ресурсов;
- солидарное участие государства, работодателей, территориальных общин и отдельных юридических и физических лиц в финансировании услуг по предоставлению гражданам медицинской помощи.

В 2002 г. парламент утвердил межотраслевую комплексную программу «Здоровье нации» на 2002–2011 гг., целями которой были улучшение демографической ситуации в стране, улучшение и укрепление здоровья нации, повышение качества и эффективности медицинской помощи и обеспечение социальной справедливости и прав граждан на охрану здо-

ровья. Кроме того, каждое новое правительство, приходя к власти, объявляло о своих целях в сфере охраны здоровья.

В рамках программы «Украинский прорыв: для людей, а не политиков» в постановлении кабинета министров № 14 от 16 января 2008 г. «оранжевым» правительством было заявлено, что «приоритетами в деятельности органов исполнительной власти на всех уровнях должны стать обеспечение высококачественной и доступной медицинской помощи с ориентацией системы здравоохранения на предупреждение заболеваний, создание безопасной и благоприятной для здоровья среды жизнедеятельности человека (условий труда, проживания, обучения, отдыха, питания), обеспечение здорового образа жизни населения и улучшение демографической ситуации».

Для достижения этих целей правительство взяло на себя ряд амбициозных обязательств, в том числе:

- надлежащее финансирование отрасли с определением механизма социальной защиты медицинских работников;
- создание нормативно-правовой базы для внедрения обязательного государственного медицинского страхования с обеспечением гарантированных государством бесплатных медицинских услуг надлежащего качества;
- поощрение граждан к добровольному медицинскому страхованию;
- структурная реорганизация системы здравоохранения с развитием первичной медико-санитарной помощи на основе принципов семейной медицины (общей врачебной практики) и создание условий для обеспечения в течение пяти лет обслуживания каждой семьи семейным врачом;
- развитие сельского здравоохранения путем внедрения программы «Сельский врач», которая будет предусматривать создание или возобновление деятельности сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов и их оснащение медицинской техникой;
- повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, переход к распределению средств по принципу оплаты за предоставленные услуги, а не по затратному принципу финансирования медицинских учреждений, внедрение договорных отношений между заказчиком услуг (государством) и их поставщиками (учреждениями здравоохранения различных форм собственности);
- создание действенного механизма государственного контроля качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения в

соответствии с Программой борьбы с распространением фальсифицированных лекарственных средств на 2009–2012 гг.;

- разработка Концепции управления качеством медицинской помощи населению на 2008–2012 гг.

8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения

Одной из главных задач украинского здравоохранения является привлечение адекватных источников финансирования, в форме, гарантирующей справедливость доступа к основным медицинским услугам. В соответствии с действующими правилами, финансирование здравоохранения должно удовлетворять принципам как вертикальной, так и горизонтальной справедливости; в целом, однако, система финансирования здравоохранения в Украине носит регрессивный характер. Главным источником финансирования являются бюджеты, формируемые за счет прямых и косвенных налогов, и в этом смысле систему финансирования здравоохранения можно, в принципе, считать прогрессивной (Mossialos & Dixon, 2002). Однако прогрессивный характер финансирования из бюджетных источников нивелируется значительным объемом теневого сектора экономики, который составляет до 26% ВВП (см. раздел 3.3.1), особенно в связи с сокрытием высокооплачиваемыми гражданами своих доходов от налогообложения. Кроме того, структура распределения бюджетных ассигнований по типам поставщиков медицинских услуг усиливает вертикальное неравенство в распределении государственных расходов. Как показало исследование Всемирного банка, 70% общих государственных расходов на здравоохранение идет на финансирование больничного сектора, специализированных и санаторно-курортных учреждений, хотя беднейшая часть населения пользуется услугами таких учреждений значительно меньше, чем состоятельные граждане (World Bank, 2008).

Еще больше усугубляют проблему вертикального неравенства прямые платежи населения за медицинские услуги. Несмотря на то что оценки частных расходов на здравоохранение из разных источников и с использованием различных методов расчета сильно разнятся между собой, даже самые осторожные оценки позволяют предположить, что на долю личных расходов граждан на медицинскую помощь приходится свыше 40% общих расходов на здравоохранение (см. раздел 3.1), или до 3% ВВП (World Bank, 2008). Пациенты оплачивают за собственный счет

значительную часть услуг. Большинство населения полностью оплачивает лекарства для амбулаторного и стационарного лечения. И бедные, и богатые платят за лечение и лекарства. Идет хаотичный и неконтролируемый рост личных расходов граждан на медицинскую помощь, а правительство не предпринимает никаких попыток смягчить негативные последствия этого процесса для населения (см. раздел 3.2). В целом, по оценкам Всемирного банка, платежи населения за услуги здравоохранения в Украине носят характер более регрессивный, чем во всех остальных странах Европейского региона ВОЗ и странах – членах ОЭСР, причем многих жителей Украины расходы на оплату медицинских услуг могут толкнуть на грань нищеты (World Bank, 2008).

Все это приводит к существенному неравенству в доступе населения к медицинской помощи. Несмотря на экономический рост, который наблюдался в стране до мирового финансового кризиса, в 2009 г. почти 20,5% домохозяйств не могли себе позволить получить необходимую медицинскую помощь (см. раздел 3.3.2). Для беднейших слоев населения и для сельских жителей, большинство из которых являются малообеспеченными, самым главным препятствием для использования услуг здравоохранения является повсеместно распространенная практика неформальных платежей. Из-за невозможности оплатить медицинские услуги малообеспеченные граждане как в городах, так и в сельской местности чаще всего просто не обращаются за медицинской помощью или откладывают это на потом; кроме того, пациенты из малообеспеченных групп чаще отказываются от лечения, поскольку не могут оплатить лекарства и услуги врачей (см. табл. 8.1). К социально незащищенным группам населения относится большое число пожилых людей, для которых основным источником существования являются государственные пенсии по старости, а также малообразованные граждане, поскольку им трудно найти хорошо оплачиваемую работу. Еще одним показателем неравенства населения в доступе к медицинской помощи является то, что в регионах с разным уровнем экономического развития этот доступ неодинаков. Как показывают исследования, в беднейших регионах Западной Украины финансовая доступность медицинских услуг ниже, чем в более благополучных регионах на востоке и в центральной части страны (Lekhan & Shishkin, 2007). Высокий уровень личных расходов граждан на медицинскую помощь также приводит к существенным различиям в качестве предлагаемых услуг.

Таблица 8.1

Частота откладывания обращений, своевременного потребления и отказа от получения медицинской помощи, 2006 г.

	Уровень месячного дохода домохозяйства		Место жительства	
	Низкий	Высокий	В сельской местности	В городах
Частота случаев откладывания обращений за медицинской помощью из-за невозможности оплатить эти услуги, %	16,8	6,7	17,3	8,9
Частота использования услуг здравоохранения, %	68,2	84,7	70,3	81,4
Частота случаев отказа от медицинской помощи, %	19,6	10,0	–	–

Источники: Киевский международный институт социологических исследований, неопубликованные данные, 2006; Государственный комитет статистики Украины, 2007.

Есть основания полагать, что масштабы социальной несправедливости достигают критического уровня. По данным Госкомстата Украины, в первом квартале 2009 г., вследствие девальвации гривны, цены на импортные лекарственные препараты возросли на 43% по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. Неизбежным следствием этого стало уменьшение объемов закупок лекарств государственными учреждениями здравоохранения. Повышение цен на лекарства на фоне падения реальных доходов населения привело к тому, что у людей стало меньше возможностей для приобретения жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и оплаты услуг здравоохранения – как формально, так и неформально, – в результате чего доступ к медицинской помощи сократился, особенно среди беднейших и социально незащищенных групп населения (Sheiman & Shishkin, 2009).

Неравенство, связанное с личной оплатой пациентами медицинских услуг, может также иметь и горизонтальный (региональный) характер, поскольку люди с одинаковым уровнем дохода, проживающие в более благополучных регионах, платят за медицинские услуги больше, чем те, кто живет в бедных регионах. Точно так же обстоят дела и с неформальными платежами медицинским работникам: в сельской местности и в небольших городах они ниже, чем в крупных. Принцип горизонтальной справедливости в бюджетном финансировании здравоохранения также нарушается в связи с наличием ведомственной медицины. Зачастую – особенно это касается экстренных ситуаций – пациенты, пользующиеся услугами ведомственных учреждений, обращаются в обычные медучреждения по месту жительства, тем самым получая часть ресурсов, вы-

деляемых на финансирование медицинского обслуживания других пациентов, проживающих на этой же территории и не имеющих доступа к параллельным системам здравоохранения (см. раздел 3.4).

Действующая система бюджетного финансирования предусматривает возможность перераспределения финансовых ресурсов. В связи с проводимой после обретения независимости политикой децентрализации (см. раздел 2.4) была введена система межбюджетных трансфертов, но используемые подходы не обеспечивали действенных механизмов выравнивания условий финансирования здравоохранения в различных регионах страны, поскольку при определении объемов финансирования учреждений здравоохранения за основу брались данные прошлых лет, без учета различий в половозрастной структуре и уровнях заболеваемости населения соответствующих территорий. Отношение минимального и максимального уровня финансирования здравоохранения из территориальных бюджетов составляла 2,1 раза. После реформирования бюджетной системы в 2001 г. механизм межбюджетных трансфертов также был преобразован: размеры трансфертов вычислялись на основании единого норматива бюджетной обеспеченности в расчете на одного жителя, с поправкой на соответствующие коэффициенты для бюджетов различных уровней и территорий (см. раздел 3.4). Это позволило существенно (до 1,6 раза) уменьшить неравенство между жителями различных регионов Украины. Однако в формуле, на основании которой производился расчет трансфертов и связанный с этим уровень выравнивания, учитывался не только такой параметр, как половозрастная структура населения, но также и многочисленные поправочные коэффициенты, касающиеся объема выделяемых ресурсов. Например, некоторые коэффициенты увязывали объем выделяемого финансирования с численностью и структурой медицинского персонала, работающего в сети медицинских учреждений, поэтому те недостатки, которые были присущи бюджетированию на основании данных прошлых лет, преодолеть не удалось (World Bank, 2008). Это также стало одним из определяющих факторов сохранения значительного регионального неравенства в области финансирования здравоохранения в связи с существующими различиями в обеспечении регионов финансовыми ресурсами.

Одной из наиболее насущных проблем, которую должен решить Минздрав, является сокращение масштабов неравенства, особенно в условиях мирового финансового кризиса, с которым связано общее сокращение объемов финансирования здравоохранения. С этой целью Минздрав рассматривает возможность объединения выделяемых на

здравоохранение бюджетных ресурсов сел, районов и городов путем создания единого фонда финансирования всех услуг первичной медико-санитарной помощи на соответствующих территориях. Есть и более радикальные варианты: предлагается, например, объединять ресурсы для финансирования стационарной помощи на региональном (областном) уровне, что позволило бы не только оптимизировать сеть стационарных учреждений путем сокращения избыточных мощностей больничного сектора и создания межрайонных центров специализированной медицинской помощи, но и решить проблему дублирования функций государственных медицинских учреждений вторичного и третичного уровней (Sheiman & Shishkin, 2009).

8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения

В советской системе Семашко финансирование учреждений здравоохранения производилось исходя из объемов их коечного фонда и численности персонала, без учета реальных потребностей населения в медицинской помощи; объем и качество работы роли не играли. Такой подход создавал стимулы для экстенсивного развития и сохранения избыточной и неэффективной инфраструктуры здравоохранения, что приводило к необоснованному росту амбулаторных назначений, ненужным госпитализациям, увеличению продолжительности пребывания в стационаре и т. д. Крупнейшие медицинские учреждения были сконцентрированы в городах, куда шла и большая часть ресурсов здравоохранения. В Украине был сохранен советский подход к распределению ресурсов между медицинскими учреждениями в соответствии с их размерами (см. разделы 4.2 и 3.6.1). Формально бюджет медицинского учреждения составляется на основании нормативов Минздрава, определяющих штатное расписание и другие необходимые ресурсы (например, число врачей), объем которых зависит от размера коечного фонда и числа посещений медицинского учреждения, но не зависит от реальных потребностей населения в медицинских услугах. Императивный характер этих нормативов (невыполнение их может повлечь жесткие санкции) не способствует гибкости распределения ресурсов в отрасли. Это приводит к высоким расходам, в особенности на заработную плату, коммунальные услуги и т. д., и ограничивает возможность осуществления капитальных вложений, направленных на повышение качества и эффективности об-

служивания пациентов. Усугубляет эту проблему то, что законодательством запрещено закрывать государственные и муниципальные медицинские учреждения, а местным властям приходится сталкиваться с большими трудностями, если они намереваются сократить численность медицинского персонала.

Наряду с этим, в связи с экономическим кризисом 1990-х гг., в системе здравоохранения Украины был произведен ряд структурных преобразований. Острая нехватка государственного финансирования здравоохранения стала главной причиной реформ в наиболее затратном ее секторе – больничном. Постановлением кабинета министров № 640 от 28 июня 1997 г. «О введении предельных территориальных нормативов объема стационарной медицинской помощи» норматив обеспеченности населения больничными койками был установлен на уровне 8 коек на 1000 населения, что потребовало от региональных органов управления здравоохранением привести коечный фонд муниципальных и государственных учреждений здравоохранения на подведомственных территориях в соответствие с указанным показателем. В результате в период с 1996 по 1998 г. путем административных мер в учреждениях системы Минздрава было сокращено более 150 тыс. коек; коечного фонда ведомственных учреждений здравоохранения этот норматив не включал. При этом прежним остался подход и к распределению бюджетных ресурсов (на основании размеров коечного фонда учреждения), и к определению штатной численности персонала медицинских учреждений (в соответствии с нормативами, базирующимися на количестве коек). Эти меры вызывали упорное сопротивление и со стороны руководства, и со стороны многих медицинских работников, потому что для руководства они означали сокращение объемов финансирования, а для медицинских работников – возможную потерю работы. Сокращение числа больничных коек было достигнуто в основном за счет сокращения мощности больниц (см. раздел 5.1). В результате основная экономия от сокращения числа больничных коек была незначительной, поскольку структура финансирования не зависела от объемов оказываемых услуг.

Более радикальным способом сокращения числа больничных коек было закрытие стационарных учреждений, но в основном это коснулось только мелких сельских больниц, которые, как правило, были реорганизованы в сельские врачебные амбулатории. Иногда такие больницы закрывали не столько из соображений экономической целесообразности, сколько потому, что против этого практически никто не возражал. Помимо экономических факторов, на сокращение числа больничных ко-

ек очень повлияло также сокращение численности обслуживаемого населения. В общей сложности с 1991 г. число больничных коек сократилось почти на треть (на 30,4%), а число стационарных учреждений – на 27,8%. При этом сеть небольших сельских больниц сократилась на 60%, число специализированных больниц в городах сократилось в меньшей степени (на 20%), а число учреждений высокоспециализированной помощи почти не изменилось. Поэтому общее число больничных коек осталось высоким (см. раздел 5.1.1). Довольно высокий уровень использования коечного фонда больниц, притом что доступность стационарной помощи в стране низкая (для значительной части населения услуги стационарной помощи чрезвычайно дороги), является убедительным доказательством неэффективности финансирования сектора стационарной помощи по числу койко-дней пребывания в стационаре. При такой системе финансирования больницам выгодно сохранять имеющийся коечный фонд и заполнять койки вне зависимости от того, нуждаются ли пациенты в стационарном лечении. В результате львиная доля общих расходов на здравоохранение по-прежнему идет на финансирование больничного сектора, а расходы на амбулаторную и особенно на первичную медико-санитарную помощь недопустимо малы.

Чрезвычайно неравномерно распределены по территории страны кадровые ресурсы здравоохранения. Наиболее острый дефицит кадров наблюдается в сельской местности и в первичном звене. Меры, принятые Минздравом – направление новых выпускников медицинских вузов на работу в районы, где не хватает специалистов, а также введение некоторых льгот для работников здравоохранения, работающих в сельской местности, – желаемых результатов не принесли (см. раздел 5.2).

Для повышения эффективности распределения ресурсов Украине необходимо решить ряд задач, перечисленных в Национальном плане развития системы здравоохранения на период до 2010 г., включая финансовое и организационное разграничение первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи, проведение структурной реорганизации системы здравоохранения, в первую очередь – развитие первичной медико-санитарной помощи на основе модели семейной медицины и общей врачебной практики, пропорциональное распределение и укрепление больниц краткосрочного лечения, переход от действующей системы распределения ресурсов к системе, основанной на договорных отношениях между покупателями и поставщиками медицинских услуг, и внедрение новых современных форм оплаты услуг поставщиков.

8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения

Оценить экономическую эффективность системы здравоохранения не представляется возможным, поскольку такого рода исследования на Украине не проводились. Однако есть некоторые косвенные показатели, свидетельствующие об экономической неэффективности отрасли. На фоне сокращения числа больничных коек задача повышения эффективности использования ресурсов была вытеснена на второй план. Стационары, стремясь сохранить свой коечный фонд и получить дополнительное финансирование по теневым каналам от населения, наращивают объемы услуг, ослабляя требования к обоснованности госпитализации. Развитие системы дневных стационаров и стационаров на дому не признано адекватной заменой стационарного лечения.

Как уже говорилось в разделе 6.4, из всех госпитализированных пациентов примерно треть не нуждаются в госпитализации. Почти 13% пациентов получают специализированную амбулаторную помощь, а 20% пациентов получают лечение с использованием технологий, не требующих госпитализации. В среднем общий объем всех расходов на оплату медицинских услуг в расчете на одного пациента (не только тех, которые покрываются за счет средств бюджета) в амбулаторных условиях будет примерно в четыре раза меньше, а в дневном стационаре – в два раза меньше, чем стоимость стационарного лечения. Эти цифры являются свидетельством экономической неэффективности существующей системы здравоохранения и наводят на мысль о том, что, оптимизировав всего одну составляющую медицинского обслуживания, а именно место оказания медицинской помощи, можно существенно расширить возможности финансирования отрасли.

8.5 Качество медицинской помощи

Отдельного раздела законодательства, который бы регулировал вопросы качества медицинской помощи, в Украине нет. Однако после обретения независимости была создана нормативная база и предприняты определенные меры по повышению качества медицинского обслуживания населения (см. раздел 4.1.4). В середине 1990-х гг. была создана система гарантий качества медицинской помощи: в дополнение к уже имеющейся в системе Семашко аттестации медицинских работников были введе-

ны лицензирование медицинской деятельности (поначалу только в частных структурах, а с 2001 г. – во всех медицинских учреждениях независимо от форм собственности) и аккредитация учреждений здравоохранения (с 1997 г.). Однако в отношении всех остальных очевидных стимулов, особенно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, эти механизмы носят скорее формальный характер и практически не влияют на уровень безопасности и качества медицинского обслуживания. В 2008 г. по результатам проверки соблюдения условий лицензирования в частных медицинских учреждениях было отозвано 48 лицензий, т. е. лицензий лишились 15% частных поставщиков, при этом ни одно из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения такой проверки не проходило и ни одно из них лицензий лишено не было (Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень, 2009). Здания, сооружения и оборудование медицинских учреждений устарели и физически, и морально, а процесс их ремонта и модернизации идет чрезвычайно медленно (см. раздел 5.1).

С конца 1990-х гг. в Украине стала быстро развиваться система стандартизации в здравоохранении. Были разработаны тысячи клинических протоколов по различным медицинским специальностям. Однако уровень этих стандартов остается низким, а их соблюдение контролируется лишь эпизодически – обычно это происходит в связи с жалобами пациентов на качество медицинского обслуживания либо с судебными исками и другими конфликтными ситуациями. У медицинских работников отсутствует реальная заинтересованность в повышении качества своей работы, а клинические стандарты чаще всего принимаются в связи с низким уровнем оплаты труда персонала и негибкостью этой системы (см. раздел 3.6.2).

Была введена система контроля качества лекарственных средств, включающая оценку качества их производства, регулирование допуска на рынок, мониторинг побочных реакций и т. п. (см. раздел 5.1.5). В рамках системы мониторинга побочных реакций, вести который поручено Государственному фармакологическому центру Минздрава, анализируются эпизодические сообщения о возникновении побочных реакций на лекарства и проводятся фармако-эпидемиологические исследования. Количество уведомлений о побочных реакциях за период с 1996 по 1999 г. возросло в 25 раз, и это говорит о том, что система работает. На основании полученных уведомлений Государственный фармакологический центр запретил или ограничил использование 18 фармакологических групп и отдельных препаратов.

В 2009 г. Минздрав ввел новую систему контроля качества и управления в здравоохранении и приступил к ее воплощению в жизнь. Однако стимулов к повышению качества медицинского обслуживания и удовлетворенности пациентов по-прежнему мало (см. главу 7). В целом, независимо от многочисленных мероприятий по повышению качества, систему здравоохранения Украины едва ли можно назвать ориентированной на потребности населения и ответственной за результаты своих действий перед потребителями своих услуг. Пациенты как конечные потребители практически не участвуют в управлении системой здравоохранения.

8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения

Никаких официальных оценок вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения Украины пока не проводилось, но имеющиеся данные свидетельствуют о том, что, несмотря на увеличение расходов на здравоохранение в 2000–2008 гг. (см. раздел 3.1), основные показатели состояния здоровья населения, за исключением материнской и младенческой смертности, практически не изменились (см. раздел 1.4).

Исследование показателей предотвратимой смертности в Украине в период с 1989 по 2006 г. показывает, что начиная с 1989 г. предотвратимая смертность росла, достигнув пика в 1995 г., составив 52,6% среди мужчин и 29,6% среди женщин. Ближе к 2006 г. показатели предотвратимой смертности стали падать, но все равно, по сравнению с 1986 г., были на 36% выше среди мужчин и на 20% выше среди женщин. Снижение показателей предотвратимой смертности в период с 1995 по 2006 г. главным образом было обусловлено масштабными профилактическими мероприятиями, которые проводились вне сектора здравоохранения (Группа I). Показатели смертности, на предотвращение которой в большей степени влияют система здравоохранения (раннее выявление и лечение заболеваний – Группа II) и действенные медицинские вмешательства (Группа III), среди мужчин и женщин почти не изменились (см. табл. 8.2) (Либанова и др., 2008).

Несмотря на увеличение объемов финансирования отрасли, показатели предотвратимой смертности не улучшаются – иными словами, число случаев смерти, которые можно было бы предотвратить, если бы

Таблица 8.2**Предотвратимая смертность населения Украины в возрасте 25–64 лет в 1989, 1995 и 2006 гг. (на 100 000 населения)**

Причины смерти	Мужчины			Женщины		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
Группа I	479,0	720,4	624,0	134,6	188,2	167,4
Группа II	3,0	3,5	3,4	46,2	51,6	51,7
Группа III	118,9	192,9	192,5	42,0	48,9	49,1
Всего	600,8	916,9	819,8	222,8	288,7	268,2

Источник: Либанова и др., 2008.

люди своевременно получили доступ к квалифицированной медицинской помощи, не уменьшается, а это говорит о том, что система здравоохранения практически не оказывает влияния на состояние здоровья населения страны. Можно предположить, что улучшение доступа к эффективной медицинской помощи, а главное, рациональное и справедливое распределение ресурсов и грамотная политика в области охраны здоровья могли бы обеспечить реальное улучшение состояния здоровья жителей Украины.

9 Заключение

В украинской системе здравоохранения сохранены основные особенности советской модели Семашко: главным источником финансирования отрасли являются бюджеты, объем финансирования учреждений здравоохранения зависит от их мощности, финансирование медицинских учреждений производится за счет средств бюджета. На фоне всех остальных изменений, которые произошли в условиях рыночной экономики, здравоохранение Украины является системой с почти централизованным планированием. Переход от централизованного финансирования к крайней форме его децентрализации является сейчас главным отличием украинского здравоохранения от классической советской модели.

Независимо от реформы межбюджетных отношений, которая произошла в 2001 г., четырехуровневая модель финансирования здравоохранения и наличие параллельных медицинских служб с отдельным финансированием влекут фрагментацию финансовых и других ресурсов, не обеспечивают их эффективного объединения и приводят к дублированию многих услуг и нерациональному расходованию средств. Действующая система финансирования не только способствует сохранению неэффективных методов распределения ресурсов и ненадлежащей организации маршрута пациентов в системе здравоохранения, но также не в состоянии помочь людям получить доступ к основным медицинским услугам. Финансирование учреждений здравоохранения по статьям бюджетной сметы и сохранение государственной собственности на медицинские учреждения воспроизводят существующую модель расходов и повышают потребность в увеличении объемов бюджетного финансирования, что опять же не приводит к повышению эффективности функционирования отрасли. В результате финансирование здравоохранения в Украине не обеспечивает действенной защиты населения от риска катастрофических расходов на медицинскую помощь за счет выравнивания различных социальных и региональных групп. Усугубля-

ет эту ситуацию практически неограниченная и почти нерегулируемая система оплаты медицинских услуг за счет пациентов, которая действует в государственных учреждениях здравоохранения и создает неравенство в доступе к медицинской помощи для различных групп населения. Государственные гарантии бесплатного медицинского обслуживания граждан страны носят декларативный характер и не подкреплены надлежащим финансовым обеспечением.

У медицинских учреждений и у работников здравоохранения отсутствует заинтересованность в повышении качества медицинской помощи, более рациональном использовании средств и принятии на себя ответственности за состояние здоровья населения. У медицинских работников, получающих почасовую оплату без учета фактических результатов труда, отсутствуют стимулы для того, чтобы стремиться к более рациональному использованию ресурсов, к наилучшим возможным результатам мероприятий по охране здоровья населения на единицу расходуемых средств, к тому, чтобы строить свою профессиональную деятельность на основе принципов доказательной медицины, и к поискам оптимального соотношения цены и качества. То же касается и руководителей учреждений здравоохранения, которые также не заинтересованы ни в каких внутренних структурных преобразованиях во вверенных им организациях, так как в рамках существующей модели управления и финансирования такие преобразования – например, сокращение коечного фонда или численности персонала – повлекут и сокращение выделяемых учреждению бюджетных ассигнований. Поскольку конкуренция между поставщиками медицинских услуг практически отсутствует, у руководства также отсутствует заинтересованность в организации действенной системы контроля качества и в поиске путей сокращения стоимости услуг здравоохранения. Результаты деятельности системы здравоохранения не настолько хороши, насколько могли бы быть, принимая во внимание тот объем ресурсов, которые находятся в распоряжении отрасли. В целом население Украины не удовлетворено системой здравоохранения страны, и необходимость реформ признают практически все.

После обретения независимости в секторе здравоохранения было инициировано и зачастую даже реализовано много новшеств, но большинство преобразований было ориентировано не на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, а на решение проблем самой отрасли. В целях привлечения дополнительных источников финансирования некоторые услуги здравоохранения стали платными;

были разрешены благотворительные взносы и пожертвования; начали развиваться больничные кассы и ДМС. Для того чтобы снизить государственные расходы в условиях жесточайшего дефицита финансовых средств, было принято решение о сокращении коечного фонда больниц, который в результате уменьшился более чем на треть. Одновременно с этим была создана соответствующая нормативно-правовая база и приняты меры по реализации реформы организационной структуры сектора здравоохранения, в том числе реорганизация системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению с переходом от преимущественно стационарных форм к семейной медицине и внедрению института врачей общей практики. Были также приняты некоторые меры по введению специальных гарантий качества медицинских услуг (лицензирование медицинской деятельности, аккредитация медицинских учреждений, стандартизация клинической практики).

Однако происшедшие в украинском здравоохранении перемены едва ли можно назвать реформами, поскольку они проводились чрезвычайно медленно, непоследовательно, и в ряде случаев одни процессы входили в противоречие с другими. Главным образом это было обусловлено следующими факторами:

- отсутствие четко определенных целей реформ – как в количественном, так и в качественном отношении;
- отсутствие четкой стратегии преобразований, постоянные пересмотры принятых решений и низкие темпы реализации реформ;
- отсутствие четкой стратегии выполнения принятых решений и игнорирование научно обоснованного опыта и оценок, касающихся подходов, форм и методов реализации реформ;
- влияние различных лоббистских групп на принятие решений.

Проанализировав причины провала реформ здравоохранения, правительство пришло к выводу, что для обеспечения равного и справедливого доступа населения к медицинской помощи, достижения большей эффективности в системе здравоохранения и повышения влияния ее деятельности на состояние здоровья населения необходимы реформы тех организаций, которые выполняли функции финансирования отрасли, т. е. следует заменить всю советскую модель Семашко на такую модель, которая соответствовала бы новым социально-экономическим условиям. В 2007 г., когда был утвержден Национальный план развития здравоохранения, правительство попыталось провести системные ре-

формы и перейти к модели здравоохранения, которая была бы ориентирована на удовлетворение потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. Однако политическая нестабильность в стране из-за смен правительства и непрекращающегося парламентского кризиса препятствовала принятию законодательных актов, необходимых для осуществления предлагаемой реформы здравоохранения. Попытки пересмотреть выбранный курс развития отрасли возобновились с новой силой. Стратегические направления Национального плана развития здравоохранения достаточно последовательно, хотя и очень медленно, реализуются – по крайней мере, в той части, которая связана с созданием системы контроля и управления качеством медицинской помощи. Были разработаны и утверждены стандартизированная методика разработки клинических рекомендаций и протоколов, основанных на принципах доказательной медицины, и программа стандартизации медицинских услуг, а также процессы контроля и управления качеством медицинских услуг; теперь все это предстоит воплотить в жизнь.

Мировой финансовый кризис и связанное с этим сокращение объемов финансирования здравоохранения снова вывели вопрос реформирования системы здравоохранения Украины на передний план. Минздрав подготовил, а парламент утвердил постановление об улучшении медицинского обслуживания населения в условиях кризиса. Цель заключалась в том, чтобы максимально смягчить последствия сокращения доступа к медицинской помощи в условиях кризиса, в первую очередь для беднейших слоев населения, и создание условий для повышения эффективности системы здравоохранения с учетом жестких бюджетных ограничений. Ведущая роль в этом приказе отведена мерам по повышению структурной эффективности здравоохранения, в частности скорейшему проведению реформ первичной и вторичной медицинской помощи. Однако на пути реформ по-прежнему стоят серьезные институциональные барьеры, потому что большинство заинтересованных сторон выступает не за реформы, а за сохранение существующего положения. Реформа требует продуманного выбора необходимых нововведений и твердой политической воли к осуществлению преобразований. Большие надежды в этой связи возлагают на программу экономических реформ на период 2010–2014 гг., объявленную в июне 2010 г., которая обещает конкретные реформы финансирования здравоохранения; удастся ли их реализовать на этот раз, покажет время (Комітет економічних реформ, 2010).

10 Приложения

10.1 Библиографія

- Ангелов А. В. (2007). Общественные советы в здравоохранении Украины – правовые аспекты и первый опыт. В кн.: В. В. Глуховского и др. *Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи*. Киев: Дизайн в полиграфия. 74–81.
- Åslund A (2005). The economic policy of Ukraine after the Orange Revolution. *Eurasian Geography and Economics*, 46(5):327–353.
- Барбова А. та ін.. (2006). *Аналіз виконання національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2001–2005 рр.* [Анализ выполнения национальной программы борьбы с туберкулезом на 2001–2005 гг.] Київ, Видавництво Раєвського: 56 с.
- Барміна Г. (2008). Проблеми розвитку паліативної допомоги в Україні. Пропозиції щодо їх подолання. [Проблемы развития паллиативной помощи в Украине. Предложения по их преодолению]. *«Еженедельник «Аптека»* 11(632) (<http://www.apteka.ua/article/6348>, по состоянию на 14 апреля 2010 г.)
- Берник Н. (2008). Кадрове забезпечення галузі [Кадровое обеспечение отрасли]. *Ваше здоров'я* 23 (950).
- Блинов А. (2008). Сценарный прогноз развития экономики Украины в 2009 г. *Бизнес гид* (Киев) (<http://biznesgid.com.ua/articles/19.11.08/145.html>, по состоянию на 25 января 2011 г.).
- Бондаренко В. В. и др.. (2003). Больничные кассы Кировоградщины, *Главный врач*, 7: 40–42.
- Черенко Л. М. и др. (2006). *Рівень життя населення України / НАН України*. [Уровень жизни населения Украины]. Институт демографії та соціальних досліджень, Державний комітет статистики України. Київ, Видавництво Консультант: 428 с.
- currency.in.ua (2010). *Індекс інфляції (Україна)* (<http://currency.in.ua/index/infl/>, по состоянию на 29 апреля 2010 г.).
- Комітет економічних реформ (2010). *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. [Зажиточное общество, конкурентоспособная экономика, эффективное государство]*, 2 июня. Київ, Комітет економічних реформ при Президенті України
- Флісак Я. А., Шах Г.А. (2008). *Про результати аудиту використаних коштів державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я на виконання заходів з імунопрофілактики населення* [О результатах аудита использованных средств государствен-

- венного бюджета, выделенных Министерству здравоохранения на выполнение мероприятий по иммунопрофилактике населения]. Київ (Бюлетень Рахункової палати України): 40 с.
- Ганущак Ю. (2006). Місцеві податки – плата за право голосу [Местные налоги – плата за право голоса]. *Дзеркало тижня* (Київ), 18 (957). (<http://www.zn.ua/2000/2040/53336>, по состоянию на 12 апреля 2010 г.).
- Глуховский В. В. (2007). Готовность украинского общества участвовать в принятии решений и управлении здравоохранением: материалы социологического исследования. Исследование проведено Центром изучения общественного мнения «Наваль Эксперт» (Николаев) и Медико-технологическим центром Врачебной ассоциации (Николаев). В кн.: Глуховский В. В. и др. *Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи*. Киев, Дизайн и полиграфия: 8–46.
- Головаха Е., Горбачик А., Панина Н. (2006). *Украина и Европа: результаты международного сравнительного социологического исследования*. Киев, Институт социологии Национальной академии наук Украины.
- Гордиенко С. (2003). Лекарственный реванш. *Еженедельник 2000* (Киев), 52(202) (<http://2000.net.ua/2000/derzhava/3220>, по состоянию на 12 апреля 2010).
- Гоцадзе Г. и др. (2006) *Национальные счета здравоохранения Украины 2003–2004 гг.* (тома 1 и 2). Bethesda, MD, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Грузева Т. С. (2006) Прояви нерівності в охороні здоров'я: методи визначення та заходи по її подоланню [Проявления неравенства в здравоохранении: методы определения и мероприятия по его преодолению]. *Главный врач*, 12: С. 28-35.
- Грузева Т. С., Галієнко Л. І. (2009). *Соціальна нерівність в Україні: Основні показники в 2008 р.* [Социальное неравенство в Украине: Основные показатели в 2008 г.] Київ, Книга-плюс.
- Hibell B et al. (2009). *The 2007 ESPAD report – Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Интерфакс-Украина (2007). В Украине нарушаются права детей-инвалидов. *Likar Info* (Киев) (<http://www.likar.info/news/13721.html>, по состоянию на 14 апреля 2010).
- ITU (2010). *World telecommunication/ICT indicators database 2010*, 14th edn. Geneva, International Telecommunication Union.
- Капшук О. Г., Ситник А. П., Пашенко В. М. (2007). Сучасний стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні [Современное состояние и перспективы развития добровольного медицинского страхования в Украине]. *Медицина транспорту*, 2: 87–91.
- Киселев Є. М. и др. (2004). Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні [Актуальные проблемы развития добровольного медицинского страхования в Украине]. *Медицина залізничного транспорту України*, 1:74–78.
- Князевич В. М. та ін.. (2009) *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи* [Здравоохранение Украины: состояние, проблемы, перспективы]. Київ, Полімед, 437 с.

- Кривенко С. М., Лихотоп Р. І., Лещук Н. М. (2008). Стан інформатизації галузі охорони здоров'я. В кн. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік. [Состояние информатизации отрасли здравоохранения. В кн. *Ежегодный доклад о результатах деятельности системы здравоохранения в Украине. 2007 г.* / Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень Під редакцією Міністра охорони здоров'я України. Київ, Полімед: 130–135.
- Крячков Л. В., Бечке І. П., Бойко О. О. (2000). Обстеження бюджетів домогосподарств як механізм аналізу попиту на медичні послуги [Обследование бюджетов домохозяйств как механизм анализа спроса на медицинские услуги]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 1:90–92.
- Крячкова Л. В. (2003). Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю [Анализ медицинских маршрутов пациентов кардиологического профиля]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 3:61–64.
- Ксенз Л. (2007). Доктора капитализируются. Частные медики и страховые компании пока не могут найти оптимальный способ «лечения» отрасли. *Companies and Markets*, 310(16) (<http://www.dsnews.ua/companies-markets/art30606.html>, по состоянию на 18 апреля 2010).
- Lekhan V, Rudiy V, Nolte E (2004). *Health care systems in transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lekhan V, Rudiy V, eds. (2007). *Key strategies for further development of the health care sector in Ukraine: Joint report*. Kyiv, Rayevsky Scientific Publishers.
- Lekhan V, Shishkin S (2007). *Inequity in access to health care for the population of Ukraine*. Report prepared in fulfilment of the two-year agreement on cooperation between the Ministry of Health of Ukraine and the WHO Regional Office for Europe 2006/2007 (unpublished).
- Лехан В. М., Волчек В. В. (2007). Порівняльний аналіз підходів до підвищення структурної ефективності стаціонарних відділень терапевтичного профілю багатопрофільних лікарень великих міст [Сравнительный анализ подходов к повышению структурной эффективности стационарных отделений терапевтического профиля многопрофильных больниц больших городов]. *Медичні перспективи*, 12(3): 104–109.
- Лехан В. М., Крячкова Л. В., Максименко О. П. (2007). Врегулювання витрат на охорону здоров'я – запорука успішності реформ, спрямованих на зміцнення здоров'я [Урегулирование расходов на здравоохранение – залог успеха реформ, направленных на укрепление здоровья]. *Охорона здоров'я України*, 1: 14–15.
- Лехан В., Рудый В., Шишкин С. (2007). *Система фінансування здравоохранения в Украине и пути ее реформирования*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Health Financing Policy Paper 2007/1).
- Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. (2009). *Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір* [Стратегия развития системы здравоохранения: украинское измерение]. Київ, Видавництво Цифра: 50.
- Либанова Є. и др. (2008). Смертность населения Украины в трудозактивном возрасте. *Демоскоп Weekly*, 327–328 (<http://demoscope.ru/weekly/2008/0327/tema05.php>, по состоянию на 14 апреля 2010).

Літвак А., Погорілий В., Тішук М. (2001). *Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. Дослідження виконане Одеської крайовою організацією Всеукраїнської лікарської асоціації за підтримки Інституту відкритого суспільства в Будапешті [Теневая экономика и будущее медицины в Украине. Исследование выполнено Одесской краевой организацией Всеукраинской врачебной ассоциации при поддержке Института открытого общества в Будапеште]*.

Main Auditing Agency (2006). Audit results on the use of budgetary resources for centralized purchasing of pharmaceuticals and medical devices. *Finansovyi kontrol'*, 4.

Макаренков А. (2007). Потепление инвестиционного климата в здравоохранении. *Еженедельник «Аптека»*, 2(573) (<http://www.apteka.ua/article/4248>).

Центр медичної статистики (2001–2008). *Медичні кадри та мережа медичних установ в Україні* [Медицинские кадры и сеть медицинских учреждений в Украине]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Центр медичної статистики (2006). *Здоров'я населення та діяльність сектору охорони здоров'я у 2001–2005 рр.* [Здоровье населения и деятельность сектора здравоохранения в 2001–2005 гг.]. Київ, Міністерство охорони здоров'я.

Центр медичної статистики (2007). *Показники здоров'я населення та використання ресурсів в системі охорони здоров'я України* [Показатели здоровья населения и использования ресурсов в системе здравоохранения Украины]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Центр медичної статистики (2008a). *Злоякісні новоутворення в Україні, 1998–2007 рр. Статистичний довідник* [Злокачественные новообразования в Украине, 1998–2007 гг. Статистический справочник]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Центр медичної статистики (2008b). *Медичні кадри та мережа медичних установ системи Міністерства охорони здоров'я України 2006–2007 рр.* [Медицинские кадры и сеть медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения Украины 2006–2007 гг.] Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Центр медичної статистики (2008с). *Показники здоров'я населення та використання ресурсів в системі охорони здоров'я України* [Показатели здоровья населения и использования ресурсов в системе здравоохранения Украины]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Центр медичної статистики (2009). *Показники здоров'я населення та використання ресурсів в системі охорони здоров'я України* [Показатели здоровья населения и использования ресурсов в системе здравоохранения Украины]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

Міністерство економіки України (2007). *Тенденції тіньової економіки в Україні (за I квартал 2007 року)* [Тенденции теневой экономики в Украине (за I квартал 2007 года)]. Київ, Міністерство економіки України, Департамент економічної стратегії, Відділ економічної безпеки та детенізації.

Міністерство охорони здоров'я України (2001). *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та результати діяльності закладів охорони здоров'я* [Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения и результатах деятельности учреждений здравоохранения]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.

- Міністерство охорони здоров'я України (2006). *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію в Україні* [Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения Украины и санитарно-эпидемиологической ситуации в Украине], Київ, Український інститут стратегічних досліджень.
- Міністерство охорони здоров'я України (2007). *Заключний звіт про хід виконання в 2002–2006 рр. постанови Кабінету Міністрів України від 24.10.2002 г. № 1566 «Про затвердження Програми імунізаційної профілактики населення на 2002–2006 роки»* [Заключительный отчет о ходе выполнения в 2002–2006 гг. Постановления кабинета министров Украины от 24.10.2002 г. № 1566 «Об утверждении Программы иммунопрофилактики населения на 2002–2006 годы»]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України 03.03.2007 (<http://moz.gov.ua/ua/main/?docID=7572>).
- Міністерство охорони здоров'я України (2008). *Реформа стоматологічної допомоги в Україні. Публічне обговорення на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України, 9 червня* [Реформа стоматологической помощи в Украине. Публичное обсуждение на официальном сайте Министерства здравоохранения Украины, 9 июня]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України. (<http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=10235>, доступ 29 квітня 1 2010)].
- Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики (2004). *Довідник кваліфікаційних характеристик працівників системи охорони здоров'я* [Справочник квалификационных характеристик работников системы здравоохранения]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство праці та соціальної політики.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2006). *Досвід виконання Міжгалузеві комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр.* [Опыт выполнения Межотраслевой комплексной программы «Здоровье нации» на 2002–2011 гг.], Київ, Міністерство охорони здоров'я.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2007а). *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію в Україні. 2006.* [Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения Украины и санитарно-эпидемиологической ситуации в Украине. 2006 г.]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2007б). *Показники здоров'я населення та використання ресурсів системи охорони здоров'я України* [Показатели здоровья населения и использования ресурсов системы здравоохранения Украины]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2008). *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні: 2007 р.* [Ежегодный доклад о результатах деятельности системы здравоохранения в Украине: 2007 г.]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2009). *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію: 2008* [Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения Украины и санитарно-эпидемиологической ситуации в Украине. 2008 г.]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2009). *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Ук-*

- раїні. 2008 рік. [Ежегодный доклад о результатах деятельности системы здравоохранения в Украине: 2008 г.]. Київ, Міністерство охорони здоров'я України.
- Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут стратегічних досліджень (2008). *Щорічна доповідь про систему охорони здоров'я в Україні. 2007 р.* [Ежегодный доклад о системе здравоохранения в Украине. 2007 г.]. Київ, Український інститут стратегічних досліджень.
- Mossialos E, Dixon A (2002). Funding health care in Europe: Weighing up the options. In: Mossialos E et al., eds, *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham, Open University Press: 272–300.
- Mossialos E, Allin S, Figueras J (2007). *Health Systems in Transition: Template for analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Надута Г. М. (2004). Роль громадських організацій в реформуванні охорони здоров'я міста. *Матеріали розширеної виїзної колегії Міністерства охорони здоров'я України «Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні», м. Комсомольськ Полтавської області, 26–27 травня 2004.* [Роль общественных организаций в реформировании здравоохранения города. Материалы расширенной выездной коллегии Министерства здравоохранения Украины «Опыт реформирования первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне», г. Комсомольск Полтавской области, 26–27 мая 2004]. Київ, Полтава, Комсомольськ: 35–39.
- Надута Г. М., Надутий К. О., Жаліло Л. І. (2004). Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні і на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства».* Комсомольськ, Полтавська область, 6–7 листопада 2003 р. [Сравнение экономической эффективности двух организационных моделей первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины. Материалы Всеукраинской научно-практической конференции «Повышение эффективности государственного управления здравоохранением на региональном уровне и на уровне местного самоуправления на основе принципов гражданского общества». Комсомольск, Полтавская область, 6–7 ноября в 2003 г.]
- Пинчук И. (2007). Охрана психического здоровья – одно из приоритетных направлений современного этапа развития мирового сообщества. *Вестник ассоциации психиатров Украины*, 1: 57–72.
- Полякова Д. (2006). Соглашение TRIPS и защита информации в регистрационных материалах. *Еженедельник Аптека*, 47(568) (<http://www.apteka.ua/article/34615>, по состоянию на 14 апреля 2010).
- Попов А. П., Мостипан А. В., Надутая Г. М., Гайдук А. И. (2003). Городская больничная касса как инструмент политики власти в здравоохранении. *Главный врач*, 7: 42–44.
- Рудий В. М. (2005). *Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні.* [Законодательное обеспечение реформы системы здравоохранения в Украине]. Київ, Сфера: 272.
- Sheiman I, Shishkin S (2009). *Health system assessment in Ukraine and recommendations for actions in the frame of the financial crisis and the Tallinn Charter for Health and Wealth.*

- Report prepared in the framework of the project of the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (unpublished).
- Star D (2008). *Review of the medicines regulatory system with focus on HIV/AIDS and TB medicines and related commodities in Ukraine*. Kyiv, WHO Regional Office for Europe, Delegation of EU Commission in Ukraine, and USAID.
- Державний комітет статистики України (2001–2007). *Охорона здоров'я в Україні* [Здравоохранение в Украине]. Київ, Державний комітет статистики України.
- Державний комітет статистики України (2007). *Витрати і ресурси домогосподарств: Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги* [Расходы и ресурсы домохозяйств: Самооценка населением состояния здоровья и уровня доступности отдельных видов медицинской помощи]. Київ, Державний комітет статистики України.
- Державний комітет статистики України (2010а). *Серія статистичних бюлетенів* [Серия статистических бюллетеней]. Київ, Державний комітет статистики України.
- Державний комітет статистики України (2010b) [веб-сайт]. Київ, Державний комітет статистики України (<http://www.ukrstat.gov.ua/>, доступ 23 грудня 2010).
- Странников В. (2008). В Донецке бунтуют психиатры. *Еженедельник 2000* (Киев). 41(433) (<http://2000.net.ua/2000/derzhava/ekspertiza/43943>, по состоянию на 14 апреля 2010).
- Сур С. (2006). Украина: misdeveloping country? *Еженедельник Аптека*, 42(536) (<http://www.apтека.ua/article/3841>, по состоянию на 14 апреля 2010).
- Transparency International (2009). *Global corruption report 2009: Corruption and the private sector*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Transparency International (2010). *Corruption Perception Index 2009*. Berlin, Transparency International (http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009/cpi_2009_Таблица, accessed 26 February 2010).
- United Nations (2008). Map No. 3773, Revision 5. New York, NY, United Nations (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/ukraine.pdf>, accessed 9 March 2011).
- Верховна Рада України (1996). *Конституція України* [Конституция Украины]. Київ, Верховна Рада України (<http://www.rada.gov.ua/const/conengl.htm>, по состоянию на 10 марта 2010).
- World Bank (2007). *Ukraine: poverty update*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2008). *Ukraine – improving intergovernmental fiscal relations and public health and education expenditure policy: selected issues*. Washington, DC, Poverty Reduction and Economic Management Unit (ECSPE) Europe and Central Asia Region, World Bank.
- World Bank (2009). World Development Indicators [online database]. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/IW6ZUUH0Z0>, accessed 15 February 2010).
- WHO (2009). *Ukraine. National health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>, accessed 4 March, 2010).
- WHO (2010). *Ukraine. National health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/ukr.pdf>, accessed 30 April 2010).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2010а). Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [офлайн-версия]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 8 марта 2011 г.).

WHO Regional Office for Europe (2010b). Tobacco control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco>, accessed 8 April 2010).

Яскал Л. М. (2000) Розвиток в Україні системи піклування дітей з особливими потребами. [Развитие в Украине системы опеки над детьми детей с особыми потребностями]. *Наукові записки. Соціологічні науки*. 18: 56–61.

Яворський М. (2007) Майбутнє залізничної медицини полягає у постійному вдосконаленні програми добровільного медичного страхування [Будущее железнодорожной медицины заключается в постоянном совершенствовании программы добровольного медицинского страхования]. *Львівський залізничник*, 2.

10.2 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profileshits/hit-template-2010>

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 33 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом, официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С лета 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура и управление.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются насе-

- лению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
 5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
 6. **Предоставление медицинских услуг.** В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.
 7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
 8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшения состояния здоровья населения.
 9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.

10. Приложения. Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры являются источником информации для разработчиков политического курса и используются для метаанализа, то вопросу их качества придается очень большое значение. Процесс составления и редактирования обзоров сопровождается многочисленными консультациями и включает несколько этапов, за которыми следуют:

- тщательная проверка (см. следующий раздел);
- дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре;
- распространение (в виде печатных экземпляров, электронных изданий, переводов и презентаций). На всем протяжении производственного процесса редактор обзора тесно сотрудничает с его авторами, оказывая им всю необходимую помощь и обеспечивая тем самым эффективность процесса на всех его этапах.

Один из авторов обзора одновременно является сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи остальным авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят все необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут служить подспорьем как для принятия решений на национальном уровне, так и для проведения сравнительного анализа между странами.

10.3 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают редакторы серии со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их замечаниями и поправками, вносят в текст необходимые изменения. После этого текст передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своей компетенции, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

10.4 Сведения об авторах

Валерия Лехан – заведующая кафедрой социальной медицины, организации и управления здравоохранением Днепропетровской государственной медицинской академии. Доктор медицинских наук, профессор, автор более 400 научных работ. Специализируется в области управления здравоохранением и анализа эффективности здравоохранения. Сотрудничает с ВОЗ и Всемирным банком по вопросам оценки украинской системы здравоохранения и перспектив ее развития. Ведущий эксперт группы здравоохранения Комитета экономических реформ при Президенте Украины.

Владимир Рудый – заведующий Секретариатом Комитета Верховной рады Украины по вопросам здравоохранения. Врач, юрист, кандидат наук по специальности «Управление здравоохранением». Автор и соавтор более 60 научных работ по вопросам законодательства в области здравоохранения, управления здравоохранением и анализа систем здравоохранения. Имеет богатый практический опыт разработки законов, регулирующих деятельность сектора здравоохранения в Украине, и многолетний опыт работы в качестве ведущего эксперта по вопросам политики и права в целом ряде проектов реформ здравоохранения, проводимых в Украине при поддержке ВОЗ, ЕС, Всемирного банка, ЮСЭЙД и других международных организаций.

Эрика Ричардсон – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения стран бывшего СССР. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема (Соединенное Королевство).

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory.eu, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

**Публикации
Европейской
обсерватории
по системам и политике
здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu**



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001^e, 2006^e)
Азербайджан (2004^g, 2010^g)
Албания (1999, 2002^{a,g})
Андорра (2004)
Армения (2001^g, 2006)
Беларусь (2008^q)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003^b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002^g)
Бывшая Югославская Республика
Македония (2000, 2006)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000^e, 2004^{e,g})
Грузия (2002^{d,g}, 2009)
Дания (2001, 2007^q)
Израиль (2003, 2009)
Исландия (2003)
Испания (2000^h, 2006)
Ирландия (2009)
Италия (2001, 2009)
Казахстан (1999^g, 2007^q)
Канада (2005)
Кипр (2004)
Кыргызстан (2000^g, 2005^g)
Латвия (2001, 2008)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004^g, 2010)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005^k)
Португалия (1999, 2004, 2007)
Республика Корея (2009)

Республика Молдова (2002^g, 2008^q)
Российская Федерация (2003^g)
Румыния (2000^f, 2008)
Словакия (2000, 2004)
Словения (2002, 2009)
Соединенное Королевство Великобри-
тании и Северной Ирландии (1999^g)
Таджикистан (2000, 2010^q)
Туркменистан (2000)
Турция (2002^{g,i})
Узбекистан (2001^g, 2007^q)
Украина (2004^g)
Финляндия (2002, 2008)
Франция (2004^{c,g})
Хорватия (1999, 2007)
Чешская Республика (2000, 2005^g, 2009)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005)
Эстония (2000, 2004^{g,i}, 2008)
Япония (2009)

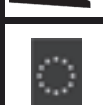
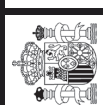
Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения:
время перемен» доступны на английском языке.
В тех случаях, когда это указано, они доступны
также на других языках:

- a албанский
- b болгарский
- c французский
- d грузинский
- e немецкий
- f румынский
- g русский
- h испанский
- i турецкий
- j эстонский
- k польский



.be



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.

ISSN 2072-3555