



Реферат обзора

Украина

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Украина провозгласила независимость от Советского Союза в августе 1991 г. Глава государства — президент — избирается тайным голосованием на пятилетний срок. Президент с согласия однопалатного парламента (Верховной Рады) назначает премьер-министра, членов кабинета министров и губернаторов. В административном отношении Украина разделена на 24 области, два города с областным статусом и автономную республику Крым с собственными конституцией и правительством.

Население

С момента провозглашения независимости численность населения Украины уменьшилась на 3,6 млн. и составила в 2001 г. 48,4 млн. человек; рождаемость упала почти на 40%. Украина пережила глубокий экономический кризис с рекордным для бывших республик Советского Союза уровнем инфляции; рост ВВП возобновился только в 2000 г. Экономический кризис тяжело сказался на благосостоянии людей, значительная часть населения до сих пор борется с нищетой.

Средняя продолжительность жизни

В 1990-х гг. смертность на Украине резко повысилась; в период между 1990 и 1995 гг. продолжительность жизни мужчин снизилась на 4,4 года, женщин — на 2,4 года. После 1998 г. (год экономического кризиса в России) Украину ждал новый подъем смертности, так и не сменившийся ее существенным сокращением. К 2002 г. про-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (в % от ВВП) в Украине и в других странах в 2003 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

должительность жизни мужчин снизилась до 62,2 года, что примерно на 2,5 года меньше, чем в 1980 г. Продолжительность жизни женщин составила 73,7 года, что также несколько меньше, чем в 1980 г. (74 года).

Основные причины смерти

Снижение средней продолжительности жизни произошло главным образом за счет не-

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Denmark
Телефон: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 18
Электронная почта: info@obs.euro.who.int
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

счастливых случаев (в первую очередь среди мужчин молодого и среднего возраста) и сердечно-сосудистых заболеваний. Существенную роль, особенно среди мужчин, играют курение и алкоголизм. Детская смертность с 1993 г. постоянно снижается; в 2002 г. она составила 10,3‰. Материнская смертность, хотя и снижается с 1992 г., остается высокой; в 2000 г. она составила 24,7 на 100 000 родов, что примерно в пять раз выше, чем в среднем по ЕС.

Новейшая история здравоохранения

В советское время действовала система здравоохранения, основанная на принципах Семашко, с централизованным планированием и управлением. Экономический спад после провозглашения независимости ощутимо ударил по финансированию здравоохранения, в то время как расходы на него заметно возросли. В этих условиях сохранение сложной, расточительной и диспропорционально развитой системы здравоохранения привело к неравенству доступа к медицинским услугам и резкому снижению их качества.

Направления реформ

Правительство разрабатывало реформы системы здравоохранения с момента получения независимости. Основные цели реформ сводились к следующему: 1) сохранить систему здравоохранения, но снизить затраты на нее за счет привлечения дополнительных, в основном частных, источников финансирования; ограничить объем бесплатных медицинских услуг и сократить избыточные мощности больниц; 2) повысить организационную эффективность и качество помощи за счет развития первичного медицинского обслуживания; реорганизовать систему стационарного лечения; провести стандартизацию медицинских технологий и ввести аккредитацию медицинских учреждений; 3) передать административные функции областными и местными органам с целью децентрализации управления здравоохранением.

Затраты на здравоохранение и ВВП

По данным ВОЗ, в 2003 г. затраты на здравоохранение составили 3,2% от ВВП. Статистическая служба Украины дает более низкую оценку — 2,8% от ВВП на настоящий момент. Ни та, ни другая оценка не учитывают официальных и неофициальных прямых платежей населения, которые за последние годы существенно возросли.

Краткое содержание реферата

За годы независимости система здравоохранения изменилась мало. Старая схема финансирования стимулирует экстенсивный путь развития и создает новые проблемы, связанные с несоответствием государственных гарантий всеобщей бесплатной медицинской помощи реальным возможностям здравоохранения. В то же время единственный действенный способ снижения затрат на здравоохранение и повышения его эффективности — это сокращение избыточного числа больничных коек и медицинского персонала. Все это (на фоне тяжелой экономической ситуации в стране) привело к резкому снижению качества и доступности медицинской помощи и широкому распространению неформальных платежей и других видов расчетов в медицинских учреждениях. Одним из последних решений парламент обязался внести необходимые поправки в законодательство, чтобы успешно провести реформы, несмотря на многочисленные трудности.

Структура и управление

Официально система здравоохранения управляется государством. За общее направление развития здравоохранения в стране отвечает Министерство здравоохранения. Большая часть медицинских учре-

ждений управляется на уровне области или района, к которым они относятся, а финансы распределяются органами исполнительной власти соответствующего уровня из средств, определяемых Министерством финансов, или из местного бюджета. Таким образом, деятельность Министерства здравоохранения сводится к изданию руководств и нормативов и определению политики в области государственного здравоохранения.

В обсуждении объема финансирования и распределения средств в здравоохранении важную роль играет парламент. Министерство финансов планирует государственный бюджет и субсидирует местные бюджеты. Министерство труда и социальной политики отвечает за оказание медицинской помощи в домах престарелых и контролирует государственный фонд обязательного социального страхования. Общество Красного Креста обеспечивает уход на дому и медицинское обслуживание в некоторых учреждениях. Существуют также ведомственные медицинские учреждения, их всего около 2%.

Большую часть медицинских услуг оказывают государственные лечебные учреждения. Частный сектор развит слабо; исключение составляют аптеки и стоматологические кабинеты. Кроме того, существуют частные венерологические больницы и центры по лечению алкоголизма и наркомании.

Планирование, регулирование и управление

На государственном уровне ответственность за планирование и управление системой здравоохранения лежит на Министерстве здравоохранения. На областном, районном и местном уровнях эти обязанности выполняют управления здравоохранением при областных и районных администрациях, местные советы и исполнительные органы.

Методы планирования с советских времен почти не изменились. Нужды населения не учитываются, так же как и местные особенности. Руководители мало заинтере-

сованы в разумном использовании средств и сокращении расходов. Штаты поликлиник формируются по нормам, установленным Министерством здравоохранения. Методов, позволяющих определить реальную потребность в медицинских работниках, не существует.

Децентрализация системы здравоохранения

Строго централизованная система управления постепенно меняется. Полномочия передаются местным администрациям и органам самоуправления, где в последнее время внедряются новые методы работы. Сегодня украинская система здравоохранения — это сложный многоуровневый механизм, в котором обязанности распределены между Министерством здравоохранения, 27 областными администрациями, многочисленными административными органами в районах, городах и селах, а также другими министерствами.

Финансирование и затраты

Основные источники финансирования

В отличие от многих других отраслей экономики здравоохранение сохранило советский принцип финансирования за счет налогов, обеспечивающий всеобщее, полное и теоретически бесплатное медицинское обслуживание. Основным официальным источником финансирования здравоохранения остается бюджет, причем примерно 80% составляют средства местных бюджетов, а оставшиеся 20% выделяет государство. Эти средства формируются за счет местных налогов и общего налогообложения; распоряжаются ими, соответственно, местные органы власти и Министерство здравоохранения. Принятый в 2001 году Бюджетный кодекс ввел систему перераспределения средств между бюджетами, которая сглаживает различия между

областями и обеспечивает финансирование программ социальной защиты.

Скудность государственного финансирования заставляет все больше обращаться к частным источникам. До 1996 г., когда были узаконены платные медицинские услуги, доля государственного финансирования составляла около 80%, к 2000 г. она снизилась до 66%. Учитывая неофициальные платежи, можно предположить, что на долю населения приходится 50% затрат на здравоохранение.

Законопроект о социальном страховании обсуждался в парламенте несколько лет, но был окончательно отклонен в сентябре 2003 г.; четвертое чтение, первоначально намеченное на май 2004 г., также было отменено.

Дополнительные источники финансирования

Платежи населения составляют главный источник доходов системы здравоохранения. Официальные затраты жителей, без учета добровольного медицинского страхования, предположительно достигают 43% от общего бюджета здравоохранения и продолжают расти. Большая их часть идет на лекарственные и перевязочные средства; оплата услуг и добровольные пожертвования составляют меньшую долю. По данным Министерства здравоохранения, в 1998 г. 4,5% средств медицинские учреждения получили из внебюджетных источников; к 2000 г. этот показатель возрос до 7,5%.

Добровольное медицинское страхование было законодательно введено в 1996 г. В 2000 г. им было охвачено всего 1,5% населения, а доля добровольного медицинского страхования в общем объеме затрат на здравоохранение не достигала и 1%. Дополнительные средства должна была дать сеть неправительственных организаций, таких как кредитные союзы и больничные кассы. Однако эти учреждения охватывают слишком малую часть населения, поэтому их вклад в финансирование здравоохранения незначителен.

Система здравоохранения Украины финансируется также из внешних источни-

ков, в том числе международными организациями и отдельными странами. Это финансирование довольно скудно и покрывает в общей сложности не более 1% затрат на здравоохранение.

Набор медицинских услуг

Согласно Конституции Украины, принятой в 1996 г., медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях оказывается бесплатно. Однако скудность финансирования привела к увеличению объема теневых платежей, начавшемуся в том же 1996 г., когда было разрешено взимать плату за медицинские услуги. Вдобавок медицинским учреждениям разрешили взимать плату с больных в порядке добровольных пожертвований. В итоге о бесплатном лечении в государственных лечебных учреждениях речь больше не идет.

В мае 2002 г. Конституционный Суд объявил платные услуги в государственных медицинских учреждениях противоречащими Конституции, но в то же время постановил, что плата может взиматься за «дополнительные» услуги. Список услуг, которые не оплачиваются из бюджета, был составлен правительством в 2001 г. Получить эти услуги в государственных медицинских учреждениях можно только в том случае, если за них заплатит сам больной или третья сторона. От оплаты освобождены некоторые социально незащищенные группы лиц, в частности ВИЧ-инфицированные, которым положены бесплатные лекарственные средства (однако доступность этих средств весьма ограничена).

Затраты на здравоохранение

Точно определить уровень затрат на здравоохранение довольно трудно. Данные из разных источников не совпадают, а о неформальных платежах сведений очень мало. По данным ВОЗ, затраты на здравоохранение в 1990-х гг. колебались между 3 и 4% от ВВП. Сюда входят только государственные затраты, платежи населения (официальные и неофициальные) не учитываются. Согласно данным статистической

службы Украины, государственные расходы на здравоохранение еще ниже и составляют на сегодня 2,8% ВВП (один из самых низких показателей в Европейском регионе ВОЗ).

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Организация первичной медицинской помощи сохранилась с советских времен и представляет собой широкую сеть учреждений, к которым относятся поликлиники, поликлинические отделения при больницах, медсанчасти (больницы при предприятиях), женские консультации, сельские амбулатории и амбулаторные отделения в сельских больницах. Первичная медицинская помощь организована по участковому принципу. На каждом сельском участке имеется четыре-пять фельдшерско-акушерских пунктов. В их задачи входит лечение несложных случаев, неотложная помощь, назначение лекарственных средств, патронаж беременных и детей, основные профилактические мероприятия (например, вакцинация). Почти в трети сельских населенных пунктов нет медицинских учреждений.

Четкого разделения между первичным и специализированным медицинским обслуживанием нет. Больные могут обратиться к специалисту без направления от участкового терапевта и широко пользуются этим правом, поощряемые самим участковым терапевтом, который мало заинтересован в пациентах. Из-за низкой квалификации и плохой оснащенности участковых терапевтов многие люди вообще пренебрегают первичным медицинским обслуживанием. К своему участковому врачу обращается менее 40% больных.

Первые шаги к реформе первичной медицинской помощи были сделаны только в 2000 г., и сейчас Министерство здравоохранения разрабатывает план поэтапного

перехода к семейной медицине. Организованы семейные амбулатории, прежде всего в сельской местности. Однако для того, чтобы преобразовать все учреждения первичной медицинской помощи в соответствии с принципами семейной медицины и создать сеть отделений общей (семейной) практики в городах и сельской местности, потребуется еще очень много усилий.

Общественное здравоохранение

Охраной общественного здоровья по-прежнему занимается государственная санитарно-эпидемиологическая служба, основные задачи которой — борьба с инфекционными заболеваниями и защита окружающей среды. Структура и деятельность службы мало изменились за годы независимости.

Сейчас перед санитарно-эпидемиологической службой встают новые задачи, обусловленные новыми угрозами, прежде всего ВИЧ-инфекцией, распространенность которой на Украине одна из самых высоких в Европе. Борьбу с ВИЧ-инфекцией ООН объявило основным направлением помощи украинскому здравоохранению. В национальной программе борьбы с ВИЧ-инфекцией, принятой в 2001 г., подчеркивается важность комплексных мер и профилактики. Программа осуществляется при поддержке ООН, международных фондов и неправительственных организаций.

Две целевые национальные программы, проведенные при поддержке международных организаций, позволили создать и укрепить единую службу планирования семьи и репродуктивного здоровья. Возглавляет эту службу Украинский государственный центр планирования семьи, в нее входят также районные центры планирования семьи и консультации по вопросам контрацепции, а на уровне первичной медицинской помощи — сельские медицинские пункты.

Правительство всячески поддерживает программу ВОЗ «Здоровье для всех». Важным шагом стало принятие в 2002 г. программы «Здоровье нации 2002—2011», которая включает пропаганду здорового образа жизни как необходимого условия укреп-

пления здоровья населения и предусматривает ряд межведомственных мероприятий. Однако пока неясно, каким образом можно реализовать эту грандиозную программу.

Специализированное медицинское обслуживание

Стационарная медицинская помощь оказывается на трех уровнях.

1. Сельские участковые больницы. Оснащены только самым необходимым. На их долю приходится 3,5% коечного фонда.
2. Городские и центральные районные больницы (70% коечного фонда). В таких больницах обычно около 200 коек, в них работают врачи многих специальностей. Есть также городские диспансеры, где проводится стационарное лечение некоторых заболеваний (например, туберкулеза и венерических болезней).
3. Областные и межобластные больницы, диспансеры, специализированные клиники и диагностические центры при научно-исследовательских институтах (25% коечного фонда). Первоначально эти учреждения предназначались для оказания высокоспециализированной помо-

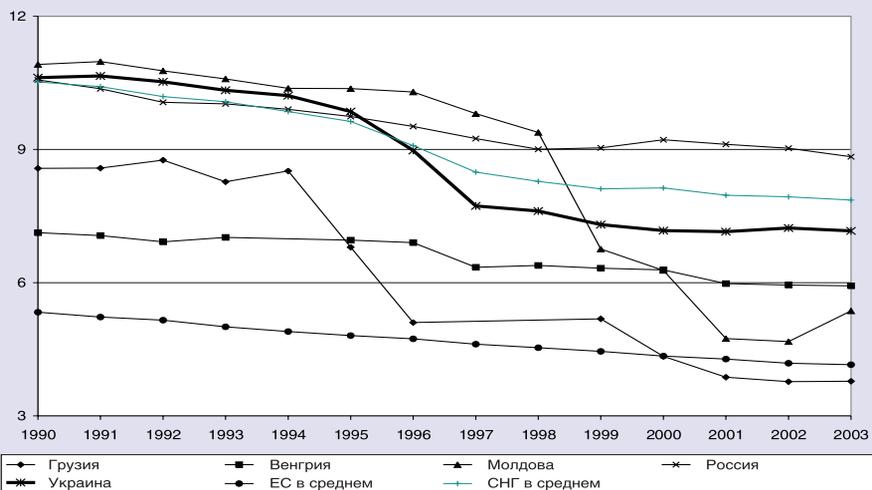
щи, однако сейчас многие из них работают как обычные больницы.

Пытаясь реформировать систему стационарной медицинской помощи, правительство сосредоточило все внимание на сокращении количества больничных коек, одного из самых высоких в Европе в начале 1990-х гг., одновременно с развитием альтернативных форм медицинского обслуживания (дневной стационар, стационар на дому, амбулаторная хирургия). Альтернативные формы развиваются слабо: больницам невыгодно сокращать коечный фонд, поскольку именно он определяет объем финансирования. Тем не менее за годы независимости коечный фонд сократился более чем на треть, а частота госпитализаций снизилась на 20% и в 2003 г. составляла 19,6 на 100 населения. Средняя продолжительность госпитализации тоже сократилась, хотя все равно остается заметно выше, чем в большинстве европейских стран (12,1 дня в 2003 г.).

Медико-социальная помощь

Социальная помощь находится в ведении Министерства труда и социальной поли-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Украине и в других странах в 1990—2003 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

тики, она нечетко отделена от медицинской и по месту жительства почти не оказывается. Люди, нуждающиеся в повседневном уходе, могут получить помощь главным образом в интернатах, мест в которых постоянно не хватает. Помощь на дому развита слабо, дневных стационаров почти нет. В этих условиях задачи медико-социальной помощи перекадываются на больницы. Попыткам создать там специальные отделения по уходу препятствует существующая система финансирования.

Психиатрическая помощь в основном оказывается в стационарах. Число коек в них сокращается, одновременно с этим растет число амбулаторных психиатрических учреждений и дневных стационаров. Качество обслуживания крайне низкое. Психиатрическая помощь по месту жительства не оказывается. В последнее время нарастает общественное движение в защиту людей с психическими расстройствами, и правительство намерено реформировать систему социальной помощи. Осуществятся ли эти намерения, в значительной мере зависит от того, насколько успешной будет перестройка системы здравоохранения в целом.

Медицинские кадры и медицинское образование

В Украине насчитывалось большое количество медицинских работников, однако их число резко сократилось в 1995 г., когда под-

счеты стали вести в соответствии с определениями, принятыми ООН. По старой методике подсчета число врачей остается постоянным (около 4,6 на 1000 населения), тогда как число медицинских сестер постоянно сокращается из-за низкой оплаты труда и отсутствия перспектив профессионального роста. Сокращается и выпуск медицинских сестер медицинскими училищами.

Число специалистов явно избыточно, тогда как в первичном медицинском обслуживании занято только 27% всех врачей (данные за 2000 г.). Врачей не хватает не только в системе первичной медицинской помощи, но и в противотуберкулезных службах, а также на селе. Зарплата врачей, как и всех медицинских работников, крайне низка и составляет меньше половины от средней зарплаты в промышленности.

Реформа высшего медицинского образования была начата вскоре после провозглашения независимости; сейчас ведется работа по приближению программ обучения к европейским стандартам. Обучение проводится в 18 государственных медицинских вузах. Кроме того, существует три медицинских факультета в составе университетов и шесть негосударственных медицинских институтов, пять из которых в настоящий момент лишены лицензии из-за низкого качества обучения.

Продолжительность медицинского образования — 6 лет (для стоматологов — 5 лет), специализация по одной из 52 суще-

Таблица 1. Показатели работы больниц в Украине и в других странах в 2003 г.

	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Грузия	3,8	4,8	7,4	89,5
Венгрия	5,9	23,2	6,7	77,2
Молдова	5,4	16,0	9,1	74,8
Россия	8,8	22,0	12,6	86,0
Украина	7,2	19,6	12,1	90,4
ЕС в среднем	4,2	18,0	6,8 ^а	76,9 ^б
СНГ в среднем	7,9	19,8	12,1	85,9

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены самые свежие данные: ^а 2002; ^б 2001.

ствующих на данный момент специальностей в основном проходит в интернатуре. Срок интернатуры стал короче из-за недостатка средств и составляет от одного до двух лет. Врачи общей практики (семейные врачи) учатся два года в интернатуре, либо, если они уже работали по другой специальности, проходят шестимесячный курс переподготовки. Подготовка семейных врачей затрудняется нехваткой квалифицированных преподавателей и учреждений для практических занятий. В 1998 г. была начата широкомасштабная программа подготовки семейных врачей, и к 2000 г. было подготовлено 1938 специалистов. Почти 40% из них не работают по специальности, в основном из-за низкой оплаты.

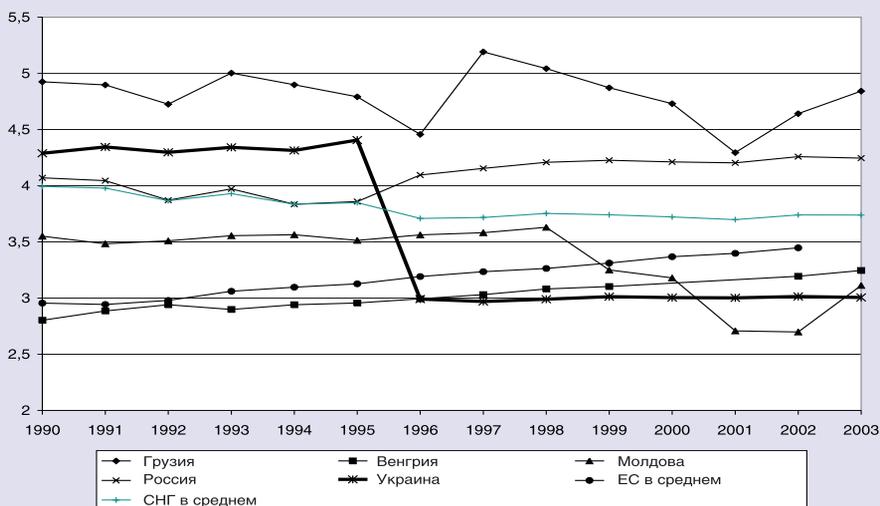
Система обучения медицинских сестер была преобразована и имеет теперь две ступени, готовящие младших специалистов и бакалавров. Однако на зарплате уровень подготовки не сказывается и сестры с дипломом бакалавра занимают те же должности, что и младшие специалисты. Преобразования системы обучения медицинских сестер планируется продолжить, в частности, ввести высшее медсестринское образование.

Предпринимаются шаги по усовершенствованию системы управления в сфере здравоохранения и охраны общественного здоровья. В частности, в 2001 г. в Харьковской медицинской академии открыта кафедра управления здравоохранением. Планируется также создать первую украинскую Школу общественного здоровья в Киеве.

Лекарственные средства

В фармацевтической отрасли многое изменилось, поскольку производство и распространение лекарственных средств было приватизировано. В настоящее время в стране существует 180 фармацевтических производств (90% из них — частные предприятия), а доля отечественных препаратов на рынке составляет около 50%. Большая часть аптек приватизирована, с 1991 г. их число почти утроилось и достигло 39 учреждений на 10 000 населения (из них государственных меньше трети). Тем не менее цены на лекарственные средства резко выросли, что сделало надежные высококачественные препараты и изделия медицинского назначения недоступными. В 2000 г. почти каждая третья семья не могла

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Украине и в других странах в 1990—2003 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

позволить себе необходимого лечения, в значительной степени из-за высокой стоимости лекарств.

С 2000 г. государственные лечебные учреждения обязаны закупать лекарственные средства на конкурсной основе. Кроме того, Министерство здравоохранения осуществляет централизованные закупки препаратов, в первую очередь для больных с определенными заболеваниями. В 2001 г. был утвержден национальный перечень жизненно важных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, который положен в основу списка льготных препаратов.

Основной прямой способ государственного регулирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения — это установление предельного уровня торговых наценок; с 1996 г. этот уровень определяется представителями областных администраций. Такой децентрализованный подход привел к тому, что розничные цены в разных областях значительно отличаются (на 10—50%). В 2001 г. были вновь введены единые для всей страны ограничения на торговые надбавки, и различия в ценах на лекарства в разных областях уменьшились. В настоящее время государственной регуляции подлежат 16% лекарственных средств, зарегистрированных на Украине.

Роль врачебных назначений невелика и все больше снижается из-за того, что аптеки охотно продают препараты без рецепта. Врачи часто выписывают лекарственные средства необоснованно. Единственная область, где врачебные назначения сохраняют свою роль, — это выписка непатентованных средств льготным категориям больных, которые получают лекарства бесплатно в определенной аптеке по месту жительства. Впрочем, потребности таких больных удовлетворяются менее чем на 10%.

Распределение средств

Министерство здравоохранения, местные органы здравоохранения и местные адми-

нистрации разрабатывают проект годового бюджета, принимая во внимание потребности подчиненных медицинских учреждений. Далее проект бюджета утверждают соответствующие финансовые органы. После этого лечебные учреждения получают квоты, в соответствии с которыми планируют свой бюджет.

Распределение средств из бюджетов (государственного и местных) основано на перечне разрешенных статей в соответствии с нормами, установленными Министерством здравоохранения. Оснащение лечебных учреждений медицинским и офисным оборудованием, лекарственными средствами, материалами и т. д. проводится на конкурсной основе. Распределением средств на содержание медицинских учреждений занимается Государственное казначейство. Капиталовложения осуществляются на конкурсной основе, как на центральном, так и на местном уровнях. Тем не менее имеющиеся средства не покрывают реальных потребностей. Кроме того, отсутствие «прозрачности» часто приводит к использованию выделенных средств не по назначению, особенно при покупке медицинской аппаратуры. Поэтому в 2000 г. было принято постановление о централизованных планировании и закупке сложного медицинского оборудования.

Меры по усилению контроля над использованием бюджетных средств состояли в принятии Бюджетного кодекса, вовлечении финансовых органов в разработку бюджета и введении конкурса на поставку товаров и услуг. Тем не менее существенных изменений в реальном распределении средств в области здравоохранения не произошло.

Финансирование лечебных учреждений

Больницы и поликлиники по-прежнему финансируются через постатейный бюджет, который определяется величиной учреждения. Статьи бюджета строго определяют заработную плату, дополнительные выплаты персоналу, затраты на лекарственные средства и хозяйственно-технические нужды.

Из-за постоянного недофинансирования удовлетворить реальные потребности системы здравоохранения невозможно. Бюджет обеспечивает только самое необходимое: зарплату сотрудников, лекарственные средства, питание больных и коммунальные расходы. В 2003 г. 43,8% бюджетных средств тратилось на заработную плату, 10,6% — на лекарственные средства, 5,4% — на питание и 13,3% — на хозяйственно-технические нужды. Однако поставленный бюджет не отражает реальных расходов. Больные сами покупают различные медицинские принадлежности, такие как шприцы, иглы и перчатки, а нередко вынуждены платить и за питание и само нахождение в больнице. Низкая заработная плата медицинского персонала компенсируется выплатами из-под полы.

Такая система оплаты не побуждает стремиться к экономической эффективности. Напротив, она поощряет ненужные консультации и госпитализации, способствует бесполезным тратам государственных и частных средств.

Зарботная плата медицинских работников

Украина сохранила советскую систему оплаты труда медицинских работников с фиксированными ставками, определяемыми по государственной тарифной сетке, которую устанавливает Министерство здравоохранения. Зарплаты в системе здравоохранения не достигают сегодня даже прожиточного минимума. Недавно правительство увеличило размер минимальной ставки для среднеоплачиваемых категорий работников, однако инфляция «съедает» все надбавки. Оплата из-под полы становится нормой, и все больше людей с низкими доходами оказываются отрезанными от медицинской помощи.

Еще одна особенность оплаты труда медицинских работников — так называемая «уровниловка», т. е. система, при которой оплата не зависит от количества, качества и вида оказанных услуг. В условиях «уровниловки» врач лишен материальной заинтересованности в экономически эффек-

тивной работе. Лишь в последнее время правительство стало разрабатывать усовершенствованную систему оплаты труда. Планируется повысить официальные оклады медицинских работников, имеющих определенную квалификацию. Кроме того, введена система надбавок в зависимости от объема работы. Несмотря на эти меры, соответствие оплаты и реальной производительности остается под вопросом.

Реформы здравоохранения

Реформы здравоохранения, поставленные на повестку дня едва ли не сразу после получения независимости, начались с принятия в 1992 г. закона «Основы законодательства Украины о здравоохранении», определяющего все аспекты государственной политики в сфере здравоохранения. Однако отсутствие до конца 2000 г. четко поставленных целей и плана действий тормозило ход реформ и приводило к непоследовательным и часто противоречащим друг другу действиям.

Цель реформ — глубокое структурное преобразование системы здравоохранения, в частности в сфере первичной медицинской помощи. Хотя прогресс тормозится низкой экономической заинтересованностью в проведении реформ, отдельные местные инициативы по внедрению новых форм организации и финансирования успешно применяются. Дальнейшие стратегические направления реформ включают сокращение коечного фонда с заменой его альтернативными формами медицинского обслуживания, создание правовой основы для договорных отношений между финансирующими организациями и медицинскими учреждениями (2000 г.), замена финансирования из средств налогообложения обязательным медицинским страхованием.

Необходимость в дополнительных средствах привела к введению в 1996 г. платных медицинских услуг, а также способствовала таким местным инициативам, как создание больничных касс в середине 1990-х гг. Од-

новременно предпринимались попытки сократить расходы. В 1997 г. была определена максимальная численность больничныхоек для разных районов; излишние койки были сокращены. Кроме того, правительство пыталось снизить число студентов, обучаемых медицине за государственный счет. Однако на обеспечении страны медицинскими кадрами это почти не сказалось.

Третья группа реформ шла в общем русле общественных преобразований, демократизации общества и развития рыночной экономики. Сюда относятся развитие местного самоуправления, расширение функций местных органов власти, появление негосударственного сектора, постепенное расширение сети частных медицинских учреждений, приватизация фармацевтической отрасли. Однако не все проблемы решены. Например, передача полномочий местным властям уменьшила возможность централизованного внедрения реформ, а государственный контроль фармацевтического сектора недостаточно налажен.

Заключение

За годы независимости в стране были созданы фрагментарные и противоречивые

основы законодательства с неясной и дублирующей системой отчетности и неадекватным финансированием. Несмотря на эти многочисленные трудности, частичная реформа представляется вполне достижимой. Однако предыдущие преобразования шли не в том направлении, которое привело бы к структурным изменениям системы здравоохранения и значительным улучшениям в ее работе.

Очевидно, что увеличить финансирование здравоохранения невозможно, пока не улучшится экономическая ситуация в целом. Ясно и то, что причина тяжелого положения системы здравоохранения заключается в ней самой — в ее экономической неэффективности, недостатках планирования и управления. Какой бы метод финансирования ни был избран в будущем, решающее значение будет иметь сокращение расходов и рациональное использование средств. Любые источники финансирования ограничены, поэтому необходимо как можно более продуктивно использовать те ресурсы, которые есть. Учитывая сегодняшнее положение дел, можно предвидеть, что в ближайшее время основным направлением преобразований будет совершенствование управления уже имеющейся системой.



Обзор системы здравоохранения Украины подготовили Валерия Лехан (Днепропетровская государственная медицинская академия), Владимир Рудий (Комитет Верховной Рады по охране здоровья, материнства и детства) и Елена Нолт (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Научное руководство осуществлял Мартин Мак-Ки.

Европейская обсерватория благодарит Аню Ницше-Бел (Представительство Европейской комиссии), Томаса Палу (Всемирный банк), Институт «Открытое общество» и Элиота Перлмана (Международный институт ВИЧ/СПИДа) за рецензирование обзора. Отдельная благодарность — Бюро ВОЗ по координации и связям в Киеве.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, провинции Венеция (Италия), Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.