

# **АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ РИЗИКІВ РЕФОРМУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

## **Анотація**

В аналітичній записці здійснено аналіз ресурсного внеску домогосподарств України в розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я. Визначено сучасні тенденції в організації систем надання медичних послуг у розвинених країнах, встановлено передумови реформування системи охорони здоров'я в Україні та проаналізовано ризики, які воно несе. Надано практичні рекомендації для усунення та пом'якшення потенційних загроз, які може нести в собі впроваджувана реформа.

# **АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ РИЗИКІВ РЕФОРМУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Головною проблемою системи охорони здоров'я в Україні є низький рівень ефективності використання ресурсів. Водночас рівень сукупних національних витрат на охорону здоров'я складає 7,8 % ВВП<sup>1</sup>, що цілком співставно із національними витратами країн, системи охорони здоров'я яких визнаються сучасними та якісними.

Попри проголошене в Конституції право населення на безоплатну медицину, сукупні національні витрати на охорону здоров'я утворено не тільки державними коштами. Частка державних видатків на охорону здоров'я в Україні за розрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) склала лише 50,8 % у 2014 р. Серед всіх європейських країн та країн середньої Азії нижчим цей показник є тільки в Азербайджані, Грузії, Таджикистані, Вірменії, на Кіпрі та в Албанії. Для порівняння: у Норвегії

---

<sup>1</sup> Держстат, Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/bl/02/bl\\_nroz15.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/02/bl_nroz15.zip)

частка державних витрат у фінансуванні системи охорони здоров'я у 2014 р. складала 87 %, Великій Британії – 83,1 %, Хорватії – 81,9 %, Румунії – 80,4 %, Естонії 78,8 %<sup>2</sup>.

Частка приватних коштів в Україні не тільки є суттєвою, а й знаходиться в межах тенденції до щорічного зростання. Невпорядкованість приватних та державних механізмів породжує численні корупційні небезпеки. Прямі платежі в момент отримання медичної допомоги не дозволяють отримувачу послуг впливати на їхню якість і не сприяють втіленню принципу соціальної солідарності в розбудові національної системи охорони здоров'я. ВООЗ визначає залежність населення від прямих платежів у момент необхідності отримання медичної допомоги однією з головних перепон до загального охоплення населення країни медичною допомогою<sup>3</sup>.

### **Витрати домогосподарств на охорону здоров'я**

Не зважаючи на низький рівень доходів населення України, до «утримання» системи охорони здоров'я залучено більше ніж 9 із 10 домогосподарств – у 2016 р. таких було 94 %. При цьому товари медичного призначення купували 92,7 % домогосподарств; крім того, майже половина (49,2 %) користувалася медичними послугами. Витрати домогосподарств на охорону здоров'я склали в цей період 5,1 % від усіх споживчих витрат у середньому на місяць.

Обстеження доходів і витрат домогосподарств свідчить про те, що тільки у 2016 р. витрати домогосподарств на охорону здоров'я зросли на 27,4 % (склали в середньому 245,86 грн на одне домогосподарство на місяць у порівнянні з 192,92 грн у попередньому році)<sup>4</sup>. Аналіз грошових витрат домогосподарств свідчить про те, що у 2016 р. у сільській місцевості витрати

<sup>2</sup>Бази даних ВООЗ. Health for all. Public-sector health expenditure as proportion of total health expenditure (WHO estimates) . – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#31yAn2rNck>

<sup>3</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2010/ru/>

<sup>4</sup> Держстат, Витрати і ресурси домогосподарств України у 2016 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/zb/07/zb\\_vrdu2016pdf.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb/07/zb_vrdu2016pdf.zip)

домогосподарств на охорону здоров'я були вищими, ніж такого роду витрати у жителів міських поселень. Так, у середньому в цей період на товари та послуги, пов'язані зі здоров'ям, міське домогосподарство витрачало 223,86 грн на місяць, тоді як сільське – 245,85 грн. Головним чином ця різниця склалася через вищий рівень витрат у сільській місцевості на товари (ув середньому 148,43 грн на місяць проти 129,07 грн у містах)<sup>5</sup>. Таким чином, складний доступ до якісних амбулаторних та стаціонарних послуг у сільській місцевості накладається на високий рівень грошових витрат на медичні товари.

Водночас для країни, в якій право кожного на медичну допомогу є одним із головних соціальних прав, частка домогосподарств, в яких хоч один з членів родини не зміг при потребі отримати медичну допомогу, придбати ліки або медичне приладдя, є надвисокою – 23,1 % у 2016 р. Найбільше доступність медичної допомоги знижує занадто висока вартість товарів та послуг. Так, з цієї причини у 96,7 % домогосподарствах не могли придбати потрібні ліки, у 97,3 % – не змогли придбати медичне приладдя, 77,9 % – не змогли відвідати лікаря, 95,7 % – відвідати стоматолога, 98,2 % – зробити протезування, 92,6 % – провести медичні обстеження, 95,7 % – отримати лікувальні процедури, 94,7 % – отримати лікування у стаціонарі.

### **Останні тенденції в організації систем надання медичних послуг у розвинених країнах, передумови реформування системи охорони здоров'я в Україні**

У 2005 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію, в якій закликала всі країни створити систему фінансування, що забезпечить все їхнє населення загальним доступом до всіх медико-санітарних послуг (включаючи лікування, реабілітацію, профілактику і заходи, спрямовані на формування здорового способу життя) та зможе гарантувати кожному

---

<sup>5</sup> Держстат, Витрати і ресурси домогосподарств України у 2016 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2017/zb/07/zb\\_vrdu2016pdf.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/zb/07/zb_vrdu2016pdf.zip)

громадянину, що користування медичними послугами не буде загрожувати економічному стану його домогосподарства<sup>6</sup>.

Сучасні системи охорони здоров'я в розвинених країнах пройшли довгий шлях розвитку від моделей охорони здоров'я без державного регулювання до моделей загального охоплення, що базуються на певній, історично притаманній конкретній країні, організаційно-фінансовій системі медичної допомоги. У процесі еволюції різні початково системи охорони здоров'я набували рис одна одної та запозичували одна у одної найбільш прогресивні елементи організації. Прагнучи повного охоплення населення медичними послугами і збільшення їх доступності для найбідніших верств, більшість систем охорони здоров'я розвинених країн набули гібридного характеру з акцентом на збільшення ролі держави в управлінні ними.

Отже, помітним трендом у розвитку медичної галузі в останнє десятиріччя є соціалізація медичних послуг, тобто забезпечення соціальних гарантій держави та збільшення доступності медичної допомоги для широких верств населенню завдяки проактивній діяльності держави з формування страхових пулів, перерозподілу ризиків між ними, управління фінансами, формування держзамовлення та впливу на цінову політику медичних закладів та фармацевтичних компаній.

За будь-якої системи організації охорони здоров'я особливо гостро в умовах обмеженості ресурсів стоїть питання фінансування лікування хронічних захворювань, витратних методів лікування та діагностики. З одного боку, у вигляді прямих платежів такого роду витрати не здатні покрити більшість домогосподарств (не тільки вітчизняних, але й у будь-якій країні), з іншого – ці витрати нераціонально включати в системи гарантованих безоплатних медичних послуг, оскільки послуги високої вартості за необмеженості доступу ризикують стати головним джерелом нераціонального використання суспільних ресурсів. Проте, так чи інакше,

---

<sup>6</sup> WHO, Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005 (WHA58/2005/REC/1). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf>

гарантом надання медичних послуг у таких випадках має виступати держава, головним завданням якої є забезпечення їх доступності. Таким чином, для подібних методів лікування та діагностики повинні бути чітко визначені джерела фінансування та умови доступу, рівні для всіх громадян. Так, наприклад, витратна діагностика за допомогою методу МРТ повинна бути доступною в екстрених випадках для надання невідкладної допомоги, тоді як фінансування лікування онкологічних захворювань може відбуватися за спеціальною державною програмою або низкою програм, видатки на які є захищеними статтями бюджету. В умовах страхової медицини фінансування витратних методів лікування та діагностики повинно забезпечуватися за рахунок вирівнювання ризиків між страхувальниками, що забезпечують загальне охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням.

Навіть у країнах з провідною роллю ринкових механізмів регулювання галузі охорони здоров'я високовитратні методи або випадки лікування фінансуються за рахунок бюджету. Так, наприклад, уряди Нідерландів та Швейцарії видатки, що є надто обтяжливими для страхової системи, покривають коштами держави згідно з установленою процедурою розподілу державного фінансування між всіма закладами, що беруть участь у наданні безоплатної медичної допомоги<sup>7</sup>. Після того, як застосування ринкових механізмів у розбудові системи охорони здоров'я у Китаї призвело до збільшення частки прямих платежів до 60 % від усіх видатків на охорону здоров'я у 2000 р., уряд країни проголосив курс на реформу галузі, кінцевою метою якої визначено ефективне та доступне медичне обслуговування для всіх громадян незалежно від місця проживання<sup>8</sup>.

Водночас у доповіді ВООЗ наголошується, що навіть країни з високим доходом не можуть забезпечити охоплення всього населення всім спектром безкоштовних медичних послуг. Якщо йдеться про бюджетне фінансування

---

<sup>7</sup> Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin S. Funding Health Care: Options for Europe / European Observatory series. Buckingham, UK, 2002.

<sup>8</sup> Meng Q, Tang S. Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities. World health report 2010background paper, no.7. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

без залучення коштів на умовах передплати, то завжди доводиться шукати баланс між часткою населення, яку охоплює таке фінансування, спектром послуг, що доступні в межах нього, та часткою цих державних витрат в усіх ресурсах, спрямованих на утримання системи охорони здоров'я<sup>9</sup>.

Багато країн із трансформаційною економікою у реформуванні своїх систем охорони здоров'я пішли шляхом означення обсягів державних зобов'язань у цій сфері. Так, у Білорусі всі види медичних послуг, що надаються громадянам державою безкоштовно, та їхній обсяг означені у «Територіальних програмах державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги»<sup>10</sup>. Так само у Російській Федерації Програмою державних гарантій забезпечення громадян РФ безоплатною медичною допомогою було встановлено перелік видів, форм та умов надання безоплатної медичної допомоги, а також захворювань та медичних станів, медична допомога при яких надається безоплатно, середні нормативи обсягу медичної допомоги та фінансових видатків на її надання, а також структуру тарифів на медичні послуги та способи їх оплати<sup>11</sup>. Таким чином, у цих країнах було законодавчо введено механізм співплатежів, який (у різному вигляді) існує в усіх розвинених країнах.

Крім того, більшість пострадянських країн взяли курс на підвищення фінансової автономності медичних закладів. Головна ідея реалізації фінансово-організаційних заходів, спрямованих на досягнення цієї мети – надати можливість їх керівникам діяти в інтересах пацієнтів та відповідно до стратегічних цілей розвитку підзвітної організації. При цьому доступ до

---

<sup>9</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2010/ru/>

<sup>10</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. №724 "О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики". – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby09/sbor41/text41591.htm>  
О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 29 марта 2016 № 259. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.minzdrav.gov.by\\_normativnye\\_prikazy](http://www.minzdrav.gov.by_normativnye_prikazy)

<sup>11</sup> Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://klinikabudzdorov.ru/upload/patients\\_rights/gos\\_garantii\\_2017.pdf](http://klinikabudzdorov.ru/upload/patients_rights/gos_garantii_2017.pdf)

ресурсів, призначених медичному закладу, має бути таким самим легким, як і доступ до нині діючих благодійних фондів.

Найбільш перспективним напрямом розвитку систем охорони здоров'я західних країн є розвиток реактивності, тобто такої гнучкості в організації їхньої роботи, яка б забезпечувала здатність мінімізувати як внутрішні соціально-демографічні загрози, пов'язані зі старінням населення (зростання частки літніх людей, збільшення терміну життя у похилому віці, скорочення можливостей для наповнення страхових фондів), так і зовнішні ризики для суспільного здоров'я, викликані збільшенням інтенсивності міграційних потоків – поширення екзотичних хвороб, епідемій та пандемій.

Якщо система охорони здоров'я не має високого рівня адаптивності до соціальних умов, що постійно змінюється під швидкою дією внутрішніх та зовнішніх загроз, вона, не задовольняючи потреби населення у медичних товарах та послугах, стане найслабкішою ланкою у забезпеченні національної безпеки. Навіть у країнах з пристойними місцями у рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)<sup>12</sup> більшість населення визнає необхідність у вдосконаленні системи надання медичної допомоги. Так, більше половини жителів Канади (55 %), Нової Зеландії (52 %), Швеції (51 %) та жителів Сполучених Штатів (52 %) заявили, що система охорони здоров'я їхньої країни потребує докорінних змін. На додачу до цього, 23 % жителів Сполучених Штатів заявили, що їхня система охорони здоров'я має бути повністю перебудована<sup>13</sup>. Цей факт є яскравим свідченням того, що населення цієї країни свідоме економічних, організаційних та фінансових проблем існуючої в ній системи надання медичних послуг.

---

<sup>12</sup> WHO, The World health report 2000 : health systems: improving performance. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

<sup>13</sup> 2015 and 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Surveys. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.commonwealthfund.org/topics/current-issues/international-surveys>

## **Аналіз ризиків реформування вітчизняної системи медичного забезпечення**

Оскільки система охорони здоров'я є суспільним благом, то її ефективність визначається не лише тим, наскільки раціонально (у перерахунку на товари та послуги) використовуються її ресурси, а й тим, наскільки існуючий механізм її фінансування дозволяє досягати вищих суспільних цілей: забезпечення доступності медичного обслуговування, послаблення нерівності доступу до ресурсів охорони здоров'я, відповідність системи нагальним потребам населення у лікуванні та догляді, збільшення консолідації суспільства через солідарне фінансування, підвищення рівня соціальної інклюзії.

Виходячи з цього, показники прогресивності та ефективності впроваджуваних реформ повинні включати в себе кількісні індикатори, що свідчать про збільшення доступності медичних послуг, підвищення їхньої якості та покращення умов роботи лікарів та медперсоналу. До таких можуть бути віднесені такі:

- скорочення частки видатків бідних верств населення на медичні послуги та медикаменти;
- збільшення доступності вузькоспеціалізованої медичної допомоги та вартісної діагностики;
- збільшення звернень до медиків за спеціалізованою допомогою та підвищення рівня вакцинації;
- скорочення смертності від захворювань, лікування яких є вартісним;
- зменшення захворюваності та збільшення тривалості життя;
- підвищення рівня задоволеності пацієнтів;
- зростання доходів медиків.

Ухвалений Верховною Радою 19 жовтня 2017 р. Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» є, по суті, першим кроком до введення поширеного в усьому світі механізму співплатежів за медичні послуги та товари медичного призначення. У цілому



ВООЗ оцінює роботу цього механізму позитивно, оскільки він сприяє додатковому залученню коштів у систему охорони здоров'я, підвищує ефективність їх використання і знижує невиправдане надмірне споживання ресурсів системи<sup>14</sup>.

Тим не менше, у нинішніх умовах в Україні введення співплатежів у системі охорони здоров'я може викликати низку ризиків:

- відмова частини населення від користування платними або частково оплачуваними медичними послугами, що призведе до погіршення стану здоров'я населення, збільшення числа людей з хронічними захворюваннями;
- порушення принципу справедливості у доступі до медичної допомоги за умови, що рівень платежів та доплат буде надто високим відносно середніх доходів населення;
- збільшення адміністративних витрат на налагодження і підтримку роботи системи пільг, знижок та виключень, спрямованої на забезпечення доступності медичних послуг для соціально незахищених верств населення;
- зниження ефективності поточних неофіційних витрат на медичні послуги, які несуть домогосподарства у випадку, якщо держава не встановить високих стандартів медичного обслуговування або не зможе забезпечити ефективний контроль над коштами, які будуть приходити в систему охорони здоров'я за офіційними каналами після проведення реформи;
- посилення сегрегації на ринку медичних послуг у випадку якщо приватні та неприбуткові лікарні та амбулаторії не будуть допущені до надання послуг (з подальшим державним відшкодуванням їхньої вартості) на тих самих умовах, на яких будуть діяти державні та муніципальні заклади;
- ризик скорочення державних зобов'язань із надання найбільш соціально значимих послуг – охорона материнства, дитинства, медичне обслуговування інвалідів та осіб похилого віку.

---

<sup>14</sup> ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2010/ru/>

Крім того, очікується, що значних фінансових ресурсів потребуватиме оновлена система державного управління масштабною галуззю, з особливостями, що не сприяють «самоналогодженню» процесів функціонування. З одного боку, між лікарняними закладами повинна бути конкуренція, з іншого – в жодному разі не можна сподіватися, що впровадження «ринкових механізмів» у галузі охорони здоров'я автоматично призведе до підвищення ефективності використання коштів. Ринок медичних послуг ніколи не буде «ринком» у загальному розумінні цього слова через те, що споживач на «ринку» не має повної інформації про якість надання медичних послуг та конкурентних перевагах медичних продуктів особисто для нього, а вибір медичних закладів як постачальників медичних послуг для більшості населення обмежений територіальним фактором, що є таким самим вагомим аспектом доступності, як і прийнятна вартість.

### **Висновки та рекомендації**

За ознаками формування джерел покриття фінансових витрат на лікування для населення і відповідальності лікарів за результати своєї професійної діяльності нинішня система охорони здоров'я подібна до притаманних найбільш розвинутих країнам натуральних моделей організації охорони здоров'я, в яких доступ до медичної допомоги обмежується фінансовою спроможністю хворих, а стосунки між лікарями та пацієнтами не підлягають повній правовій впорядкованості.

Водночас реформа системи охорони здоров'я, що нині впроваджується в Україні, відповідає головним тенденціям розвитку цієї галузі в розвинених країнах: забезпечення загального охоплення населення найбільш необхідними видами медичної допомоги, збільшення фінансової автономності лікарняних закладів, диверсифікація джерел фінансування галузі, підвищення рівня її адаптивності.

Разом із тим для усунення потенційних ризиків, які може нести в собі впроваджувана реформа, повинні бути здійснені наступні заходи.

1. Міністерству охорони здоров'я у співробітництві з Міністерством фінансів розробити середньострокову Програму фінансового розвитку галузі, якою буде передбачено, що за п'ять років, відповідно до рекомендацій ВООЗ,<sup>15</sup> **частка прямих платежів населення під час отримання медичних послуг (в тому числі спрямованих на купівлю медичних препаратів) буде знижена до 15-20 % від загальних обсягів фінансування системи охорони здоров'я.** При цьому частка уряду у фінансуванні галузі повинна бути доведена до середньої для європейського регіону (65-70%), а частка незалежних фінансових пулів має бути достатньою для перерозподілу ризиків між ними.

2. Міністерству охорони здоров'я у співпраці з Міністерством соціальної політики розробити **механізм послаблення негативного впливу співплатежів на користування медичними послугами** представниками незахищених верств населення – розробити систему пільгових співплатежів для осіб із низькими доходами; створити фінансові пули, спрямовані на медичне забезпечення неплатоспроможних осіб, та визначити джерела їх поповнення; встановити максимальні суми річних видатків на співплатежі для осіб із хронічними захворюваннями. Спрогнозувати кількість осіб, які будуть користуватися даною системою соціальної підтримки та загальний розмір медичної допомоги, якої вони потребують. Передати прогностичні дані Міністерству фінансів для визначення фактичного обсягу фінансування галузі.

3. Територіальним громадам, місцевим органам державної влади надати Міністерству економіки пропозиції щодо реалізації проектів організації роботи медичних закладів на основі застосування механізму **державно-приватного партнерства.** Надати Міністерством рекомендації

---

<sup>15</sup> ВООЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/whr/2010/ru/>

для впровадження проектів, що пройшли у ньому економічну експертизу, забезпечити їх реалізацію постановами Кабміну.

4. Забезпечити органами державної влади **рівність доступу населення до медичних послуг** для реалізації принципу соціальної справедливості. Вивести спеціальною постановою Кабміну із солідарної системи користування спеціальними медичними закладами, доступ до яких надається за категоріальною ознакою. Розробити систему професійного медичного страхування (з внесками від роботодавців та працівників) для збереження пільг для тих категорій громадян, які користуються нині медичним обслуговуванням на спеціальних умовах. Упровадити її шляхом прийняття спеціального закону Верховною Радою України.

5. Створити при Кабміні експертну комісію для визначення **показників ефективності реформи охорони здоров'я** (на основі кількісних індикаторів, що свідчать про збільшення доступності медичних послуг, підвищення їхньої якості та покращення умов роботи лікарів та медперсоналу). Оприлюднити результати роботи цієї комісії для здійснення державного та громадського моніторингу.

Коломієць О.О.  
відділ соціальної безпеки