



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ - 2011

Серпень 2011 р.

Ця публікація була підготовлена для розгляду Агентством США з міжнародного розвитку. Вона була підготовлена Лізою Тарантіно, Славією Чанковою, Джошем Розенфельдом, Субратою Раут (Lisa Tarantino, Slavea Chankova, Josh Rosenfeld, and Subrata Routh) (Abt Associates Inc) та Елізабет Прібл (Elizabeth Preble) для Проекту *Системи Охорони Здоров'я 20/20*.

## Місія

Угода про співпрацю *Системи охорони здоров'я 20/20*, що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) на період 2006-2011 років, допомагає країнам, що одержують підтримку USAID, у вирішенні проблем системи охорони здоров'я стосовно використання пріоритетних послуг з рятування життя. *Системи охорони здоров'я 20/20* працює з метою зміцнення систем охорони здоров'я на основі комплексного підходу до покращення фінансування, управління та операцій, а також створення сталого потенціалу місцевих установ.

## 19 серпня 2011 р.

Для отримання додаткових екземплярів цього звіту звертайтеся, будь ласка, на електронну скриньку [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) або відвідайте наш вебсайт: [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

## Угода про співпрацю №: GHS-A-00-06-00010-00

**Подано до:** Роберт Емрі (Robert Emrey), Головний технічний директор  
Відділ Систем охорони здоров'я  
Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань і харчування  
Бюро міжнародної охорони здоров'я  
Агентство міжнародного розвитку США

**Рекомендації по цитуванню:** Ліза Тарантіно; Славеа Чанкова; Елізабет Прібл, Джош Розенфелд, Субрата Раут (Tarantino, Lisa; Slavea Chankova, Elizabeth Preble, Josh Rosenfeld, and Subrata Routh). Серпень 2011 р. *Аналіз системи охорони здоров'я України, 2011*. Бетесда, MD: Проект *Системи охорони здоров'я 20/20*, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North  
| Bethesda, Maryland 20814 | P: 301.347.5000 | F: 301.913.9061  
| [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

## У співпраці з:

| Фонд Aga Khan | Bitrán y Asociados | Університет BRAC | Broad Branch Associates | Deloitte Consulting, LLP  
| Forum One Communications | RTI International | Training Resources Group | Школа Університету Tulane з

# АНАЛІЗ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 2011

## **ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

Погляди автора, висловлені у цій публікації, не обов'язково співпадають з точкою зору Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) чи Уряду США.



# КОРОТКИЙ ВИКЛАД

У відповідь на прохання української місії Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), Проект Системи охорони здоров'я 20/20, що фінансується USAID, провів цей аналіз для того, щоб визначити сильні і слабкі сторони в системі охорони здоров'я України, приділяючи особливу увагу ВІЛ / СНІД, туберкульозу (ТБ), і контролю народжуваності; розробити рекомендації для надання інформації USAID / Україна по створенню програми охорони здоров'я і розглянути проект плану реформи охорони здоров'я Уряду України.

Аналіз системи охорони здоров'я був проведений в період з січня по квітень 2011 року. Аналіз дозволив оцінити ключові функції системи охорони здоров'я, організовані в рамках шести технічних блоків, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я: управління; фінансування охорони здоров'я; надання послуг; людські ресурси; управління продуктами медичної допомоги; інформаційні системи охорони здоров'я. Аналітична група проаналізувала наскрізні питання, які мали найбільший вплив на систему. Група визначила ряд сильних сторін і можливостей в системі охорони здоров'я України, а також чотири наскрізних обмеження, які охоплюють більшість ключових слабких сторін усіх компонентів системи охорони здоров'я. Рекомендації, зроблені по закінченню аналізу, стосуються чотирьох наскрізних обмежень і виділяють можливості, які Уряд України, USAID, донорські установи та інші зацікавлені сторони можуть застосувати для зміцнення системи охорони здоров'я з метою поліпшення здоров'я всіх українців.

Хоча процес децентралізації призвів до деяких змін у системі фінансування, основа української системи залишається неререформованою з моменту отримання незалежності від Радянського Союзу. Система охорони здоров'я Україна в цей час стикається з серйозними проблемами, зокрема зростання неінфекційних та інфекційних захворювань, особливо ВІЛ / СНІДу та туберкульозу, а також скорочення середньої тривалості життя. Поганий стан здоров'я людей поєднується з важкою економічною ситуацією, спричиненою нещодавнім світовим економічним спадом.

Уряд України приступив до амбітного плану реформи охорони здоров'я, сформульованого у Плані економічних реформ Президента України (2010), у ряді законопроектів і недавно прийнятих законах. План Уряду України націлений на вирішення ключових проблем, що стоять перед системою охорони здоров'я і базується на передових міжнародних практиках. Оскільки реалізація зараз залежить від реформаторів, Уряд України ретельно розглядає порядок і методи прийняття реформ, а також досвід інших країн у регіоні.



# ЗМІСТ

КОРОТКИЙ ВИКЛАД.....	v
ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ .....	x
ПЕРЕЛІК ЗОБРАЖЕНЬ .....	xi
ПЕРЕЛІК ВСТАВОК .....	xiii
СКОРОЧЕННЯ .....	xv
ПОДЯКА .....	xvii
РЕЗЮМЕ .....	xix
<b>1. БАЗОВА ІНФОРМАЦІЯ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ОГЛЯД КРАЇНИ .....</b>	<b>3</b>
2.1 ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ.....	3
2.1.1 СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ .....	3
2.1.2. ОГЛЯД НЕЩОДАВНИХ ПОЛІТИЧНИХ ТА ЕКОНОМІЧНИХ ПОДІЙ В УКРАЇНІ .....	4
2.2 ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ.....	6
2.3 СТАНОВИЩЕ ІЗ ЗДОРОВ'ЯМ НАСЕЛЕННЯ .....	6
2.3.1 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ .....	6
2.4 ТУБЕРКУЛЬОЗ .....	10
2.5 РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я І КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНОСТІ .....	11
2.6 БУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	12
2.7 ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ .....	13
2.8 РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І РОЗРОБКА СТРАТЕГІЙ .....	13
2.9 РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	13
2.10 ЗАЛУЧЕННЯ ДОНОРІВ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	14
<b>3. ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ .....</b>	<b>15</b>
3.1 УПРАВЛІННЯ І КЕРІВНИЦТВО .....	15
3.1.1 ОГЛЯД .....	16
3.1.2 ФОРМУЛЮВАННЯ СТРАТЕГІЇ.....	22
3.1.3 ПРАВО ГОЛОСУ .....	22

3.1.4 ЗДАТНІСТЬ РЕАГУВАТИ.....	22
3.1.5 ТЕХНІЧНИЙ НАГЛЯД .....	22
3.1.6 НАДАННЯ ПОСЛУГ .....	23
3.1.7 ІНФОРМАЦІЯ, ЗВІТНІСТЬ, ПІДТРИМКА.....	23
3.1.8 ДИРЕКТИВИ, НАГЛЯД, РЕСУРСИ .....	23
3.1.9 ЗАЛУЧЕННЯ ДОНОРІВ .....	24
3.1.10 УПРАВЛІННЯ І КЕРІВНИЦТВО: ПРОГРАМИ З ВІЛ/СНІД, ТБ І КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTІ .....	24
3.1.11 НАСТАВ ЧАС РЕФОРМИ.....	24
3.1.12 СИЛЬНІ СТОРОНИ, СЛАБКІ СТОРОНИ, МОЖЛИВОСТІ І ЗАГРОЗИ (АНАЛІЗ SWOT) .....	27
3.2 ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	28
3.2.1 ОГЛЯД .....	28
3.2.2 ПРОЦЕС ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	29
3.2.3 ОГЛЯД КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	32
3.2.4 ДЖЕРЕЛА І СУМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	34
3.2.5 ОБ'ЄДНАННЯ І АСИГНУВАННЯ РЕСУРСІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	35
3.2.6 ПРИДБАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І МЕТОДИ СПЛАТИ ПОСТАЧАЛЬНИКАМ.....	38
3.2.7 ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМИ ВІЛ/СНІД, ТБ, КН/РЗ.....	39
3.2.8 АНАЛІЗ SWOT .....	43
3.3 НАДАННЯ ПОСЛУГ .....	45
3.3.1 ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ.....	45
3.3.2 ДОСТУП, ОХОПЛЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ .....	52
3.3.3 ЯКІСТЬ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	52
3.3.4 НАДАННЯ ПОСЛУГ І ВІЛ/СНІД.....	53
3.3.5 НАДАННЯ ПОСЛУГ І ТУБЕРКУЛЬОЗ .....	58
3.3.6 НАДАННЯ ПОСЛУГ І КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНOSTІ.....	60
3.3.7 АНАЛІЗ SWOT .....	62
3.4 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ.....	63
3.4.1 НАЯВНІСТЬ І РОЗПОДІЛ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ.....	63
3.4.2 ПЛАНУВАННЯ ТА РОЗПОДІЛ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ .....	67



3.4.3 ФІНАНСУВАННЯ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ .....	68
3.4.4 ОСВІТА .....	70
3.4.5 ПАРТНЕРСТВО У РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ.....	74
3.4.6 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: ВІЛ/СНІД .....	74
3.4.7 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: ТБ .....	76
3.4.8 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНOSTI .....	76
3.4.1 АНАЛІЗ SWOT .....	77
ТАБЛИЦЯ 3.4.2. АНАЛІЗ SWOT ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ.....	77
3.5 УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПРОДУКТАМИ .....	78
3.5.1 ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД .....	79
3.5.2 ОРГАНІЗАЦІЯ .....	80
3.5.3 ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ПЕРШОЇ НЕОБХІДНОСТІ .....	80
3.5.4 ЗАКУПІВЛЯ ТА ПРОБЛЕМИ СХЕМИ ПОСТАЧАННЯ .....	80
3.5.5 ЯКІСТЬ ТА БЕЗПЕКА.....	82
3.5.6 ДОСТУП .....	82
3.5.7 ЛІКИ ПРОТИ ВІЛ/СНІД .....	84
3.5.8 ЛІКИ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ .....	84
3.5.9 КОНТРАЦЕПТИВИ .....	85
3.5.10 АНАЛІЗ SWOT.....	86
3.6 ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	87
3.6.1 ПРОЦЕСИ ЗБОРУ, УПРАВЛІННЯ ТА АНАЛІЗУ ДАНИХ.....	88
3.6.2 РЕСУРСИ ДЛЯ ВИРОБЛЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЇ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	92
3.6.3 РЕЗУЛЬТАТИ роботи ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	94
3.6.4 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я : ВІЛ/СНІД.	97
3.6.5 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМА ТБ.....	97
3.6.6 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМА КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTI .....	98
3.6.7 АНАЛІЗ SWOT.....	100
<b>4. ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА МОЖЛИВОСТІ .....</b>	<b>103</b>
4.1 СИЛЬНІ СТОРОНИ І МОЖЛИВОСТІ.....	104
4.2 ОСНОВНІ ВИКЛИКИ.....	105

<b>5. РЕКОМЕНДАЦІЇ</b> .....	<b>111</b>
5.1 СПРИЯТИ СИЛЬНОМУ ПОЛІТИЧНОМУ КЕРІВНИЦТВУ ТА ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННЮ ЯК ОСНОВНИМ СКЛАДОВИМ УСПІШНОЇ РЕФОРМИ .....	111
5.2 ПЕРЕОРІЄНТУВАТИ СИСТЕМУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У СТАЦІОНАРІ/ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ЗАКЛАДІ НА МОДЕЛЬ, НАЦІЛЕНУ НА ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНІТАРНУ ДОПОМОГУ .....	113
5.3 ВПРОВАДИТИ РЕФОРМУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВИ ДЛЯ ШИРОКОМАСШТАБНИХ ПОЗИТИВНИХ ЗМІН .....	114
5.4 ВПРОВАДЖУВАТИ СТРАТЕГІЇ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ .....	117
5.5 РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА ДОНОРІВ .....	117
5.6 ПОЗА МЕЖАМИ СЕКТОРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	118
<b>ДОДАТОК А: СХЕМА ДОНОРСЬКИХ ПРОГРАМ ПО ВІЛ/СНІД, ТБ ТА КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTІ</b> .....	<b>121</b>
<b>ДОДАТОК В: МЕТОДОЛОГІЯ</b> .....	<b>138</b>
<b>ДОДАТОК С: СЕМІНАР ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН</b> .....	<b>141</b>
<b>ДОДАТОК D: СПИСОК КОНТАКТІВ</b> .....	<b>143</b>
<b>ДОДАТОК E: ВИКОРИСТАНІ ДОКУМЕНТИ</b> .....	<b>149</b>

## ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ

ТАБЛИЦЯ 2.1. ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ПО УКРАЇНІ І ВІДПОВІДНІ СЕРЕДНІ ПОКАЗНИКИ ПО СНД І ЄС .....	4
ТАБЛИЦЯ 2.2. РЕЙТИНГ УКРАЇНИ У ЗВІТІ «ВЕДЕННЯ БІЗНЕСУ» .....	5
ТАБЛИЦЯ 2.3. 12 ГОЛОВНИХ ПРИЧИН СМЕРТІ ТА DALYs В УКРАЇНІ В 2005 .....	7
ТАБЛИЦЯ 3.1.1. ЗАКОНОДАВСТВО І ПРОГРАМИ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	18
ТАБЛИЦЯ 3.1.2. ПОЛІТИЧНА СТРУКТУРА УКРАЇНИ І СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА РІВНЯМИ .....	19
ТАБЛИЦЯ 3.1.3. АНАЛІЗ SWOT ПО УПРАВЛІННЮ .....	27
ТАБЛИЦЯ 3.2.1. ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я І ЕКОНОМІЧНІ ПОКАЗНИКИ З ПОРІВНЯННЯМ ПО РЕГІОНАХ І ПО ГРУПАХ ДОХОДІВ, 2007–2008 .....	32

ТАБЛИЦЯ 3.2.2. ТЕНДЕНЦІЇ В ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКАХ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я І В ЕКОНОМІЧНИХ ПОКАЗНИКАХ, 2004–2009 .....	33
ТАБЛИЦЯ 3.2.3. НЕДОФІНАНСУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПО БОРОТЬБИ З ВІЛ 2009–2016 РР. ....	41
ТАБЛИЦЯ 3.2.4. НЕДОФІНАНСУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ БОРОТЬБИ З ТБ У 2009–2014 РР. ....	42
ТАБЛИЦЯ 3.2.5. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬНИХ ЦІН НА АРВ, 2010 .....	43
ТАБЛИЦЯ 3.2.6. АНАЛІЗ SWOT ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .	44
ТАБЛИЦЯ 3.3.1. ІНШІ УЧАСНИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	46
ТАБЛИЦЯ 3.3.2. ТЕНДЕНЦІЇ У ЛІКАРНЯХ ТА АМБУЛАТОРНИХ ЗАКЛАДАХ В УКРАЇНІ (2004–2008).....	49
ТАБЛИЦЯ 3.3.3. ЛІКАРНІ І ЗАКЛАДИ ПМСД НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ, ОКРЕМИХ СУСІДНІХ КРАЇНАХ І В ЄС.....	50
ТАБЛИЦЯ 3.3.4. ДОПОМОГА ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДУ ПО ПРОГРАМІ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ .....	54
ТАБЛИЦЯ 3.3.5. . ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМ ТБ: УКРАЇНА, БІЛОРУСЬ, МОЛДОВА, РОСІЯ .....	58
ТАБЛИЦЯ 3.3.6. ПОШИРЕНІСТЬ ПРОТИЗАПЛІДНИХ ЗАСОБІВ І СПІВВІДНОШЕННЯ АБОРТІВ В УКРАЇНІ І В СУСУДНІХ КРАЇНАХ .....	61
ТАБЛИЦЯ 3.3.7. АНАЛІЗ SWOT ПО НАДАННЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ .....	62
ТАБЛИЦЯ 3.4.1. КІЛЬКІСТЬ МЕДПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ (ОКРЕМІ КАДРИ), 2005–2010 .....	65
ТАБЛИЦЯ 3.4.2. АНАЛІЗ SWOT ПО ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСАХ .....	77
ТАБЛИЦЯ 3.5.1. ДЖЕРЕЛА РОЗДРІБНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТОРГІВЛІ В УКРАЇНІ, 2010 .....	82
ТАБЛИЦЯ 3.5.2. АНАЛІЗ SWOT ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТОВАРІВ .....	86
ТАБЛИЦЯ 3.6.1. АНАЛІЗ SWOT ДЛЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	100
ТАБЛИЦЯ 4.1. МІЖГАЛУЗЕВІ ОБМЕЖУЮЧІ ЧИННИКИ У РАМКАХ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	107

## ПЕРЕЛІК ЗОБРАЖЕНЬ

ЗОБРАЖЕННЯ 2.1. КАРТА УКРАЇНИ .....	3
ЗОБРАЖЕННЯ 2.2. ТЕНДЕНЦІЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ, 1990–2009.....	8

ЗОБРАЖЕННЯ 2.3. СМЕРТНІСТЬ, ЯКОЇ МОЖНА УНИКНУТИ В УКРАЇНІ, 2004.....	8
ЗОБРАЖЕННЯ 2.4. ПОВІДОМЛЕННЯ УРЯДУ ПРО НОВІ ВИПАДКИ ВІЛ, СНІД І СМЕРТЕЙ ВІД ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ, 2002–2010.....	10
ЗОБРАЖЕННЯ 2.5. СМЕРТНІСТЬ, ПОШИРЕНІСТЬ І ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТБ (1990–2009).....	11
ЗОБРАЖЕННЯ 2.6. ЧИСЛО АБОРТІВ НА 1000 НАРОДЖЕНЬ В УКРАЇНІ, СНД, ЄС, 1990–2008.....	12
ЗОБРАЖЕННЯ 3.1.1. КЛЮЧОВІ УЧАСНИКИ І ВІДНОШЕННЯ, ЩО КЕРУЮТЬ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	16
ЗОБРАЖЕННЯ 3.1.2. СТРУКТУРА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	21
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.1. ПОТОКИ ФІНАНСУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	31
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.2. СЕРЕДНІ ВИТРАТИ НА АМБУЛАТОРНЕ ВІДВІДУВАННЯ.....	33
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.3. ТЕНДЕНЦІЇ У ДЖЕРЕЛАХ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, 2004–2009.....	34
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.4. АСИГНУВАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ПО ОСНОВНИХ ФУНКЦІЯХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, 2009.....	37
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.5. ЧАСТКА СТАТЕЙ ВИДАТКІВ У ПОВТОРЮВАНИХ ВИТРАТАХ УРЯДУ, ПО ПОСТАЧАЛЬНИКАХ.....	38
ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.6. ДЖЕРЕЛА ТА ЧАСТКИ ФІНАНСУВАННЯ ПО ПРОГРАМАХ ВІЛ/СНІД ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У 2004 Р. ....	40
ЗОБРАЖЕННЯ 3.3.1. РІВНІ, ПУНКТИ ОТРИМАННЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ, СИСТЕМА НАПРАВЛЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я.....	47
ЗОБРАЖЕННЯ 3.3.2. ПРИВАТНІ ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ЇХНІ РІЧНІ ПРОДАЖІ, 2009... ..	51
ЗОБРАЖЕННЯ 3.4.1. КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ, МЕДСЕСТЕР, АКУШЕРОК, СТОМАТОЛОГІВ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ І В ОКРЕМИХ ІНШИХ КРАЇНАХ, 2008–2009.....	64
ЗОБРАЖЕННЯ 3.4.2. КІЛЬКІСТЬ ВИПУСКНИКІВ МЕДИКІВ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ТА В ДЕЯКИХ ІНШИХ КРАЇНАХ, 2008–2009.....	70
ЗОБРАЖЕННЯ 3.5.1. КОМПОНЕНТИ СХЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПРОДУКТАМИ, ВАКЦИНАМИ ТА ТЕХНОЛОГІЯМИ.....	79
ЗОБРАЖЕННЯ 3.5.3. ТЕМПИ ЗРОСТАННЯ РОЗДРІБНИХ ЦІН У КОШИКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ, 2006–2010.....	83
ЗОБРАЖЕННЯ 3.6.1. ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	88

ЗОБРАЖЕННЯ 3.6.2. ПЛАНОВА ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	89
ЗОБРАЖЕННЯ В.1. СХЕМА АНАЛІЗУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я «СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 20/20» .....	138

## ПЕРЕЛІК ВСТАВОК

ВСТАВКА 3.2.1. ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ГОТІВКОВИХ ПЛАТЕЖІВ ПЕРЕШКОДЖАЄ ДОСТУПУ ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ .....	35
ВСТАВКА 3.2.2. СИСТЕМА ПЛАТЕЖІВ Є КОРЕНЕМ БАГАТЬОХ ЗОЛ .....	38
ВСТАВКА 3.6.1. ВИСОКИЙ ПОТЕНЦІАЛ ДО ЗБИРАННЯ ДАНИХ, ЇХ АНАЛІЗУ ТА ЗВІТНОСТІ НА РІВНІ ЗАКЛАДІВ.....	92
ВСТАВКА 3.6.2. ІНФОРМАЦІЙНІ ПРОДУКТИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	96



# СКОРОЧЕННЯ

<b>АСОЗ</b>	Аналіз Системи Охорони Здоров'я
<b>АРТ</b>	Антиретровірусна терапія
<b>АРВ</b>	Антиретровірусний
<b>ВВП</b>	Валовий Внутрішній Продукт
<b>ВЗП</b>	Ведення закупівель і поставок
<b>ВМЗ</b>	Внутрішньоматковий засіб
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
<b>ДКС</b>	Державний Комітет Статистики
<b>ЄС</b>	Європейський Союз
<b>ЄЦА</b>	Регіон Східної Європи та Центральної Азії
<b>ЗОЗ</b>	Загальні видатки на охорону здоров'я
<b>ІКТ</b>	Інформаційні та Комунікаційні Технології
<b>ІПСШ</b>	Інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>ІСОЗ</b>	Інформаційна Система Охорони Здоров'я
<b>ІСУОЗ</b>	Інформаційна Система Управління Охороною Здоров'я
<b>ІТ</b>	Інформаційні Технології
<b>ККПР</b>	Кількість контрацептивів, використовуваних парою за рік
<b>КН</b>	Контроль Народжуваності
<b>ЛФ</b>	Лікарняні Фонди
<b>МВФ</b>	Міжнародний Валютний Фонд
<b>М і О</b>	Моніторинг і Оцінка
<b>МЛС</b>	Множинна лікарська стійкість
<b>МОЗ</b>	Міністерство Охорони Здоров'я
<b>МФ</b>	Міністерство фінансів
<b>НРЗ</b>	Національні Рахунки Здоров'я
<b>НУО</b>	Неурядова Організація
<b>ОК</b>	Оральний контрацептив
<b>ОЕСР</b>	Організація Економічного Співробітництва та Розвитку
<b>ООН</b>	Організація Об'єднаних Націй

<b>ОХМД</b>	Охорона здоров'я матері та дитини
<b>ПДП</b>	Пакет пільг, гарантованих державою
<b>ПМД</b>	Первинна медична допомога
<b>ППМД</b>	Попередження передачі від матері до дитини
<b>ПСР</b>	Показники Світового Розвитку
<b>РЗ</b>	Репродуктивне здоров'я
<b>СЕС</b>	Санітарно-Епідеміологічні Станції
<b>СІН</b>	Споживання Ін'єкційних наркотиків
<b>СНД</b>	Співдружність Незалежних Держав
<b>ТБ</b>	Туберкульоз
<b>УІСД</b>	Український Інститут Стратегічних Досліджень
<b>ЦКХ</b>	Центри Контролю Хвороб
<b>ЦМС</b>	Центр Медичної Статистики
<b>ЦСЕ/СНД</b>	Центральна та Східна Європа/Співдружність Незалежних Держав
<b>ШЛС</b>	Широка лікарська стійкість
<b>DALY</b>	Disease Adjusted Life Years (кількість років життя, скоригованих з урахуванням непрацездатності)
<b>DHS</b>	Дослідження з демографії та охорони здоров'я
<b>DOTS</b>	Короткий курс лікування при прямому нагляді
<b>E&amp;E</b>	Європа та Євразія
<b>GTZ</b>	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
<b>HFA-DB</b>	Європейська база даних <i>Здоров'я для всіх</i>
<b>JSI</b>	John Snow, Inc.
<b>PEPFAR</b>	Надзвичайний план Президента зі СНІДу
<b>SWOT</b>	Сильні сторони, слабкі сторони, можливості та загрози
<b>UNAIDS</b>	Об'єднана Програма ООН по ВІЛ/СНІД
<b>UNDP</b>	Програма розвитку ООН
<b>UNFPA</b>	Фонд населення ООН
<b>UNGASS</b>	Спеціальна сесія Генасамблеї ООН
<b>UNICEF</b>	Дитячий Фонд ООН
<b>USAID</b>	Агентство США з міжнародного розвитку



# ПОДЯКА

Цей аналіз системи охорони здоров'я був написаний колективом, до якого увійшли: Ліза Тарантіно, Славія Чанкова, Елізабет Прібл, Джош Розенфельд і Субрата Раут, і в який також зробили значний внесок і здійснили технічне керівництво Жанна Пархоменко і Валерій Кидон. Цей аналіз був профінансований Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) та здійснювався в рамках Проекту систем охорони здоров'я 20/20, очолюваного Abt Associates, Inc. Автори висловлюють подяку USAID / Україна, зокрема Енільдї Мартін, Гаррієт Дестлер і Олександрю Черкас, а також співробітникам Управління охорони здоров'я і соціальних перетворень за їх керівництво і підтримку в плануванні та здійсненні аналізу.

Цей звіт був побудований на інформації і отримав підтримку численних представників Уряду України, зокрема, Адміністрації Президента, Канцелярії Прем'єр-міністра, Міністерства охорони здоров'я і парламентського комітету охорони здоров'я. Автори висловлюють особливу подяку Поло Беллі зі Світового банку за його ретельний перегляд і коментарі, а також Марку МакЮену з Abt Associates за його технічне керівництво і важливий внесок в аналітичний звіт. Автори висловлюють подяку Ігорю Поканевичу із Всесвітньої організації охорони здоров'я, Анні Шакарішвілі з UNAIDS, і Лауренцію Стану з John Snow International за їх час, надану ними інформацію та думки. Колектив також дякує численним фахівцям по всій Україні (вони перелічені в Додатку D), які знайшли час відволіктися від виконання своїх обов'язків, щоб поділитися своїм неоціненним досвідом і знаннями з колективом.



# РЕЗЮМЕ

У відповідь на прохання Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні, Проект Системи охорони здоров'я 20/20, що фінансується USAID, провів Аналіз систем охорони здоров'я (АСОЗ), щоб: 1) визначити сильні і слабкі сторони в системи охорони здоров'я України, приділяючи особливу увагу ВІЛ / СНІД, туберкульозу (ТБ), і контролю народжуваності, 2) розробити рекомендації для надання інформації USAID / Україна по створенню програми охорони здоров'я і 3) розглянути проект плану реформи охорони здоров'я Уряду України.

АСОЗ проводився в період з січня по квітень 2011 року. Аналіз дозволив оцінити ключові функції системи охорони здоров'я, організовані в рамках шести технічних блоків, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я: управління; фінансування охорони здоров'я; надання послуг; людські ресурси; управління продуктами медичної допомоги; інформаційні системи охорони здоров'я (ІСОЗ). Аналітична група визначила ряд сильних сторін і можливостей в системі охорони здоров'я України, а також чотири наскрізних обмеження, які охоплюють більшість ключових слабких сторін усіх компонентів системи охорони здоров'я. Рекомендації, зроблені по закінченню аналізу, стосуються чотирьох наскрізних обмежень і виділяють можливості, які Уряд України, USAID, закордонні організації розвитку та донорські установи, а також інші зацікавлені сторони можуть застосувати для зміцнення системи охорони здоров'я з метою поліпшення здоров'я всіх українців.

## ГОЛОВНІ ВИСНОВКИ ПО БЛОКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### Управління і керівництво

Уряд України розпочинає реалізацію плану найамбітніших реформ у галузі охорони здоров'я за роки незалежності. При цьому він може спиратися на ряд сильних сторін системи. Було розроблено надійні стратегії та плани реформи. Основні зацікавлені сторони і технічні фахівці беруть активну участь у розробці політики, а громадянське суспільство виконує функції контролера, особливо у питаннях ВІЛ / СНІД. У той же час, Уряд України стикається з низкою проблем у проведенні реформи; зокрема, це обмеження потужностей і ресурсів, політична опозиція та масштабність завдання всеосяжної реформи охорони здоров'я. Фрагментованість функцій і відносин у сфері охорони здоров'я підриває здатність Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) очолити і впровадити процес реформ. Медичні установи мають обмежену автономію в управлінні, що пригнічує їхню здатність до більш ефективної самоорганізації або до більш чуйного реагування на потреби населення у галузі охорони здоров'я.

### Фінансування охорони здоров'я

У системі охорони здоров'я України існує надлишок потужностей, який, зокрема, виражається у надмірній інфраструктурі та кількості людських ресурсів, зосереджених на вторинному і третинному рівнях. Цей надлишок потужностей у сполученні з метою забезпечення охорони здоров'я для всіх ставить перед урядом фінансові питання. Загалом державні видатки на охорону здоров'я є низькими, як і частка ресурсів, призначених для послуг первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Існує високий відсоток готівкових розрахунків. Системи фінансування охорони здоров'я, як і раніше, ґрунтуються на вхідних даних (наприклад, кількість ліжок) та на бюджетах минулих років, а не на потребах в охорони здоров'я. Державне фінансування та витрати на заходи

боротьби з ВІЛ / СНІДом і туберкульозом окремо не відслідковуються, роблячи керування фінансуванням та прийняття рішень складним завданням. Хоча у послугах по ВІЛ / СНІД та ТБ застосовується підтримка донорів, державне фінансування є нерівномірним, оскільки інвестиції уряду в запобіжні заходи по цих зростаючих загрозах суспільному здоров'ю є обмежені.

## **Надання послуг**

Україна значно покращила надання послуг з охорони здоров'я матері і дитини та з контролю народжуваності / репродуктивної медицини та підвищила доступність та вибір контрацептивів. Протоколи діагностики та лікування ВІЛ / СНІДу здійснюються у відповідності до міжнародних стандартів, заснованих на доказах, а програма профілактики передачі ВІЛ / СНІД від матері до дитини показала значні результати. Крім того, Глобальний фонд по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією ("Глобальний фонд") та програма USAID дозволили збільшити доступність профілактичних засобів проти ВІЛ, а також розповсюдження відповідної інформації та лікування. Україна виділила значні кошти на боротьбу з туберкульозом, і першочергові препарати, як правило, доступні. Незважаючи на цей прогрес, зберігаються серйозні проблеми у покращенні надання послуг. ПМСД залишається слабкою і часто не застосовується, в результаті чого відбувається призначення недоречних і дорогих обслідувань, у яких лікар матеріально зацікавлений, і надмірне покладання на стаціонарну допомогу. Багато послуг, в тому числі служби по ВІЛ та ТБ, погано інтегровані в загальну систему надання медичних послуг і, як і раніше, надаються по вертикалі. Доказова медицина не послідовна, а ініціативи поліпшення якості послуг у медичних закладах не були офіційно широко застосовані. В системі охорони здоров'я також не вкладається достатньо коштів у профілактику та охорону здоров'я населення для того, щоб мінімізувати розповсюдження шкідливих звичок, які призводять до збільшення випадків як неінфекційних, так і інфекційних захворювань.

## **Людські ресурси**

Україна має достатню загальну кількість медичних працівників, проте, їхня спеціалізація і географічне розташування не зовсім відповідають потребам країни, і такі працівники старіють. Існує гостра нестача сімейних лікарів (близько третини передбачуваних потреб), а також в системі охорони здоров'я бракує керівницької ланки з належною підготовкою. Навчальні заклади мають можливість випускати достатню кількість випускників для підтримки кількості працівників охорони здоров'я, але великий відсоток випускників надають перевагу посадам за межами державної системи охорони здоров'я через низьку зарплату, низький статус медичної професії і погані умови праці в медичних установах. Крім того, система винагороди персоналу не забезпечує стимулів для працівників охорони здоров'я для того, щоб вони поліпшували якість, ефективність або обсяг своєї роботи. Незважаючи на увагу до питань людських ресурсів на вищих щаблях уряду і адекватний вітчизняний потенціал для аналізу і досліджень у питаннях людських ресурсів, не існує національного стратегічного плану по розвитку людських ресурсів у галузі охорони здоров'я.

## **Керування фармацевтичними та медичними матеріалами**

Доступ до медичних товарів покращився за рахунок розширення сектора приватних аптек. Більшість українців сплачують за ліки та медикаменти зі своєї кишені. Забезпечення антиретровірусної терапії дозволило збільшити до 48 відсотків кількість людей, які живуть з ВІЛ / СНІД, у чому істотну допомогу надає Уряд України, який, у свою чергу, отримує підтримку від Глобального фонду. Нові електронні системи управління по ТБ повинні покращити постачання ліків для ТБ та підвищити дотриманість лікування. Доступність протизаплідних засобів зростає, особливо завдяки зусиллям USAID в окремих областях і безкоштовній роздачі споживачам з

малозабезпечених сімей, що дотримуються контролю народжуваності. Крім того, в останні роки покращився процес моніторингу, оцінки та підвищення безпеки лікарських засобів. Незважаючи на цей прогрес, системи прогнозування, кількісної оцінки і управління даними по поставках обмежені, що призводить до періодичного виснаження запасів основних препаратів (особливо антиретровірусних препаратів), а по засобах контрацепції таких систем не існує. Централізований процес закупівлі медикаментів часто призводить до забезпечення ліків, які не відповідають місцевим потребам і не дає можливості знизити ціни по відношенню до світових цін, як це передбачалося.

## **Інформаційна система охорони здоров'я**

Ключові компоненти Інформаційної системи охорони здоров'я офіційно прийняті, у тому числі звичайна ІСОЗ, що управляється Міністерством охорони здоров'я, системи епідеміологічного нагляду та система статистики населення. Існує встановлена культура регулярного збору даних та звітності через звичайну ІСОЗ, що належить МОЗ. Тим не менш, існують проблеми з якістю важливих даних по деяких видах індикаторів, які є наслідком, в першу чергу, перешкод для отримання точної звітності та забезпечення якості даних і, можливо, меншою мірою, наслідком недостатніх навичок по заповненню та складанню деяких видів записів даних. Обмежена наявність доступних для громадськості даних по основних показниках охорони здоров'я. Хоча є велика кількість даних, що проходять через звичайну ІСОЗ і потужні вітчизняні можливості для аналізу даних, існує неадекватне використання даних по стратегічному плануванню доказової медицини на національному рівні. Основними обмеженнями є брак ресурсів ІСОЗ, зокрема, для підвищення технологічного рівня та відповідної професійної підготовки, а також недостатні повноваження керівників усіх рівнів у використанні даних для ефективного управління охороною здоров'я.

## **НАСКРІЗНІ РЕЗУЛЬТАТИ**

Застосовуючи блоки системи охорони здоров'я, АСОЗ виявив, що українська система охорони здоров'я отримує багато переваг від значного її зміцнення для того, щоб відповісти на низькі та стагнуючі показники охорони здоров'я по відношенню до рівня доходів у країні. Велика структура пострадянських поставок вже не доступна, особливо у світлі глобального економічного спаду, і вимагає як скорочення, так і модернізації. Переваги та можливості в рамках системи охорони здоров'я, визначені аналітичною групою, містять: державну підтримку високого рівня по комплексній реформі системи охорони здоров'я, існування ґрунтовної стратегії реформи охорони здоров'я і план, який включає в себе заходи, спрямовані на вирішення ключових недоліків системи охорони здоров'я, а також амбітний, але реальний графік впровадження, що розпочинається у трьох пілотних областях та в одній пілотній міській адміністрації, та за яким іде розгортання у загальнонаціональному масштабі. Найближчий пріоритет Уряду України по оптимізації мережі лікарень та подальшого зміцнення ПМСД, реструктуризація фінансування охорони здоров'я та запровадження нових систем оплати постачальників медичних послуг, а також підвищення якості медичної допомоги, - все це відповідає моделям реформи охорони здоров'я і передовим методам, які успішно реалізовані в інших пострадянських країнах.

У той же час, аналітична група визначила чотири наскрізні обмеження по компонентах системи охорони здоров'я:

1. Загальне керівництво та управління системою охорони здоров'я потребує зміцнення;
2. Структура надання послуг, у тому числі людські ресурси, не відповідає медичним потребам населення;

3. Системи фінансування охорони здоров'я та бюджетні норми негативно позначаються на більшості аспектів системи охорони здоров'я;

4. Хоча якість обслуговування поліпшується в деяких пріоритетних галузях, загалом зміст і характер клінічної практики в Україні вимагає подальшої стандартизації та модернізації.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

### **1. Посилення політичного лідерства та керівництва як ключові компоненти зміцнення системи**

Значні реформи охорони здоров'я досі не відбулися в Україні через відсутність політичної волі і недостатнє лідерство, незважаючи на прийняття низки стратегій і законодавства по реформах охорони здоров'я. На цей час політична воля для реформи охорони здоров'я, здається, існує на найвищих щаблях Уряду України. Інвестиції у зміцнення керівництва та управлінського потенціалу Міністерства охорони здоров'я та інших учасників галузі охорони здоров'я є виправданими. Першим кроком могло б стати чітке визначення нової політики і керівної ролі МОЗ, а також нарощування потенціалу в узгоджених функціях. У більш широкому сенсі, організаційні функції і відносини повинні бути визначені в рамках реалізації реформи охорони здоров'я, не тільки для Міністерства охорони здоров'я, а й для обласних та районних відділів охорони здоров'я, органів місцевої влади, установ охорони здоров'я, комітетів / комісій по якості медичної допомоги та організацій, які здатні з часом стати автономними у медичній галузі (наприклад, палати та професійні медичні асоціації).

Робочі групи при МОЗ, які були сформовані для вирішення питань по конкретних захворюваннях, таких, як реформа стратегії по ВІЛ / СНІД та туберкульозу, можуть служити моделлю для більш широких, міжгалузевих "груп з реформи охорони здоров'я" на національному, обласному та районному рівні, що покликані керувати процесом реформ. Ці групи можуть навіть підтримувати контакти або включати в себе представників постачальників, неурядових організацій і груп пацієнтів, які могли б контролювати ефективну та своєчасну реалізацію з боку Уряду. Уряд України повинен донести до громадськості стратегії і плани реформи і активно заохочувати громадськість до внеску і реагування, в тому числі і через системи пропозицій / скарг постачальників, національні гарячі лінії, громадські слухання, та / або громадські круглі столи.

Уряд може також розглянути питання про створення системи моніторингу та оцінки та узгодити показники для оцінки реформи охорони здоров'я. Це включатиме роз'яснення функцій збору і аналізу даних по показниках на пілотних проектах, і надання результатів аналізу групам з реформи охорони здоров'я для уточнення стратегій пілотних проектів та надання інформації для ширшого впровадження на обласному та загальнонаціональному рівні.

### **2. Зміна орієнтації системи охорони здоров'я з моделі стаціонарного лікування / лікування у спеціаліста на модель, орієнтовану на ПМСД**

Підготовка сімейних лікарів та інвестиції в об'єкти первинної медико-санітарної допомоги є важливими аспектами переорієнтації системи охорони здоров'я, хоч і вимагають багато ресурсів. Стратегія навчання сімейних лікарів та перепідготовки терапевтів і педіатрів у якості сімейних лікарів, які забезпечують догляд за змішаним населенням, повинна бути наріжним каменем інтегрованих людських ресурсів у стратегії охорони здоров'я. Відповідні послуги з ВІЛ, туберкульозу та контролю народжуваності / репродуктивного здоров'я повинні міститися у пакеті послуг ПМСД, і мають бути призначені до виконання сімейним лікарям, а навчання по цих темах

має бути офіційно закріплене в навчальних програмах останнього курсу медичних навчальних закладів і у програмах підвищення кваліфікації.

Як зазначено в планах Уряду України з реформи охорони здоров'я, мережа закладів охорони здоров'я потребує оптимізації для зменшення надмірності стаціонарних та спеціалізованих установ, і збільшення інвестицій у ПМСД, громадське здоров'я та профілактику захворювань. У довгостроковій перспективі ця стратегія дозволить знизити витрати на охорону здоров'я і розширити доступ до послуг для всіх.

Низхідні плани раціоналізації або оптимізації лікарень мали змішані результати в пострадянських країнах. Хоча раціоналізація, впроваджувана центральним урядом, довела свою ефективність в Естонії, у Киргизстані збільшена автономія керівництва об'єктами йшла у сполученні з новими системами оплати постачальників, заснованих на результатах, що створило сприятливі умови для скорочення мережі закладів, реалізованого органами обласної влади. Стратегії, спрямовані на підвищення енергетичної ефективності і зниження витрат на комунальні послуги, виявилися потужною відправною точкою для зниження загальних витрат лікарень та скорочення надмірної інфраструктури; проте, для того, щоб стимули зберігалися для подальшого підвищення ефективності, важливо зберігати заощадження, отримані завдяки підвищенню ефективності.

### **3. Фінансування реформи охорони здоров'я як важливий крок до зміцнення системи**

Донори повинні продовжувати і збільшувати фінансування програм профілактики і лікування ВІЛ / ТБ, і Уряд України має скористатися можливостями зовнішнього фінансування по цих захворюваннях, що дозволить зосередитися на зміцненні ширшої системи охорони здоров'я. Пожертвування на контрацепцію, фінансовані USAID, як і раніше, залишаються необхідними.

Хоча сектор охорони здоров'я в Україні виграє від додаткового фінансування Уряду, значні поліпшення в наданні медичних послуг також можливі за рахунок більш ефективного використання наявних ресурсів. Об'єднання фрагментованих на цей час ресурсів сектору охорони здоров'я і перехід на фінансування охорони здоров'я, адаптоване під населення / послуги та системи оплати постачальників, дозволить підвищити ефективність і може призвести до якісних покращень. Базуючись на досвіді інших країн у регіоні, аналітична група рекомендує, щоб Україна рухалася у напрямку реалізації наступного:

1. Система подушної оплати населення за ПМСД;
2. Система оплати за пролікованими випадками для вторинної та третинної допомоги;
3. Система глобального розподілу бюджету по спеціалізованих програмах, таких, як ВІЛ і туберкульоз.

Статус медичних закладів необхідно змінити одночасно, щоб збільшити їхню свободу в управлінні бюджетами, реагувати на місцеві потреби в обслуговуванні та розвивати довірливі відносини з медичним персоналом, що заохочує підвищення продуктивності та якості.

Умови для добровільного медичного страхування і «Фондів по хворобах» необхідно підтримати, щоб ці існуючі (але непоширені) схеми передоплати можна було розповсюдити. Розширення цих схем може допомогти закласти основу для введення національної системи медичного страхування, що дозволить поліпшити об'єднання ризиків і зменшити ризик катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

#### **4. Реалізація стратегії покращення якості медичної допомоги**

Хоча якість медичної допомоги не можна покращити до самодостатнього рівня без вирішення вищезначених наскрізних питань, ці кроки будуть недостатні для забезпечення поліпшення якості. Окрім вирішення питань управління, структури надання медичної допомоги та фінансування охорони здоров'я, необхідно приділити посилену увагу методам прийняття методик доказової медицини, вдосконалення навичок і компетенцій постачальників, а також введення механізмів контролю якості, вдосконалення і нагляду. Необхідно опрацювати процес розробки, затвердження та реалізації клінічних рекомендацій доказової медицини для пріоритетних станів здоров'я (як ті, що були розроблені за підтримки USAID для послуг акушерства / гінекології). Професійні медичні асоціації треба заохочувати до того, щоб у цьому процесі вони брали на себе провідну роль. Персонал закладів потребує підготовки у методології поліпшення якості і підтримки у введенні цих процесів для впровадження нових або переглянутих керівних принципів та оцінки ефективності за ключовими показниками. Нарешті, державні закупівлі медичних послуг за рахунок нових механізмів оплати постачальників медичних послуг, мають супроводжуватися звичайними зразками клінічних перевірок для забезпечення того, щоб якість медичної допомоги, що надається, відповідає стандартам, які можуть бути сформульовані в контрактах між покупцем і постачальником.



# I. БАЗОВА ІНФОРМАЦІЯ

Система охорони здоров'я в Україні стикається з серйозними проблемами, включаючи зростання неінфекційних та інфекційних захворювань, особливо ВІЛ / СНІДу і туберкульозу (ТБ), а також скорочення середньої тривалості життя. Поганий стан здоров'я населення поєднується з важкою економічною ситуацією, що настала в результаті недавнього глобального економічного спаду. У відповідь на ці проблеми, український уряд ініціює реформи в галузі охорони здоров'я, спрямовані на покращення медичних послуг, медичних кадрів і фінансування охорони здоров'я.

Рекомендації, запропоновані у цьому аналізі, висвітлюють можливості, проекти і персонал, які USAID / Україна, українське Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), установи-донори, а також українські та міжнародні неурядові організації (НУО) можуть вкласти й підтримувати, щоб поліпшити здоров'я всіх українців.

У відповідь на прохання Місії USAID / Україна, Проект Систем охорони здоров'я 20/20 зосередив увагу цього АСОЗ на наступних цілях:

- Визначити сильні та слабкі сторони в системі охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу боротьбі з ВІЛ / СНІД, туберкульозом і контролю народжуваності;
- Розробити рекомендації, які допоможуть надавати інформацію до програми охорони здоров'я USAID / Україна відносно блоків галузі охорони здоров'я з ВІЛ / СНІД, туберкульозу, контролю народжуваності сім'ї та охорони здоров'я матері і дитини (ОХМД);
- Проаналізувати проект плану реформи охорони здоров'я Уряду України.



## 2. ОГЛЯД КРАЇНИ

### 2.1 ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Маючи загальну площу у 603 700 км<sup>2</sup>, Україна є другою за величиною країною в Європі. Країна адміністративно розділена на 24 області, а також міста Київ та Севастополь. області поділяються на 490 районів, де знаходяться міста і селища, як міського, так і сільського типу, і забезпечується місцеве самоврядування. Керівництво в областях і районах призначається Президентом. Крім того, Республіка Крим є автономною областю, зі своєю власною конституцією і можливістю призначати виконавчу владу та обласних і районних керівників.

Більшість населення складають українці (більше 77 відсотків), при цьому існує значна кількість росіян, що живуть на сході України і в Криму. Інші меншини в Україні складають білоруси, болгари, угорці, молдаване, поляки, румуни і кримські татари (CIA, 2011).

#### ЗОБРАЖЕННЯ 2.1. КАРТА УКРАЇНИ



*Джерело: CIA World Fact Book, 2011.*

#### 2.1.1 СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Після розпаду Радянського Союзу в 1991 році більшість колишніх республік почали процес реформування системи охорони здоров'я. Україна також декілька разів приступала до здійснення реформ і, тим не менш, сектор охорони здоров'я в цілому зберігає структуру по моделі Семашка (радянській моделі). Модель Семашка – це державне фінансування системи охорони здоров'я на основі загального оподаткування з державними системами надання послуг. Не існувало поділу на покупця і постачальника медичної допомоги, всі об'єкти перебували у власності держави і управлялися нею, а всі медичні працівники були державними службовцями (Borowitz та ін., 1999). Спеціальні послуги охорони здоров'я, такі, як лікування туберкульозу та допомога матері і дитині, надавалися через окремі вертикальні системи.

Одною з сильних сторін системи охорони здоров'я в Україні є послуги по охороні здоров'я матері і дитини. Рівень материнської смертності та відсоток дітей з низькою вагою при народженні вигідно вирізняється на фоні інших країн у регіоні (ЮНІСЕФ, 2009). Див. Таблицю 2.1 по такому порівнянню та інші дані по Україні. Тим не менш, система в даний час стикається з серйозними проблемами, включаючи зростання тягаря хронічних хвороб, таких, як серцеві захворювання і діабет. Хронічні захворювання є однією з основних причин високого рівня смертності чоловіків у працездатному віці, що обумовлено, значною мірою, нездоровою поведінкою – гіподинамія, зловживання алкоголем і куріння. Україна має найвищу поширеність ВІЛ / СНІДу в Європі і один з найвищих рівнів захворюваності на туберкульоз в регіоні. Рівень коінфекції зростає разом із поширеністю туберкульозу, стійкого до груп ліків (МЛС -ТБ). Перед Урядом України стоїть завдання вирішити потреби по цих захворюваннях і забезпечити адекватну профілактику і допоміжні послуги на постійній основі.

**ТАБЛИЦЯ 2.1. ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ПО УКРАЇНІ І ВІДПОВІДНІ СЕРЕДНІ ПОКАЗНИКИ ПО СНД І ЄС**

Окремі показники	Україна	Середнє по СНД	Середнє по ЄС	Джерело даних
Загалом населення	45992000	-	-	ООН-2008
Приріст населення (% за рік)	-0,54%	0,49%	0,42%	WDI-2008, Eurostat-2010
Міське населення (% від загальної кількості)	68%	53%	71%	WDI-2008, Eurostat-2010
ВНП на душу населення (постійні 2000 US\$)	\$987	\$1453	\$19,069	WDI-2009
Зростання ВНП (% за рік)	-15%	-1%	-4%	WDI-2009
Тривалість життя	68	69	78	WDI-2008
Материнська смертність (на 100000 народжень)	16	82	6	HFA-DB-2011, WDI-2005
Смертність дітей до 5 років	16	23	Немає даних	UNICEF 2009
Розповсюдженість ВІЛ всього (% від загальної кількості населення віком 15-49 років)	1,33%	0,4%	0,29%	Український центр СНІД / МОЗ, 2009; UNAIDS-2007 і 2010
Розповсюдженість ТБ усіх форм (на 100000)	76	105	11,7	ВООЗ-2007 і 2008
Успішне лікування ТБ (% від зареєстрованих випадків)	59,02%	70,1%	Немає даних	WDI-2008

Примітка: СНД=Співдружність Незалежних Держав, ЄС=Європейський Союз, ООН=Організація Об'єднаних Націй, WDI=World Development Indicators (Word Bank) (показники світового розвитку Світового банку), ВНП=валовий національний продукт, HFA-DB=Європейська база даних Здоров'я для всіх, UNAIDS=Об'єднана Програма ООН по ВІЛ/СНІД, ВООЗ=Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

## 2.1.2 ОГЛЯД НЕЩОДАВНИХ ПОЛІТИЧНИХ ТА ЕКОНОМІЧНИХ ПОДІЙ В УКРАЇНІ

Після розпаду Радянського Союзу і протягом 1990-х років країна відчувала труднощі у переході до ринкової економіки, що призвело до значної соціальної напруженості і зниження доходів та рівня життя більшості населення. Потреби в медичних послугах значно зросли, навіть якщо рівень життя знизився (Menon та ін., 2009), і виросли витрати на охорону здоров'я (Lekhan, Rudyi і Nolte, 2004).

У 2005 році "помаранчева революція" принесла Україні значні політичні зміни і привела до влади нові політичні партії та політичних лідерів. Проте, енергетичні суперечки з Росією і розчарування від нездатності Уряду здійснити реальні реформи привели до обрання нинішнього Президента України Віктора Януковича. Адміністрація Януковича оголосила економічні та державні реформи своїми пріоритетами.

Економіка стабілізувалася в кінці 1990-х років, а з 2001 по 2008 рік в Україні відзначені найвищі показники економічного зростання серед країн Європи, коли середнє щорічне зростання ВВП було на рівні 7,5 відсотка (Світовий банк (а), 2010). У 2010 році ВВП України виріс на 4,9 відсотка у 1-му кварталі та на 6 відсотків у 2-му кварталі (Світовий банк (б), 2010). Це може бути пов'язано з недавніми економічними реформами, наданням кредиту на 15 мільярдів доларів США від Міжнародного валютного фонду (МВФ) і відновленням світового попиту на українську сталь. Україна розробила короткострокові та середньострокові економічні пріоритети для стимулювання зростання. Ці пріоритети включають в себе скорочення неефективних трансфертів і субсидій, усунення надмірності в дозволах, оподаткуванні та фінансовому регулюванні, заохочення дерегуляції, підвищення захисту від банкрутства, а також забезпечення просування та найму в державному секторі на основі особистих заслуг.

Звіт Світового банку "Ведення бізнесу", який аналізує сприятливі умови нормативно-правового середовища країни для започаткування та провадження підприємницької діяльності, ставить Україну на 145-е місце серед 183 країн світу, і на 24-е місце з-поміж 25 країн Східної Європи та Центральної Азії (ЄЦА). У Таблиці 2.2 наводяться списки окремих показників по підприємницькій діяльності і рейтинг України.

## ТАБЛИЦЯ 2.2. РЕЙТИНГ УКРАЇНИ У ЗВІТІ «ВЕДЕННЯ БІЗНЕСУ»

Показник "ведення бізнесу"	Світовий рейтинг України у червні 2010 р. (з 183)	Рейтинг України у ЄЦА у червні 2010 р. (з 25)
Сплата податків	181	24
Реєстрація майна	164	25
Зовнішня торгівля	139	18
Починання бізнесу	118	22
Захист інвесторів	109	20
Отримання кредиту	32	8

*Джерело: Світовий банк і Міжнародна фінансова корпорація, 2010.*

Основними бар'єрами на шляху розвитку приватного сектора в Україні є:

- Відносна політична нестабільність: зміни Уряду призвели до численних змін у фінансових та податкових нормах і правилах.
- Податки: Більше половини фірм в Україні вважають податкові ставки основною перешкодою. Зміни у Податковому кодексі, прийняті на початку 2011 року, в дійсності, сприяють великим, а не малим підприємствам.
- Неофіційні платежі: хоча Світовий банк повідомляє, що неофіційні платежі в Україні зменшуються, нещодавнє опитування свідчить, що 31% фірм були зобов'язані платити неофіційні платежі державним службовцям, щоб забезпечити функціонування їхніх підприємств (Світовий банк (б), 2009).

## 2.2 ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ

У період з 1991 по 2008 рік населення України різко скоротилося більш ніж на 6 млн. осіб, або 11,5 відсотка населення країни на момент досягнення незалежності. Хоча 20 відсотків скорочення населення пов'язане з еміграцією, зменшення також безпосередньо пов'язано зі зниженням народжуваності і негативним природним приростом. Коефіцієнт народжуваності в Україні в 1,39 є одним з найнижчих в світі. У 2007 році було 10,2 народжень на 1000 осіб, і 16,2 смертей на 1000 осіб (Menon та ін., 2009).

## 2.3 СТАНОВИЩЕ ІЗ ЗДОРОВ'ЯМ НАСЕЛЕННЯ

### 2.3.1 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ

Відсоток дітей з низькою вагою при народженні та відсоток дітей до п'яти років, що страждають від низької ваги, незначний, і вигідно відрізняється від інших країн Центральної та Східної Європи і Співдружності Незалежних Держав (ЦСЄ / СНД)<sup>1</sup> (UNICEF 2009).

Утім, що стосується стану здоров'я дорослого населення, Україна стикається зі зростаючим тягарем хронічних захворювань. Хоча це не є рідкістю, вражає дуже ранній початок цих захворювань у порівнянні з Європою. Неінфекційні і хронічні захворювання є однією з основних причин високого рівня смертності чоловіків працездатного віку, і викликані вони, значною мірою, нездоровою поведінкою, пов'язаною з ризиками, такими, як ожиріння, гіпертонія, зловживання алкоголем і куріння. Цю поведінку / способи життя теоретично можна змінити та їм запобігти, але наступні фактори впливають на масштаби цієї проблеми в Україні. (Menon та ін., 2009).

- Низька поінформованість про власний стан здоров'я
- Недостатнє діагностування гіпертонії й ожиріння
- Медичні працівники не заохочують курців кинути палити
- Низький рівень дотримання призначеного лікування

В Україні більше 25 відсотків дорослого населення (18-65 років) має хронічні захворювання або стани, і 7 відсотків має три або більше таких захворювань або станів (Menon і Frogner, 2010). Хронічні та неінфекційні захворювання зустрічаються по всій країні і, за оцінками, становлять близько 70 відсотків випадків інвалідності в Україні з 20 мільйонів DALY (індекс, що показує кількість років життя, скоригованих з урахуванням непрацездатності) в 2004 році (Menon і Frogner, 2010). Див. Таблицю 2.3 по провідних причинах смерті і DALY в Україні.

---

<sup>1</sup> Регіон UNICEF ЦСЄ/СНД включає в себе Албанію, Вірменію, Азербайджан, Білорусь, Боснію і Герцеговину, Болгарію, Хорватію, Грузію, Казахстан, Косово, Киргизстан, Македонію, Молдову, Чорногорію, Румунію, Росію, Сербію, Таджикистан, Туреччину, Туркменістан, Україну, Узбекистан.

**ТАБЛИЦЯ 2.3. 12 ГОЛОВНИХ ПРИЧИН СМЕРТІ ТА DALYS В УКРАЇНІ В 2005 Р.**

12 головних причин смерті (%)		12 головних причин DALYs (%)	
Ішемічна хвороба серця	39,6	Ішемічна хвороба серця	15,2
Цереброваскулярні захворювання (інсульт)	12,9	Цереброваскулярні захворювання (інсульт)	5,4
Цироз печінки	3,0	Інші ненавмисні травми	1,8
Отруєння	2,9	Уніполярні депресивні розлади	4,1
Інші ненавмисні травми	2,6	ВІЛ/СНІД	3,8
Самоушкодження	2,1	Отруєння	2,9
Рак трахеї, бронхів і легенів	2,1	Розлади від вживання алкоголю	3,3
ВІЛ/СНІД	2,0	Цироз печінки	3,3
ХОЗЛ	1,9	Вроджені аномалії	2,8
Туберкульоз	1,9	Дорожньо-транспортні пригоди	2,7
Дорожньо-транспортні пригоди	1,6	Дефіцит поживних речовин	2,5
Рак шлунка	1,5	Туберкульоз	2,4

Джерело: Спостереження ВООЗ за тягарем захворювань у світі (<http://apps.who.int/ghodata/>)

## Здоров'я матері і дитини

Смертність серед дітей у перший рік життя та дитяча смертність знизилася, відповідно, з 1990 по 2008 рр., від 18 і 21 до 14 і 16, що вигідно відрізняє Україну від інших країн ЦСЄ / СНД.

Рівень материнської смертності в Україні в 2008 році склав 15,47 материнських смертей на 100 000 народжень, що нижче, порівняно з рівнем 2005 року. Цей показник вигідно відрізняється від Росії (23,79) і Республіки Молдова (43,57), але вищий, ніж у Білорусі (2,78), Польщі (4,58), а також ЄС (6,4) (Регіональне бюро ВООЗ по Європі (а), 2011).

Тривожна тенденція в Україні за останні три роки – це зниження темпів вакцинації серед дітей майже по всіх видах вакцин (Регіональне бюро ВООЗ по Європі (а), 2011). Це пов'язано, у першу чергу, з невпевненістю батьків у безпеці вакцин, в результаті повідомлень засобів масової інформації в останні роки. (UNICEF, 2009).

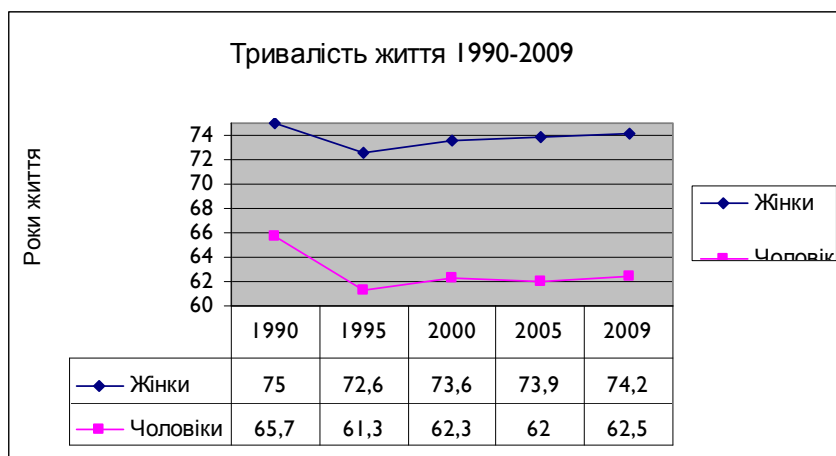
## Доросла смертність

Серед країн Європи та Євразії USAID (регіон E&E),<sup>2</sup> Україна займає 25-е місце з 28 країн за тривалістю життя (USAID (а), 2010). Якщо врахувати «очікувану тривалість здорового життя», середнє число років, протягом яких людина може жити в «доброму здоров'ї», то дані по Україні також бідні; їх можна порівняти у цьому регіоні лише з Росією.

Середня тривалість життя різко скоротилася після здобуття незалежності. Зображення 2.2 відзначає різке зниження тривалості життя, особливо чоловіків, починаючи з 1990 року. Значна і зростаюча різниця у тривалості життя між чоловіками і жінками ставить питання про те, як адекватно вирішувати різні медико-санітарні потреби жінок і чоловіків.

<sup>2</sup> Регіон E&E за термінологією USAID об'єднує Албанію, Вірменію, Білорусь, Боснію і Герцеговину, Болгарію, Хорватію, Чехію, Естонію, Грузію, Угорщину, Казахстан, Киргизстан, Латвію, Литву, Македонію, Молдову, Чорногорію, Польщу, Росію, Сербію, Словаччину, Словенію, Таджикистан, Туркменістан, Україну і Узбекистан.

## ЗОБРАЖЕННЯ 2.2. ТЕНДЕНЦІЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ, 1990–2009

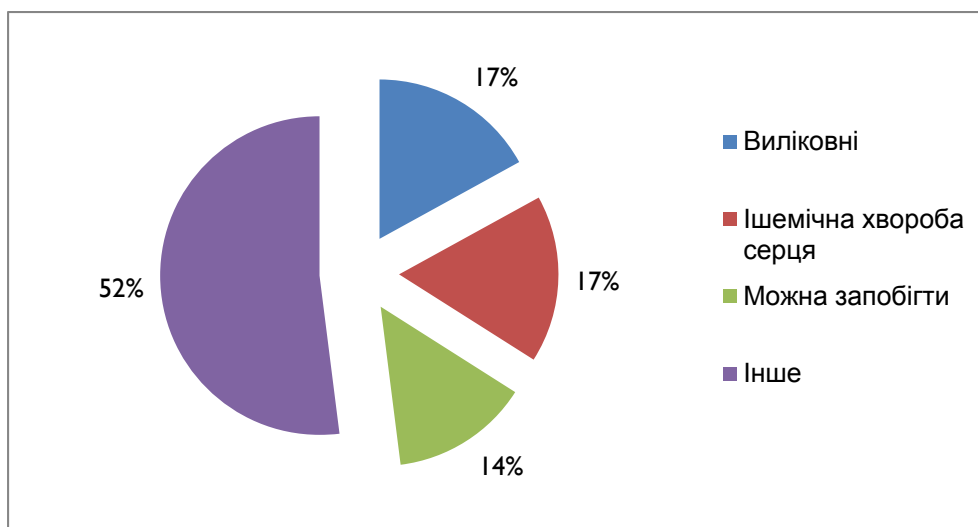


Джерело: Показники здоров'я СБ, 2009.

Зниження тривалості життя, особливо в чоловіків, тісно пов'язано із зростанням неінфекційних захворювань, на частку яких припадає 82 відсотків усіх випадків смерті. Більшість випадків смерті в Україні спричинені хворобами серця та інсультом, після яких ідуть респіраторні захворювання і рак (Menon, 2010).

Ненавмисні отруєння і травми також є провідними причинами передчасної смерті та інвалідності серед працездатного населення в Україні (Menon, 2010). Висока смертність серед чоловіків працездатного віку в Україні дуже непокоїть; ця демографічна тенденція була названа Світовим банком «криза смертності» (Світовий банк (d), 2010). Трохи менше 50 відсотків смертей у віці до 75 років можна було уникнути (Світовий банк (a), 2009). Багато причин передчасної смерті і хвороб в Україні пов'язані з факторами ризику, які в основному можна змінити та їм запобігти, наприклад, споживання тютюну і алкоголю та ожиріння (Світовий банк (d), 2010). Див. Зображення 2.3.

## ЗОБРАЖЕННЯ 2.3. СМЕРТНІСТЬ, ЯКОЇ МОЖНА УНИКнути В УКРАЇНІ, 2004



Джерело: Адаптовані дані Світового банку (c) 2009.



Скорочення тривалості життя також відображає зосередження системи охорони здоров'я на епізодичній боротьбі з хворобами та недостатню увагу профілактиці захворювань та первинній медичній допомозі. Україна також має найвищий рівень інфекційних захворювань у Європі. ВООЗ повідомляє, що ВІЛ / СНІД та туберкульоз є причиною 90 відсотків смертей від інфекційних захворювань в Україні.

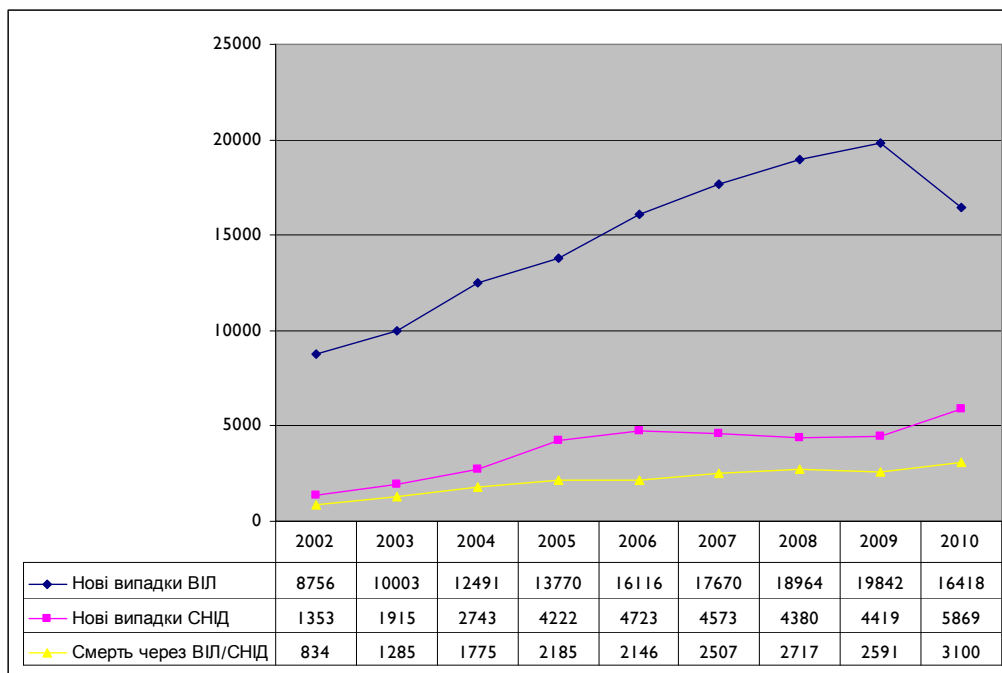
## ВІЛ/СНІД

Україна має найвищий рівень поширеності ВІЛ / СНІД в Європі та СНД; 1,33 відсотка населення країни, за оцінками, були ВІЛ-позитивними в 2010 році (Міністерство охорони здоров'я, 2009). Українська епідемія була обумовлена переважно вживанням ін'єкційних наркотиків і характеризується як концентрована епідемія. Основні особливості епідеміологічного СНІДу в Україні такі: (Alexandrin та ін., 2010):

- 360000 ВІЛ-інфікованих людей у віці 15 років і старше жили в Україні на початку 2010 року.
- Станом на січень 2010 року, 2418 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом перебували під спостереженням, хоча відсоток передачі від матері до дитини в Україні в 2007 році (6,2 відсотка) є відносно низьким.
- ВІЛ-інфекція серед українських громадян у 2009 році дещо знизилася порівняно з 2008 роком: з 1,16 відсотка до 1,11 відсотка, що вказує на певну стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в країні.
- ВІЛ / СНІД концентрується серед найбільш схильних до ризику груп населення, у тому числі споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу (чоловіки та жінки), чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками, і сексуальних партнерів цих груп населення (UNAIDS, 2009).
- Дані про передачу ВІЛ-інфекції з 1987 року показують, що тенденції в передачі ВІЛ значно змінилися: гетеросексуальний шлях передачі був домінуючим шляхом передачі інфекції в період з 1987 по 1994 рр.; за цим ішли СН у період з 1995 по 1998 рр., а з 1999 по 2005 рік значно виріс рівень гетеросексуальної передачі ВІЛ та передачі від матері до дитини (Semegina та ін., 2007). У 2008 році офіційно повідомлялося про 40 відсотків нових випадків ВІЛ-інфекції, що були пов'язані із вживанням ін'єкційних наркотиків, після яких ішли 38,4 відсотка передачі статевим шляхом; 19,4 відсотків були пов'язані з передачею від матері до дитини (UNAIDS, 2009).

Як зазначено на Зображенні 2.4, з 2009 по 2010 рік Уряд України повідомляв про скорочення числа нових випадків ВІЛ-інфекції на 17 відсотків, однак нові випадки СНІДу збільшилися на 22 відсотка, а смертність, обумовлена ВІЛ / СНІДом збільшилася на 19 відсотків. Також протягом періоду, представленого на малюнку 2.4, нові випадки ВІЛ зросли на 87,5 відсотка, і нові випадки СНІДу та смерті, що пов'язані з ВІЛ / СНІД, вирости майже в три рази.

## ЗОБРАЖЕННЯ 2.4. ПОВІДОМЛЕННЯ УРЯДУ ПРО НОВІ ВИПАДКИ ВІЛ, СНІД І СМЕРТЕЙ ВІД ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ, 2002–2010



Джерело: Дані з Міжнародного альянсу ВІЛ/СНІД в Україні: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/library/statistics/index.htm>.

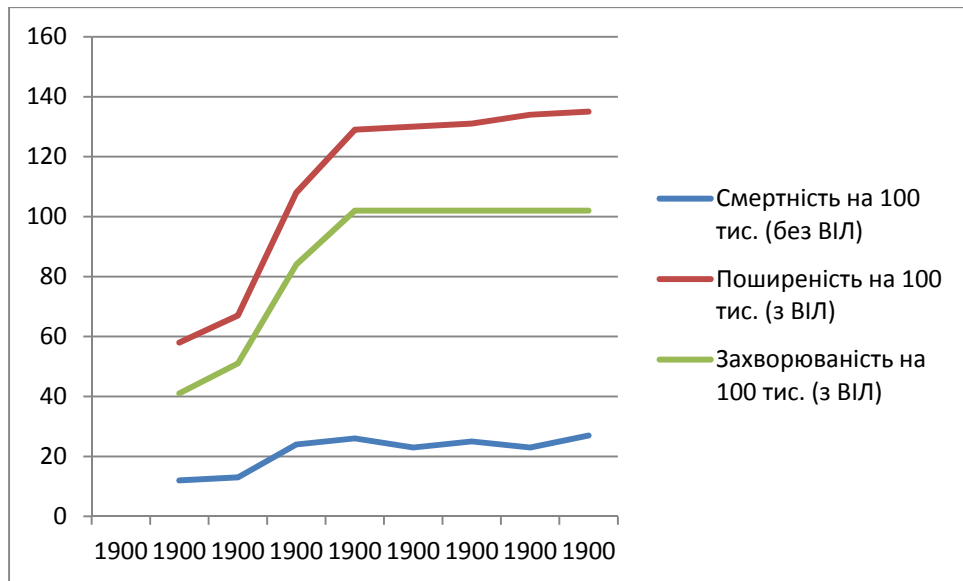
Відвідано 23 березня 2011 р.

## 2.4 ТУБЕРКУЛЬОЗ

Україна відзначається тим, що має один з найвищих показників поширеності туберкульозу в Європі. З моменту здобуття Україною незалежності в 1991 році, число випадків захворювання на туберкульоз на 100 тис. населення збільшилося на 153 відсотків, з середнім щорічним темпом зростання в 9 відсотків. У 2009 році, за оцінками ВООЗ, було 46 тисяч нових випадків захворювання на туберкульоз, у тому числі зі значним збільшенням штамів з МЛС-ТБ. Туберкульоз є однією з основних причин смертності в Україні, при цьому смертність, пов'язана із захворюванням, збільшилася в три рази з моменту здобуття незалежності (Lekhan і Rudiy, 2007).

Рівень смертності від туберкульозу (за винятком ВІЛ) і показник поширеності туберкульозу (включаючи ВІЛ) неухильно зростає в Україні, починаючи з 1990 року. Показник захворюваності на туберкульоз (включаючи ВІЛ) досяг максимуму в 102 в 2005 році і залишався на цьому рівні (ВООЗ (а), 2010). Див. Зображення 2.5.

## ЗОБРАЖЕННЯ 2.5. СМЕРТНІСТЬ, ПОШИРЕНІСТЬ І ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТБ (1990–2009)



Джерело: ВООЗ (а) 2010

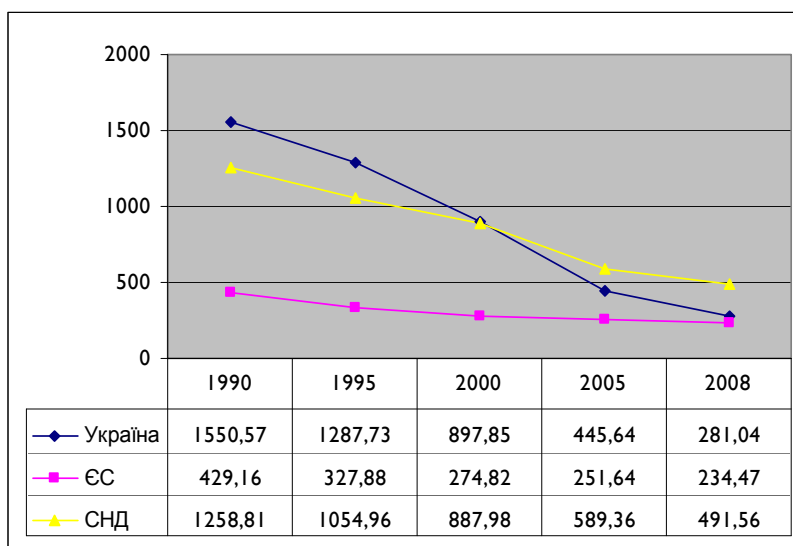
МЛС-ТБ зараз широко поширений, і поточні заходи вирішення проблеми є недостатніми (Регіональне бюро ВООЗ по Європі, 2011). За оцінками ВООЗ, Україна займає 26-е місце з 27 країн, що мають високі показники МЛС-ТБ у світі (27 найгірших), при чому, за оцінками, 16 відсотків усіх випадків захворювання на туберкульоз класифікуються МЛС-ТБ (в 2008 р.). За подальшими оцінками ВООЗ, 44 відсотків усіх випадків захворювання на туберкульоз, що лікують повторно, класифікувалися як МЛС-ТБ (ВООЗ (а), 2010). Швидкість поширення МЛС-ТБ в місцях позбавлення волі, за оцінками, ще вище. Виникаюча епідемія штаму ШЛС-ТБ, що має стійкість до ліків, також викликає стурбованість (ВООЗ, Регіональне бюро ВООЗ по Європі (б), 2011).

## 2.5 РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я І КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНOSTI

На початку 1990-х Український Уряд звернув підвищену увагу на здоров'я матері та дитини, що призвело до значного зниження показників малюкової та материнської смертності. Поліпшення у галузі здоров'я матері та дитини пов'язано з більшим охопленням імунізацією (Menon та ін., 2009) (хоча показники імунізації могли знизитися з 2009 року (Caron та ін., 2010)), з більшою доступністю акушерських та гінекологічних (акушерство / гінекологія) послуг за рахунок збільшення числа приватних об'єктів (Lekhan, Rudiу і Nolte, 2004), і зі зниженням числа абортів, які раніше були основною причиною материнської смертності.

Як показано на Зображенні 2.6, аборти в Україні скоротилися до 281 абортів на 1000 народжень у 2008 році – рівня, подібного до показників у ЄС. Однак, ця цифра може бути заниженою, оскільки аборти, що здійснюються на об'єктах, що не належать до МОЗ, можуть бути занижені (John Snow International (JSI), 2009). Зменшення кількості абортів в Україні пов'язане зі збільшенням числа методів контрацепції, а також з доступністю контрацептивів, зокрема в аптеках (ДСІ, 2009).

**ЗОБРАЖЕННЯ 2.6. ЧИСЛО АБОРТІВ НА 1000 НАРОДЖЕНЬ В УКРАЇНІ, СНД, ЄС, 1990–2008**



Джерело: Регіональне бюро ВООЗ по Європі. 2008. Європейська база даних смертності (HFA-MDB)

Європейське бюро ВООЗ оцінило поширеність контрацепції жінок у віці 15-49 років у 2008 році у 66,7 відсотка. В цілому, поширеність протизаплідних засобів особливо не міняється протягом останніх 10 років. Доступність презервативів і оральних контрацептивів значно зросла в Україні з 2005 року (JSI, 2009). За останнє десятиріччя проекти USAID реалізували роздачу безкоштовних презервативів і оральних контрацептивів вразливим групам населення.

## 2.6 БУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Як зазначалося вище у цій главі, українська система охорони здоров'я успадкувала свою структуру від періоду до здобуття незалежності, коли система охорони здоров'я в Радянському Союзі була заснована на моделі Семашка. Таким чином, Україна має досить централізовану систему планування і управління на чолі з МОЗ, Президентом і Кабінетом міністрів, а ієрархія об'єктів базується на політико-адміністративних рівнях (районному, обласному та національному / республіканському), і відповідних первинних, вторинних і третинних центрах охорони здоров'я. Політика і рішення по управлінню та нормування системи охорони здоров'я в Україні ґрунтуються на національних нормах і стандартах охорони здоров'я, потужностях системи і на демографії, а не на місцевих потребах в охороні здоров'я.

Загалом система охорони здоров'я орієнтована на епізодичну боротьбу з хворобами, і в ній менше уваги звертається на профілактичні, первинні та комплексні медико-санітарні послуги, що знаходить своє відображення в нинішній структурі системи охорони здоров'я. За межами системи охорони здоров'я існують окремі медичні центри, закупівельні структури, а також методи лікування по туберкульозу, ВІЛ / СНІД, жіночому здоров'ю, онкології, і контролю народжуваності. Таким чином, хвороби пацієнтів часто лікуються окремо від їхнього загального стану здоров'я.

## 2.7 ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ

Система охорони здоров'я в Україні є децентралізованою, оскільки обласні, районні та місцеві органи влади несуть фінансову та управлінську відповідальність за надання медичних послуг у межах їхнього адміністративного суб'єкту. Проте, керівництво з планування охорони здоров'я забезпечується Міністерством охорони здоров'я. На обласному та районному рівнях, місцеве керування системою охорони здоров'я підлягає регулюванню з боку Міністерства охорони здоров'я на відповідність санітарним нормам, а також з боку обласних і районних органів влади у фінансовій звітності та управлінні. Це призводить до розриву між програмними та бюджетними повноваженнями. Дивіться розділ 3.2 по подробицях фінансування охорони здоров'я. Децентралізація також призвела до концентрації третинної допомоги на обласному рівні. (Lekhan, Rudi, Nolte, 2004).

## 2.8 РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І РОЗРОБКА СТРАТЕГІЙ

Розробка регулювання та стратегій у системі охорони здоров'я здійснюється спільно МОЗ, Президентом та Кабінетом Міністрів, а також парламентом.

Більш детальну інформацію про регулювання та розробку стратегій у системі охорони здоров'я дивіться у розділі 3.1. Управління і керівництво.

## 2.9 РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ЗМІЦЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

З моменту здобуття незалежності Україні бракує плану впровадження всеосяжної реформи охорони здоров'я. Реформи системи охорони здоров'я були поширені і прийняті до прийняття законодавства, але мало з них були реалізовані у системі. Хоча зміни в системі були застосовані з перемінним успіхом, у першу чергу з поліпшенням у охороні здоров'я матері та дитини, зміцнення системи було в минулому підірвано фрагментованістю розробки стратегій з охорони здоров'я (між МОЗ та виконавчою владою) і відсутністю наступності в адмініструванні охорони здоров'я.

В тій чи іншій мірі, обласна та районна влада була найбільш активною у зміцненні системи охорони здоров'я, оскільки вони повинні шукати інноваційних методів для забезпечення медичних послуг з урахуванням обмежень у фінансуванні. Обласні та районні адміністрації охорони здоров'я мають деяку обмежену гнучкість у коригуванні медичних послуг в залежності від ключових питань охорони здоров'я. Інновації і корективи на обласному та районному рівнях підлягають централізованому плануванню і регулюванню за стандартами МОЗ.

Нинішня адміністрація має амбітні плани істотного реформування системи охорони здоров'я, поліпшення здоров'я населення в Україні, що також є реакцією на економічні імперативи раціоналізації системи і на тиск з боку МВФ та інших щодо реформування державних послуг. Поза покращенням якості та доступності основних послуг охорони здоров'я, реформи повинні змінити бюджетну модель системи охорони здоров'я з тим, щоб, в кінцевому підсумку, перевести систему охорони здоров'я України на модель соціального медичного страхування. Пріоритети реформи охорони здоров'я включають в себе: реформу фінансування охорони здоров'я, перегляд структури надання медичних послуг у бік моделі, заснованої на первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД), поліпшення якості та комунікації в системі, а також покращення служб невідкладної допомоги. Реалізація реформ передбачена на період чотирьох років з 2010 по 2014 рік. Дивіться більш докладно у розділі 3.1 Керівництво і лідерство.

## 2.10 ЗАЛУЧЕННЯ ДОНОРІВ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Хоча донорське фінансування становить лише 0,2-0,3 відсотка від усіх витрат на охорону здоров'я в Україні, донори грають важливу роль в антиретровірусної терапії (АРТ) та лікування ТБ для системи охорони здоров'я і часто надають підтримку за допомогою місцевих НУО та організацій громадянського суспільства. Численні донорські агентства також працюють на підтримку контролю народжуваності, репродуктивного здоров'я, здоров'я дітей (в основному UNICEF) і здоров'я жінок. Основними двосторонніми донорами, які працюють в Україні та забезпечують розробку програм, пов'язаних з ВІЛ / СНІД, туберкульозом та контролем народжуваності, є USAID, Німецьке товариство з технічного співробітництва (GTZ), Шведське агентство міжнародного розвитку (SIDA) та Швейцарська агенція з розвитку та співробітництва (SADC). Іншими важливими донорами є Міжнародний Альянс з ВІЛ / СНІД, Фонд Клінтона, Фонд Сороса та Фонд розвитку України, заснований українським донором Рінатом Ахметовим. Крім того, такі міжнародні організації, як Світовий банк, ВООЗ та інші установи системи ООН надають основну технічну допомогу МОЗ. Повний список ключових донорів, які забезпечують розробку програм в Україні, та виконувана ними робота, міститься в Додатку А, Аналіз донорів.

В даний час Україна реалізує два гранти Глобального фонду – один по боротьбі з ВІЛ / СНІД, і другий – по боротьбі з туберкульозом. Грант шостого раунду з ВІЛ / СНІДу на суму 151 млн. доларів має двох основних реципієнтів - Міжнародний Альянс з ВІЛ / СНІД в Україні та Всеукраїнську мережу людей, які живуть з ВІЛ / СНІД. Загальна мета полягає у зниженні передачі ВІЛ та захворюваності та смертності через ВІЛ/СНІД за рахунок втручання, спрямованого на групи ризику. Ця робота почалася в 2007 році та триватиме до середини 2012 року. Український центр СНІД при Міністерстві охорони здоров'я є одним з основних суб-реципієнтів цього гранту. Фонд розвитку України, приватний український фонд, є основним реципієнтом дев'ятого траншу гранту по туберкульозу, сума якого складає 103, 5 млн. доларів. Цей п'ятирічний грант був підписаний на початку 2011 року з метою сприяння зниженню тягаря ТБ за рахунок розширення та покращення доступу до високоякісних послуг по лікуванню туберкульозу. Національна програма по ТБ МОЗ є одним з основних суб-реципієнтів цього гранту. 10-й транш гранту по ВІЛ/СНІД, обсягом у 305,5 млн. доларів, також був нещодавно схвалений; він має набути чинності в кінці 2011 або на початку 2012 року. Спільними основними реципієнтами цього нового гранту є Український центр СНІДу, Міжнародний Альянс з ВІЛ / СНІД в Україні і Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ / СНІД.

## 3. ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

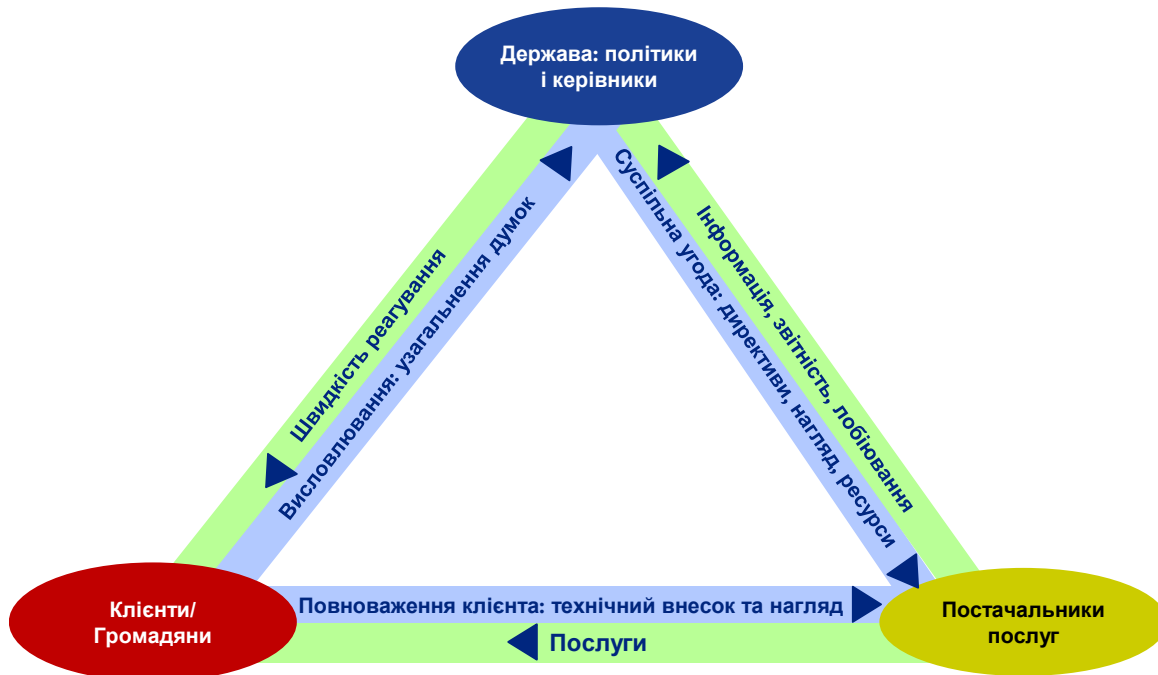
### 3.1 УПРАВЛІННЯ І КЕРІВНИЦТВО

Дієве управління системою охорони здоров'я може гарантувати формулювання та застосування правил для розробки стратегії, програм та практик для надання медичної допомоги з метою досягнення поставлених цілей охорони здоров'я, таких, як поліпшення стану здоров'я шляхом забезпечення більш справедливого доступу та доступності до якісного медичного обслуговування і профілактичних та інформаційних програм; задоволення пацієнтів і населення системою охорони здоров'я, а також справедливого фінансування, яке захищає від фінансових ризиків для споживачів медичних послуг. Відповідно до концептуальної бази, що регулює цей аналіз (Brinkerhoff і Bossert, 2008), керівництво охороною здоров'я включає в себе три основних групи учасників:

1. Державні учасники: державні відомства з охорони здоров'я є центральними органами регулювання системи.
2. Постачальники послуг з охорони здоров'я: залежно від особливостей системи охорони здоров'я країни, ця група містить державних, приватних та добровільних постачальників.
3. Бенефіціари, споживачі послуг і широка громадськість: ця група може бути далі розділена різними способами: наприклад, за рівнем доходу, за місцем розташування, за послугами, за захворюваннями або станами здоров'я, або за культурними переконаннями.

Оцінка керівництва і лідерства відображає, наскільки добре ці учасники можуть здійснювати діяльність, яка підтримує інші компоненти системи охорони здоров'я. Критерії включають право голосу і підзвітність, політичну стабільність, ефективність державного управління, правову державу, якість регулювання, а також боротьбу з корупцією. Ця структура представлена на Зображенні 3.1.1.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.1.1. КЛЮЧОВІ УЧАСНИКИ І ВІДНОШЕННЯ, ЩО КЕРУЮТЬ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Джерело: Brinkerhoff і Bossert, 2008.

### 3.1.1 ОГЛЯД

Україна є республікою, керованою виконавчою владою (Кабінет міністрів і Президент), законодавчою владою (Верховна Рада, або парламент), і судовою владою. Конституційні зміни, прийняті в 2010 році, зокрема більше повноважень для Президента по розпуску парламенту, призвели до більшої концентрації влади в президентській адміністрації. Країна надалі регулюється за 24 областями і двома містами з особливим статусом (Київ та Севастополь). Области поділяються на 490 районів. У районах існують органи місцевого самоврядування - містах і селах. Керівники в областях і районах призначаються Президентом. Республіка Крим є автономною областю з власною конституцією. Президент України призначає Прем'єр-міністра Криму.

Віктор Янукович, обраний Президентом на початку 2010 року, публічно заявив, що економічні реформи, зокрема, й реформа охорони здоров'я, є одним з пріоритетів його Уряду. На момент проведення цього Аналізу було внесено зміни в структурну організацію міністерств, серед яких і Міністерство охорони здоров'я, і очікується подальша реорганізація.

Україна продовжує займати низькі позиції в Індексі корупції Transparency International, який вимірює рівень корупції в державному секторі. Україна отримала бал 2,4 в 2010 році, причому бал 10 отримують «дуже чисті» країни. Хоча це є покращення в порівнянні з балом 2009 року (2,2), Україна все одно займає 14-е місце серед 19 країн регіону Східної Європи та Центральної Азії. (Transparency International, 2010).

Україна була однією з країн, найбільш постраждалих від недавньої глобальної економічної кризи; у 2009 році вона пережила падіння ВВП більш ніж на 15 відсотків (Світовий банк (а), 2009). Це досить важке місце для здійснення приватного бізнесу: країна займає 145-е місце з-поміж 183 країн у Звіті «Ведення бізнесу» Всесвітнього банку за 2011 рік (Світовий банк і Міжнародна



фінансова корпорація, 2010). Це є фактори, що сприяють обмеженості сфери приватного сектора в галузі охорони здоров'я.

Програма економічних реформ України на 2010-2014 роки, підготовлена Президентською комісією з економічних реформ (квітень 2010), окреслює пріоритети і стратегії уряду по здійсненню комплексної економічної реформи, зокрема, й реформи сектора охорони здоров'я. У березні 2011 року (коли проводився цей аналіз), Міністерство охорони здоров'я розробляло чотири проекти законів, що стосувалися реформи охорони здоров'я. Ці плани є найбільш повними реформами сектора охорони здоров'я, започаткованими з моменту набуття незалежності.

Аналітична група знайшла досвідчених і відданих професіоналів в Уряді на всіх рівнях, але структурні проблеми підривають ефективне керівництво і лідерство в системі. Недостатній контроль неофіційних платежів перешкоджає досягненню ефективності в усіх п'ятих критеріях (рівність, доступність, якість, ефективність і сталість). Часті зміни в керівництві МОЗ загрожують здатності до керування. Норми фінансування послаблюють повноваження керівників у галузі охорони здоров'я від урядового рівня і до рівня установ.

### ***Неурядові учасники і їхня роль у системі***

Неурядові учасники включають асоціації постачальників, неурядові організації та інші організації громадянського суспільства та засоби масової інформації. Асоціації постачальників групуються за спеціалізацією і варіюються за розміром і типами послуг для своїх членів. Хоча вони мають обмежені можливості по наданню послуг своїм членам, вони підтримують Уряд і забезпечують технічні оновлення для своїх членів. Ці асоціації надають поради МОЗ з питань стратегії та планування за допомогою робочих груп щодо спеціальних тем, але не мають повноважень або іншого офіційного дозволу щодо саморегулювання членів.

У країні існує більш ніж 800 зареєстрованих НУО, які, як повідомляється, мають 2 мільйони членів. З них є більш ніж 20 національних груп пацієнтів і більш ніж 100 місцевим груп пацієнтів в Україні, що представляють інтереси, пов'язані лише з неінфекційними захворюваннями.

ЗМІ регулярно повідомляють про проблеми охорони здоров'я, і показують відносно високий рівень технічних можливостей у повідомленнях про галузь. Є уявлення, що деякі публікації можуть висвітлювати предмет таким чином, що відображає одну політичну партію в більш вигідному світлі, ніж іншу.

Багато представників громадянського суспільства висловили невдоволення своїми відносинами з Урядом і, в цілому, скептицизм щодо Уряду. Тим не менш, аналітична група виявила, що громадянське суспільство починає грати продуктивну роль в системі охорони здоров'я. Наприклад, недавнє падіння цін на антиретровірусні препарати (АРВ), що закуповуються Урядом, могло бути одним з результатом тиску з боку громадянського суспільства у реформі системи закупівель. Напруженість у відносинах між Урядом і групами громадянського суспільства неминуче, особливо в таких країнах, як Україна, де такі відносини виникли лише недавно, і потрібен час, щоб вони розвилися. Розчарування зрозуміле, якщо відносини не досконалі, але в Україні є позитивні ознаки продуктивних результатів таких відносин у секторі охорони здоров'я.

## Правові рамки регулювання послуг в охороні здоров'я

Законодавчі рамки, розроблені для керування галуззю охорони здоров'я, викладені у Таблиці 3.1.1.

ТАБЛИЦЯ 3.1.1. ЗАКОНОДАВСТВО І ПРОГРАМИ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Тип	Опис	Коментарі
Конституція України	Зазначає, що медичні послуги надаються населенню безкоштовно, і що медичні установи не можуть бути ліквідовані.	Ці положення обмежують реформу охорони здоров'я, особливо враховуючи, що поточний і майбутній державний бюджет не може покрити всі медичні потреби населення безкоштовно, і підтримувати велику інфраструктуру охорони здоров'я.
Законодавство	На додаток до основоположного Закону України "Основи законодавства про охорону здоров'я в Україні" існують більш ніж 24 інших законів щодо надання медичної допомоги в Україні, а також ряд законів державного фінансування і оподаткування, які впливають на систему. Повний перелік і опис цих законів можна знайти на сайті МОЗ. ( <a href="http://www.gov.ua">www.gov.ua</a> )	Закони, що регулюють ВІЛ / СНІД і туберкульоз, останнім часом були розроблені (закон по ВІЛ / СНІД був прийнятий, а закон по ТБ не пройшов на момент написання цього звіту), які дотримуються стандартів, що вважаються найкращими міжнародними практиками. Не існує ніяких серйозних перешкод у політиці для доступу та надання якісних послуг у сфері контролю народжуваності. Чотири закони, що ще перебувають у формі проектів, закладуть основу для реформи охорони здоров'я.
Укази	Укази видаються Президентом і використовуються для вирішення конкретних і термінових законодавчих питань. Вони є поширеним способом законотворення в країнах колишнього Радянського Союзу, і ними зловживають в деяких країнах.	Є кілька указів, пов'язаних із сектором охорони здоров'я в Україні. Чинне законодавство з реформи охорони здоров'я видається не указом, а законами, розробленими Міністерством охорони здоров'я і парламентом, що дозволяє проводити більше публічних і політичних дискусій, але це уповільнює їх прийняття.
Накази / Норми	Вони створюються в МОЗ, часто за участю робочої групи, що складається з представників Уряду та інших ключових експертів, а також представників зацікавлених кіл поза Урядом.	Накази і норми йдуть за створенням законів, щоб розмежувати методи адміністрування певних програм у галузі охорони здоров'я. Їх можна формулювати та оновлювати набагато легше, ніж закони.
Протоколи	Розробляються Міністерством охорони здоров'я за участю науково-дослідних установ, медичних університетів і ключових фахівців.	Аналітична група отримала змішані результати щодо протоколів, які регулюють надання медичних послуг. Незважаючи на очікування, що вони будуть ґрунтуватися на фактичних даних, це не завжди так, і можуть значно відрізнятись по різних захворюваннях.
Методологічні рекомендації	Спускаються з МОЗ на заклади, області і райони, а також на адміністрації охорони здоров'я місцевого рівня.	Вони надають рекомендації щодо стандартів лікування, які передаються у вигляді друкованого наказу. Хоча очікується, що такі рекомендації будуть дотримані, і є докази того, що об'єкти і лікарі докладають зусиль для цього, метод комунікації і відсутність подальших заходів щодо забезпечення виконання рекомендацій може перешкоджати їх ефективному здійсненню.

Політична структура українського Уряду за рівнями представлена в таблиці 4.1.2 разом із відповідними структурами системи охорони здоров'я. Президент і Парламент обираються на національному рівні, але всі державні учасники, що знаходяться під ними, призначаються, за винятком голів міст, які обираються.

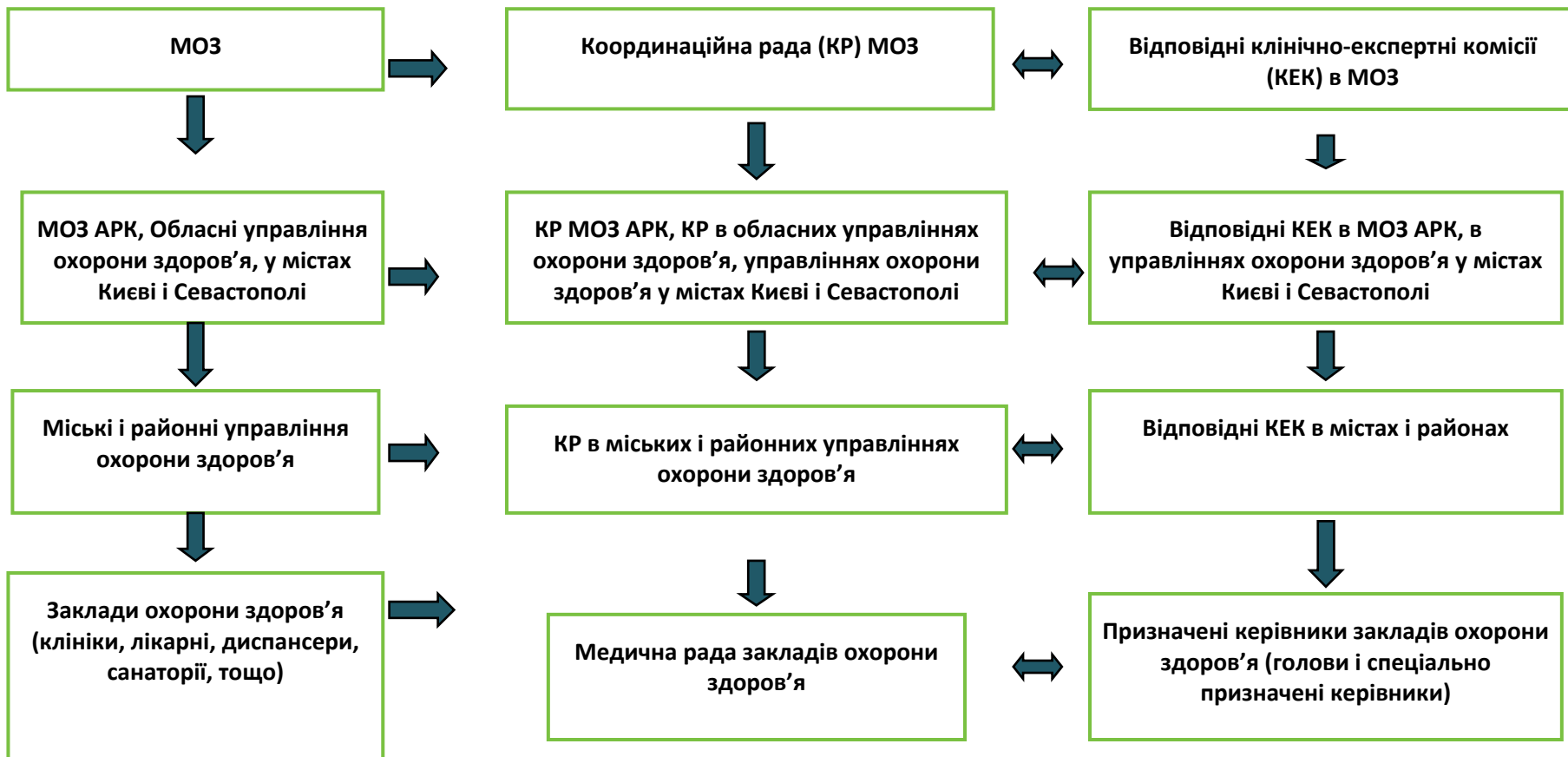
**ТАБЛИЦЯ 3.1.2. ПОЛІТИЧНА СТРУКТУРА УКРАЇНИ І СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА РІВНЯМИ**

Рівень	Політична структура		Система охорони здоров'я	
	Виконавча влада	Законодавча влада	Керівництво	Заклади охорони здоров'я
Загальнонаціональний	Президент: обирається; Президентська комісія з економічних реформ	Парламент (Верховна Рада)	Міністерство охорони здоров'я, Державна служба боротьби з ВІЛ та іншими соціально небезпечними захворюваннями, Державна санітарно-епідеміологічна служба	<ul style="list-style-type: none"> <li>Високоспеціалізовані центри (в тому числі по СНІД та туберкульозу) та установи</li> <li>Університетські клініки</li> <li>Лабораторії Санітарно-епідеміологічної служби</li> <li>Освітні заклади</li> <li>Лабораторії</li> </ul>
	Міністри по галузях, призначаються Президентом	Парламентські комітети по галузях (охорона здоров'я, економіка, і т. ін.)		
Обласний	Губернатор призначається Президентом	Орган самоврядування	Обласне управління охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обласні профілактичні і лікувальні заклади / поліклініки</li> <li>Спеціалізовані центри</li> <li>Обласні лікарні</li> <li>Невідкладна медична допомога</li> </ul>
	Губернатор призначає співробітників обласних управлінь галузі (охорона здоров'я, освіта тощо)			
Муніципальний	Мер: обирається	Орган самоврядування	Управління охорони здоров'я у містах і селищах	<ul style="list-style-type: none"> <li>Міські амбулаторно-профілактичні і лікувальні заклади / поліклініки</li> <li>Спеціалізовані центри</li> <li>Міські лікарні</li> <li>Невідкладна медична допомога</li> </ul>
Районний	Керівник призначається губернатором	Орган самоврядування	Районне управління охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>Районні/ міські лікарні</li> <li>Поліклініки</li> <li>Сільські лікарні</li> <li>Клініки загальної практики і сімейної медицини</li> </ul>
	Районний керівник і управління по освіті, охороні здоров'я, тощо			
Селищний	Голова органу самоврядування	Орган самоврядування	Громадські комітети з охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Фельдшерсько-акушерські пункти</li> </ul>

### ***Регулювання і контроль якості***

Україна має розвинену систему регулювання та контролю якості у сфері охорони здоров'я; проте реалізація може бути нерівномірною. Всі державні і приватні установи повинні відповідати нормам реєстрації та акредитації, яких суворо дотримуються під час відкриття. Оновлення є менш суворим процесом. Фармацевтичні правила відповідають міжнародним стандартам, та існуючі стратегії і процедур, здається, достатні для дотримання цих правил. Структура управління якістю послуг зображена на Зображенні 3.1.2. Зверніть увагу, що на рівні закладів існує не система допоміжного нагляду, а, скоріше, один з механізмів контролю якості, який може бути каральним.

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.1.2. СТРУКТУРА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**



*Джерело: адаптовані дані наказу МОЗ № 163 від 24.02.2010 року.*

### 3.1.2 ФОРМУЛЮВАННЯ СТРАТЕГІЇ

Розробка регулювання і стратегії в галузі розвитку системи охорони здоров'я здійснюється спільно МОЗ, Президентом та Кабінетом Міністрів і Парламентом. Міністерство охорони здоров'я несе відповідальність за надання даних та інформації для вироблення національної стратегії охорони здоров'я, а також за планування та управління системою охорони здоров'я. Президент і Кабінет Міністрів визначають, яким чином система охорони здоров'я здійснюється, з урахуванням стратегій, висунутих керівництвом. Парламент визначає бюджети і фінансування охорони здоров'я, і направляє асигнування Міністерства фінансів (МФ) на фінансування областей і районів. Міністерство економіки також має дорадчу роль у цьому процесі; нове законодавство може бути внесене Міністерством охорони здоров'я в Парламент, і може стати результатом спільної роботи робочої групи. Президент може також надавати на розгляд парламенту «першочергові закони». На практиці, Президентська адміністрація і канцелярія Прем'єр-міністра мають можливість значного впливу на законопроекти МОЗ.

### 3.1.3 ПРАВО ГОЛОСУ

Громадськість та зацікавлені сторони мають потенціал і можливість виступати щодо питань охорони здоров'я та брати ефективну участь разом із державними чиновниками у створенні стратегій і планів по послугах охорони здоров'я. Однак це значно відрізняється по хворобах / питаннях охорони здоров'я і, очевидно, потужніше там, де є підтримка і зацікавленість донорів (зокрема, в галузі ВІЛ/СНІД). Громадянське суспільство, технічні експерти і споживачі медичних послуг мають здатність / можливість використовувати, аналізувати і забезпечувати зворотний зв'язок до Уряду щодо цілей у секторі охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я надає приміщення для кількох робочих груп, що займаються певними захворюваннями або питаннями охорони здоров'я і складаються з технічних фахівців та відповідних зацікавлених сторін, таких, як асоціації постачальників і груп пацієнтів.

### 3.1.4 ЗДАТНІСТЬ РЕАГУВАТИ

Уряд регулярно запитує реакцію з боку громадськості та зацікавлених сторін. Тим не менш, Уряд, схоже, більш чуйно реагує в тих галузях, де є активні донори і організовані НУО або інші групи.

Національні урядові дані, бюджет і цілі перебувають у відкритому доступі і доводяться до відома зацікавлених сторін. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я та інші веб-сайти Уряду публікують більшу частину цієї інформації своєчасно, хоча і не завжди у формі, зручній для неспеціалістів. Деякі дані можна викладати в більш доступній формі. Див. розділ 3.6 Інформаційні системи охорони здоров'я щодо докладної інформації.

### 3.1.5 ТЕХНІЧНИЙ НАГЛЯД

Міністерство охорони здоров'я є основним регулюючим органом у системі охорони здоров'я, і відповідає за управління та моніторинг системи охорони здоров'я. На регіональному та місцевому рівнях заклади є фінансово підзвітними до державної влади на своєму рівні, оскільки, як правило, більш ніж 70 відсотків їхнього бюджету надходить від цих органів влади. Цей розрив між фінансуванням і наглядом несприятливо впливає на управління і здатність органів охорони здоров'я керувати системою.

Громадянське суспільство, включаючи групи постачальників, неурядові організації та засоби масової інформації, забезпечують функцію контролю постачальників медичних послуг та медичних установ у тім, як вони надають послуги з точки зору вищезазначених критеріїв ефективності. Державні учасники та зацікавлені сторони через громадські комітети охорони здоров'я в Україні мають можливість зустрічатися з керівниками у галузі охорони здоров'я, щоб піднімати питання про продуктивність. Тим не менш, необхідно посилити процедури по боротьбі з упередженістю та несправедливістю в доступі до послуг. Наприклад, нещодавно повідомлення про вичерпання запасів АРВ-препаратів висвітлили розрив між здатністю пацієнтів ефективно виражати свої потреби таким чином, щоб отримати бажану реакцію на державному рівні.

### **3.1.6 НАДАННЯ ПОСЛУГ**

Організація та фінансування охорони здоров'я не забезпечує стимулів для підвищення продуктивності в наданні послуг. Надання послуг розбите на вертикальні системи з окремим бюджетом та звітністю. Постатейне складання бюджету є перешкодою для ефективного / раціонального надання послуг. Дані про розподіл та використання ресурсів і інформації часто неточні і можуть бути сфальсифіковані. Точні цифри, як правило, недоступні (тому що їх практично неможливо створити в існуючій системі) для громадськості і зацікавлених сторін. Інформація щодо якості і вартості медичних послуг також не є загальнодоступною, що ускладнює клієнтам прийняття обґрунтованих рішень про постачальників медичних послуг, хоча вони мають право вибирати своїх постачальників ПМСД. Інформація про результати програми, задоволеність пацієнтів, а також про інші пов'язані із здоров'ям теми, доступні, хоча й непослідовно, і мають різні рівні доступу до постачальників і клієнтів. Навіть тоді, коли ця інформація доступна, у постачальників є мало повноважень, щоб приймати рішення, засновані на цих даних / інформації.

### **3.1.7 ІНФОРМАЦІЯ, ЗВІТНІСТЬ, ПІДТРИМКА**

Постачальники не надають повністю точної або відповідної інформації, зокрема щодо фінансування, спостереження і даних по програмах, до Уряду в придатному для використання вигляді, для того, щоб можна було здійснювати ефективний контроль за системою охорони здоров'я. Постачальники послуг регулярно не використовують дані про результати програми, задоволеність пацієнтів, а також іншу інформацію, пов'язану з охороною здоров'я для лобювання серед державних чиновників у питаннях змін у стратегії, програмах та / або процедурах. Утім, НУО, що мають міжнародну підтримку, це роблять. Дивіться нижче Розділ про інформаційні системи охорони здоров'я щодо більш докладної інформації.

### **3.1.8 ДИРЕКТИВИ, НАГЛЯД, РЕСУРСИ**

Уряд забезпечує загальне керівництво системою охорони здоров'я на основі чіткого законодавства, стратегії і регулювання. Існують докази, що урядові чиновники спираються на дослідження і аналітичні оцінки та на існуючу інформаційну систему охорони здоров'я (ІСОЗ), коли вони формулюють закони, стратегії та оперативні плани, норми, процедури і стандарти для галузі охорони здоров'я; проте, цієї процедури не достатньо дотримуються. Норми в секторі охорони здоров'я, протоколи, тощо відомі і застосовуються в навчальних закладах та в установах. Встановлено порядок звітності, розслідування та розгляду нераціонального або неправильного використання ресурсів, хоча вони використовуються і застосовуються нерівномірно.

### 3.1.9 ЗАЛУЧЕННЯ ДОНОРІВ

Донори та міжнародні організації, як правило, співпрацюють з Урядом України. USAID нещодавно підписало п'ятирічний рамковий договір на 2011-2015 роки по зниженню рівня передачі ВІЛ через СНІД, підвищенню якості і економічної ефективності програм з ВІЛ, орієнтованих на групи ризику, і зміцненню загальнонаціонального та місцевого потенціалу з питань ВІЛ / СНІД (USAID, 2011).

Донори часто надають підтримку через місцеві НУО та організації громадянського суспільства, і тим самим сприяють зростанню ролі громадянського суспільства в галузі охорони здоров'я.

Міжнародні організації, так, і як Світовий банк і ВООЗ та інші установи ООН, надають ключову технічну допомогу Міністерству охорони здоров'я. Очікується, що Світовий банк і ВООЗ будуть продовжувати надавати технічну підтримку Уряду України, коли він розпочне амбітну програму реформи охорони здоров'я. Повний список ключових донорів, які забезпечують розробку програм в Україні, а також їхня діяльність, наводиться у Додатку А.

### 3.1.10 УПРАВЛІННЯ І КЕРІВНИЦТВО: ПРОГРАМИ З ВІЛ/СНІД, ТБ І КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTІ

Послуги з ВІЛ / СНІД, туберкульозу та контролю народжуваності / репродуктивного здоров'я (КН / РЗ) здійснюються через вертикально структуровані системи, що фінансуються за рахунок МОЗ. Подальше надання послуг і підрозділи фінансування охорони здоров'я докладно розподіляються по структурі постачань та фінансових потоків.

Державна служба з ВІЛ, туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб здійснює нагляд за програмами з ВІЛ та ТБ і координує донорські кошти та технічну підтримку по програмах. За даними державної служби, є план підвищення Служби до рівня державного міністерства. Національні центри по боротьбі зі СНІД і туберкульозом вживають заходів щодо відповідних захворювань. Вертикальний характер цих систем захищає їхню автономію і фінансування та дозволяє міжнародним донорам легко визначати точки входу для надання технічної підтримки. Тим не менш, комунікація між двома центрами перебуває не на належному рівні, і їх діяльність не координується з ПМСД, що обмежує доступ до тестування і лікування. НУО мають істотний вплив, надають профілактичні та допоміжні послуги. Втім, ці послуги не інтегровані (або офіційно не оформлені через контракт) з системою охорони здоров'я Уряду; більш тісний зв'язок дозволить підвищити ефективність надання послуг.

Контроль народжуваності здійснюється за допомогою державних програм репродуктивного здоров'я. На момент написання цього аналізу Управління планування сім'ї (раніше в недавно розформованому Міністерстві молоді та спорту) не було віднесено до жодного міністерства.

### 3.1.11 НАСТАВ ЧАС РЕФОРМИ

З моменту здобуття незалежності Україні бракувало плану всеосяжної реформи охорони здоров'я - реформи системи охорони здоров'я часто заохочуються і навіть приймаються у вигляді законів, але мало з них дійсно реалізовані. Тим не менш, сполучення економічного і політичного тиску мотивує Уряд України до здійснення кроків на підвищення ефективності, результативності, а також доступу до якісних медичних послуг. Нинішня адміністрація має амбітні плани істотного реформування системи охорони здоров'я, частково для поліпшення результатів охорони здоров'я, але також і внаслідок реакції на економічні імперативи раціоналізації системи і тиску з боку МВФ та інших щодо проведення реформи державних послуг. На додаток до поліпшення якості та доступу до послуг охорони здоров'я, реформи мають змінити бюджетну модель системи охорони здоров'я з виходом на модель соціального медичного страхування.



Програма реформи охорони здоров'я складається з трьох основних напрямків:

1. Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я

- Зменшення кількості порожніх ліжок
- Раціоналізація надання послуг на всіх рівнях
- Чітке визначення первинного, вторинного і третинного рівнів допомоги

2. Реформа фінансування охорони здоров'я

- Надання закладам більшої автономії в управлінні їхніми фінансами і стимули для цього
- З цією метою на національному рівні Контрольно - Ревізійним Управлінням України (КРУ) були прораховані кошториси по послугах лікарень

3. Зміцнення системи стандартів та контролю якості на центральному рівні

Основні напрямки діяльності, що пропонуються у реформі, включають в себе:

- Забезпечення підвищення обсягу фінансування та посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги;
- Об'єднання коштів для ПМСД на місцевому рівні, для вторинної та третинної допомоги на районному та обласному рівні, і державних спеціалізованих центрів і клінік на національному рівні;
- Перехід від постатейного бюджету до глобального бюджету;
- Створення стимулів для здорового способу життя, в тому числі підвищення податків на алкоголь і тютюнові вироби;
- Розширення співпраці між різними підрозділами охорони здоров'я щодо медичної допомоги пацієнтам;
- Дозвіл постачальникам приватних медичних послуг розвиватися і конкурувати за фінансування з державного сектора;
- Реалізація клінічних шляхів, довідкових систем, а також
- Забезпечення адекватного кадрового складу в системі охорони здоров'я, на основі потреб громад та видів медичного обслуговування, яке пропонується.

Реформи планується здійснити протягом чотирьох років з 2010 по 2014 рік. Перші заходи, в 2010 році, повинні були внести зміни у фінансування, ліцензування та акредитацію у сфері охорони здоров'я. Друга група заходів, що повинні бути завершені до кінця 2012 року, мають завершити експериментальну програму реформ у Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях, а також створити законодавство на підтримку реформ. Третя серія заходів, що буде завершена в пілотних регіонах в 2014 році, призведе до єдиної вартості медичних послуг та розвитку договірних відносин між постачальниками і платниками, а також введе обов'язкове соціальне медичне страхування.

### ***Розробка і впровадження стратегій реформи охорони здоров'я***

Програма економічних реформ України на 2010-2014 роки (опублікована у квітні 2010 р.) дає огляд пріоритетів і стратегій Уряду по реформі сектора охорони здоров'я. Комітет з економічної реформи

складається з Адміністрації Президента, Канцелярії Прем'єр-міністра, інших міністрів, членів Парламенту, і інших експертів. Кожний з 21 аспектів реформи має робочу групу; МОЗ очолює робочу групу з охорони здоров'я, до якої входять фахівці Міністерства охорони здоров'я і зовнішні експерти. Вона працює за підтримки Національного комітету економічних реформ в Адміністрації Президента. Міністерство охорони здоров'я розробило проект законодавства з реформи охорони здоров'я, яке було розглянуте міжнародними фахівцями і розміщене для публічного обговорення. Законодавство відображає програму комітету реформ з охорони здоров'я, у тому числі плани впровадження пілотних проектів в областях. Як тільки Міністерство охорони здоров'я врахує коментарі і завершить розробку законодавства, воно буде подане до парламентського комітету з охорони здоров'я, а потім у парламент для голосування.<sup>3</sup>

Кожна область в країні має свій власний комітет з економічної реформи, який діє за рекомендаціями національного комітету з реформи. Обласний комітет з реформи охорони здоров'я області діє під головуванням заступника губернатора області, відповідального за соціальну сферу, який працює в тісному контакті з головою обласного управління охорони здоров'я в реалізації реформи охорони здоров'я. Кожен комітет має свій власний відділ моніторингу. Три пілотні області почали вживати заходів згідно з проектом законодавства ще до того, як воно було прийняте.

### **Головні виклики для реформи охорони здоров'я**

Перед Урядом України, що має намір реалізувати найбільш амбітний план реформи охорони здоров'я з моменту здобуття незалежності, стоять певні завдання.

**Проблеми в системі охорони здоров'я не були ефективно вирішені в минулому через відсутність лідерства – навіть зараз у лідерстві по цій новій програмі реформ є серйозні проблеми.** Реформа охорони здоров'я може бути ризикованою з політичної точки зору. Реформа є складним завданням, часто болючим, і вимагає кількох років, щоб бути ефективно реалізованою і показати результати. Населення чутливе до змін у способі надання медичного обслуговування та сплати за нього. З моменту здобуття незалежності Україна пережила політичну нестабільність, яка перешкождала Уряду на національному рівні проводити істотні реформи охорони здоров'я. Крім того, часті структурні і кадрові зміни в МОЗ та поточна система фінансування і бюджетування підривають спроможність національного Уряду проводити процес реформування охорони здоров'я.

**Кошти Уряду на охорону здоров'я обмежені.** Уряд України хоче отримати більші і кращі результати за ті самі кошти. Досягнення більшої ефективності, в поєднанні з розширенням доступу і підвищенням якості, дозволить ретельно керувати наявними ресурсами.

**На шляху до більш гнучкої та ефективної системи охорони здоров'я треба подолати ряд законодавчих і політичних бар'єрів.** Існує конституційне положення, в якому зазначається, що "медичні послуги надаються державою безкоштовно". У Конституції також говориться, що загальна кількість медичних закладів не може бути зменшена. Зараз розробляється ряд законопроектів, в яких розглядається специфіка реформи охорони здоров'я, проте деякі заходи вживаються і за відсутності прийнятого законодавства.

---

<sup>3</sup> З моменту здійснення цього аналізу місто Київ було додане до трьох пілотних областей як четвертий географічний регіон для реалізації реформи, і було прийняте законодавство, що регулює реалізацію пілотних проектів реформи.

**Штат працівників сфери охорони здоров'я України не відповідає критичним медико-санітарних потребам населення** або ж потребам, визначеним у програмі реформи охорони здоров'я, і приведення штату у відповідність до цих викликів вимагає часу і значних ресурсів. Існує 20-30 відсотків вакантних посад на деяких ключових позиціях (наприклад, лікарі по ТБ) і загальний брак лікарів сімейної медицини.

Ці проблеми в Уряді накладаються на додаткові системні обмеження – політичне протистояння, широке використання неформальних платежів, поточне фінансування охорони здоров'я та бюджетну систему, а також слабку систему моніторингу та оцінки (М і О).

### 3.1.12 СИЛЬНІ СТОРОНИ, СЛАБКІ СТОРОНИ, МОЖЛИВОСТІ І ЗАГРОЗИ (АНАЛІЗ SWOT)

**ТАБЛИЦЯ 3.1.3. АНАЛІЗ SWOT ПО УПРАВЛІННЮ**

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
Сильні сторони і можливості	Загальні послуги по охороні здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Був ініційований процес децентралізації</li> <li>• на найвищому рівні існує політична підтримка реформи охорони здоров'я</li> <li>• План реформи охорони здоров'я відображає міжнародні передові методи та досвід в регіоні</li> <li>• Громадянське суспільство відіграє здорову та активну роль</li> <li>• Групи постачальників і пацієнтів мають можливість висловити стурбованість і підтримувати стратегії</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глобальний фонд, PEPFAR і рамкове партнерство сприяє зміцненню системи</li> <li>• Міжнародна науково обґрунтовані протоколи</li> <li>• Вертикальне визначення програм може допомогти захистити фінансування послуг</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9-й Раунд Глобального фонду зміцнить потенціал Державної служби по боротьбі з ВІЛ, туберкульозом та соціально значущими захворюваннями для моніторингу та оцінки програм по ТБ</li> <li>• Вертикальне визначення програм може допомогти захистити фінансування послуг</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність стратегічних перешкод для сімейних лікарів, що пропонують консультації з контролю народжуваності</li> <li>• Вертикальне визначення програм може допомогти захистити фінансування контролю народжуваності</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні послуги по охороні здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Методи фінансового управління не повною мірою перешкоджають неофіційним платежам і непрозорим закупівлям та бюджетуванню</li> <li>• Інформації по плануванню, експлуатації та фінансуванню ще немає в достатньому обсязі</li> <li>• Брак можливості громадянського суспільства і виборних посадових осіб притягнути до відповідальності суб'єкти охорони здоров'я</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостатня практика закупівель та прогнозування, в поєднанні з поганими звітними відносинами між постачальниками і Урядом призводять до виснаження запасів життєво важливих ліків</li> <li>• Замісна терапія є політично спірною</li> </ul>

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Міністерство внутрішніх справ у гонитві за інформацією про пацієнтів і постачальників інформації таврує ганьбою пацієнтів і може ускладнити доступ до медичної допомоги</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Недостатня координація між вертикальними службами ВІЛ та ТБ</li> <li>Боротьба з ТБ належним чином не допомагає запобіганню МЛС-ТБ</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>Відділ контролю народжуваності не має стабільного організаційного офісу в рамках системи охорони здоров'я, що робить управління М і О складним завданням</li> </ul>

## 3.2 ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ВООЗ визначає фінансування охорони здоров'я як функцію системи охорони здоров'я, пов'язану з мобілізацією, накопиченням і розподілом грошей на покриття потреби здоров'я людей, індивідуально і колективно, в системі охорони здоров'я. Мета фінансування охорони здоров'я полягає в тому, щоб надати у розпорядження фінансові кошти і встановити відповідні фінансові стимули для постачальників, що гарантуватиме, що всі люди мають доступ до дієвої системи громадського здоров'я та особистої гігієни здоров'я (ВООЗ 2000). Фінансування охорони здоров'я складається з трьох взаємопов'язаних завдань:

- **Збір доходів** стосується джерел фінансування на охорону здоров'я, видів стратегії збору доходів, а також агентів, які збирають ці доходи. Всі кошти на охорону здоров'я, за винятком внесків донорів, збираються в тій чи іншій формі з населення.
- **Об'єднання коштів** включає в себе накопичення коштів і управління коштами, зібраними з окремих осіб або з домогосподарств таким чином, що дозволяє забезпечити ширший доступ людей до необхідної медичної допомоги і захисту їх від ризику самостійної сплати повної вартості медичної допомоги в разі хвороби. Об'єднання коштів традиційно називається "страховою функцією" в рамках системи охорони здоров'я.
- **Придбання медичних послуг** є механізмом, за допомогою якого державні та приватні установи, які мають фінансові ресурси, передають їх тим, хто надає медичні послуги своїм бенефіціарам. Придбання може здійснюватися пасивно (наприклад, відповідно до заданих бюджетів) або стратегічно (за рахунок постійного пошуку низької вартості і високої цінності послуг).

Для належної роботи системи охорони здоров'я агенти фінансування повинні створювати відповідну суму доходів для підтримки сталою надання медичної допомоги; ефективно об'єднувати кошти для сприяння максимально можливого доступу громадян до медичних послуг; створити належні стимули для постачальників, щоб вони відповідали потребам охорони здоров'я якомога краще; виділяти ресурси для дієвих, ефективних, справедливих медико-санітарних заходів та послуг. У цьому розділі аналізується компонент фінансування системи охорони здоров'я в Україні, на основі концептуальної передумови, окресленої вище.

### 3.2.1 ОГЛЯД

Україна успадкувала від радянської системи комплексну багаторівневу систему охорони здоров'я, спрямовану на забезпечення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, які фінансуються і здійснюються державою. Основною особливістю моделі Семашка є централізоване

фінансування і централізований підхід до управління, створений на принципах жорсткої вхідної нормативної бази, постатейного конкретного бюджетного розподілу державних ресурсів між медичними установами та програмами. Система спочатку мала успіх, бо дозволяла охопити велику кількість населення для задоволення термінових потреб медико-санітарної допомоги, але з часом ці стратегії призвели до накопичення надмірно дорогої та великої інфраструктури охорони здоров'я, до непропорційного розподілу наявних ресурсів між амбулаторною (профілактичною) медичною допомогою та стаціонарною (лікувальною) медичною допомогою і, нарешті, до відсутності мотивації в медичних працівників та погіршення якості медичної допомоги.

Важка економічна криза протягом першого десятиліття незалежності України (1991-2000) поставила перед політичними лідерами складне завдання – треба було запобігти краху системи охорони здоров'я. Це призвело до певної децентралізації державних обов'язків по забезпеченню охорони здоров'я, до обмежень в обсягах гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, до деяких скорочень інвентарю (лікарняних ліжок, медичних установ, персоналу), а також до мобілізації додаткових ресурсів шляхом формалізації приватних платежів і приватних медичних послуг. Тим не менше, основа організації та фінансування охорони здоров'я істотно не змінилися. Система охорони здоров'я в сьогоденній Україні розрахована на фінансування з державних доходів і забезпечення загального доступу громадян до безкоштовного надання гарантованого пакету послуг у державних медичних установах. Проте, насправді, система не виконує жодне з цих зобов'язань.

### 3.2.2 ПРОЦЕС ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

МОЗ управляє системою охорони здоров'я відповідно до жорсткої адміністративної, бюджетної ієрархії і звітності. Ця структура зберігається, хоча більшість медичних установ належать різним рівням влади, і більшість витрат здійснюються ними. Міністерство охорони здоров'я напряму фінансує тільки вертикально керовані послуги, такі як онкологія, контроль народжуваності, служби по ОХМД, ВІЛ / СНІД та ТБ. На додаток до структури, керованої МОЗ, міністерства оборони, транспорту та внутрішніх справ мають свої власні медичні заклади, які надають послуги їхнім працівникам та членам їх сімей. Медичне обслуговування в пенітенціарній системі керується Міністерством юстиції. Ці міністерства мають бюджети, окремі від МОЗ, що виділяються Мінфіном.

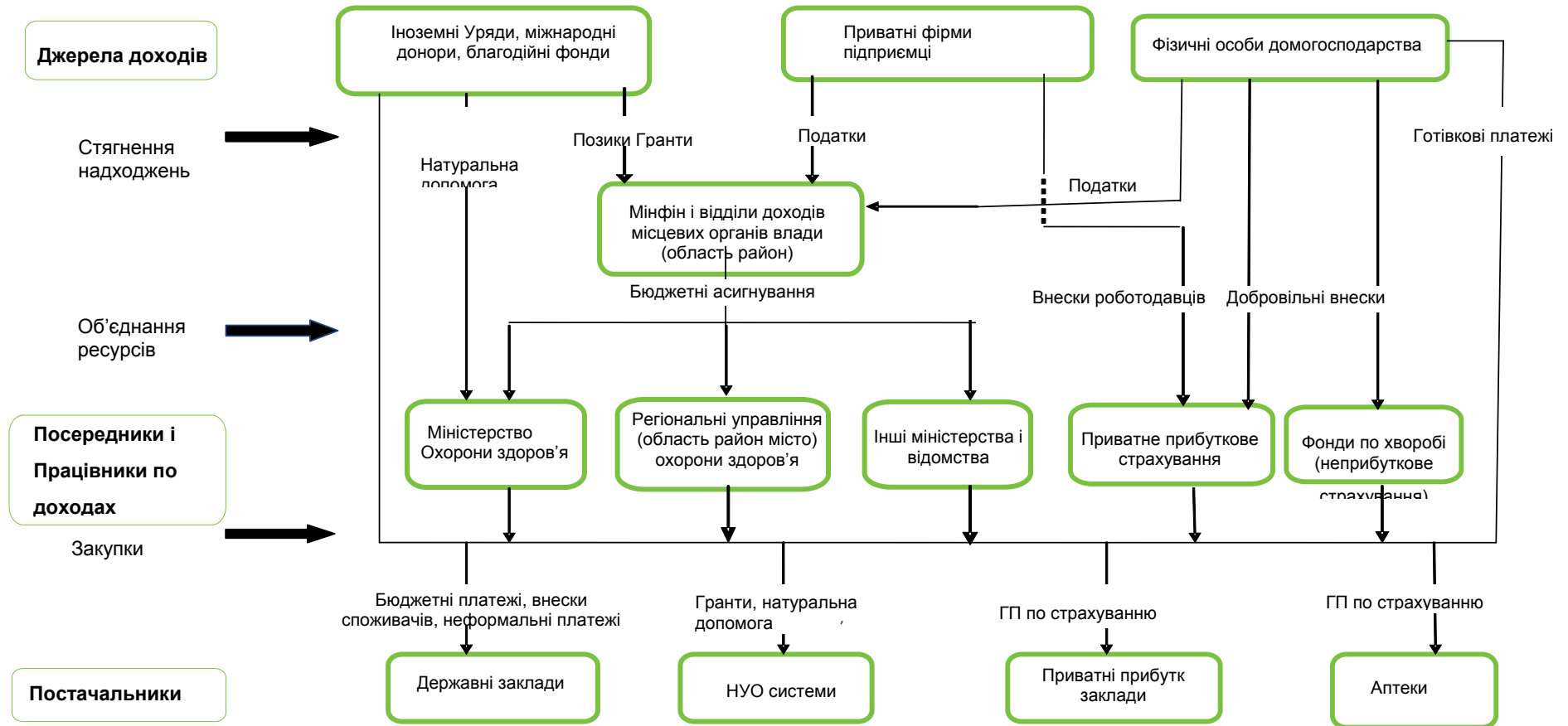
Переважає більшість лікувально-профілактичних послуг надаються державними установами охорони здоров'я, хоча є невелика і зростаюча кількість приватних постачальників медичних послуг. Більшість аптек у країні знаходяться в приватному володінні та управлінні. Ці аптеки є основним джерелом ліків для українців. Комерційні приватні постачальники послуг фінансуються в основному платежами з власної кишені споживачів, і вони не мають доступу до державних коштів. Існують також деякі неурядові, релігійні та громадські організації, діяльність яких переважно обмежується наданням послуг по ВІЛ / СНІД, туберкульозу, контролю народжуваності і ОХМД. Вони працюють в основному на кошти, отримані від донорських організацій, і загалом не мають доступу до державних коштів.

Перехід від суто централізованого фінансування до різко децентралізованого в 1990-х роках не супроводжувався жодною реформою у фундаментальній організації та структурі надання медичної допомоги або в принципах бюджетних асигнувань. Кожне місцеве управління охорони здоров'я (а їх близько 692 на обласному, районному та муніципальному рівнях) відповідає за медичні установи в його сфері відповідальності і є функціонально підпорядкованим Міністерству охорони здоров'я, але з точки зору керівництва та фінансів воно підпорядковується місцевим органам влади. Це розділення підпорядкування іноді спричиняє неоднозначну реалізацію політики в галузі охорони здоров'я: у той час, як Міністерство охорони здоров'я розробляє

національну політику в галузі охорони здоров'я, її реалізація може бути порушена місцевими подіями, а система фінансування охорони здоров'я є фрагментованою. Крім того, децентралізація в нинішньому вигляді перешкодила інтеграції різних рівнів дубльованих послуг (Lekhan, Rudiу, Richardson, 2010; Світовий банк (а), 2008). Для виконання делегованих функцій (наприклад, освіти, охорони здоров'я, спорту), всі місцеві органи влади отримують відповідну частку податкових надходжень. З метою усунення нерівномірного розподілу ресурсів по багатих і небагатих обласних та районних органах влади, ці бюджети доповнюються або зменшуються за допомогою суми вирівнювання, що базується на формулі

Мінфін готує щорічний проект бюджету, в тому числі і для сектора охорони здоров'я, який потім подається на затвердження Парламенту. Мінфін встановлює вимоги, яких мають дотримуватися державні установи (у тому числі заклади охорони здоров'я) у розробці та реалізації своїх індивідуальних бюджетів. Об'єднання коштів здійснюється на національному рівні та на місцевому (обласному, районному та муніципальному) рівні – місцеві органи влади утримують частку податків, що стягуються на їхній території, для фінансування охорони здоров'я та інших соціальних послуг. Асигнування та виплати на охорону здоров'я здійснюються відповідно до строгих постатейних бюджетних процедур і норм. Це означає, що платежі пов'язані з місткістю (наприклад, з кількістю лікарняних ліжок) та штатним розкладом окремих об'єктів, а не на з обсягом і якістю наданих послуг (Lekhan, Rudiу, Richardson 2010). Див. Зображення 3.2.1 щодо Поточку фінансування охорони здоров'я в Україні.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.1. ПОТОКИ ФІНАНСУВАННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



Джерело: Аналітична група

Примітка: ГП = готівкові платежі, РО = релігійні організації

### 3.2.3 ОГЛЯД КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Деякі ключові показники видатків на охорону здоров'я в Україні разом з відповідним порівнянням по регіону ЄЦА, а також по країнах з еквівалентним групами доходів, представлені в Таблиці 3.2.1.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.1. ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я І ЕКОНОМІЧНІ ПОКАЗНИКИ З ПОРІВНЯННЯМ ПО РЕГІОНАХ І ПО ГРУПАХ ДОХОДІВ, 2007–2008\***

Показники	Дані по країні	Середній показник по регіональних відповідниках	Середній показник по відповідниках у групах доходів
	Україна	ЄЦА	Низький середній рівень доходів**
ВВП на душу населення в US\$	1156	2649	1451
Зростання ВВП в %	2,10	5,41	5,25
Загальна сума видатків на охорону здоров'я (ЗОЗ) в % від ВВП	6,80	6,45	6,08
Видатки на охорону здоров'я на душу населення в міжнародних доларах, адаптованих до паритету купівельної спроможності (ПКС)***	475,37	608,65	236,54
Державні видатки на охорону здоров'я в % від загальної суми державних видатків	9,19	10,96	9,79
Державні видатки на охорону здоров'я в % від ЗОЗ	57,59	56,57	57,43
Внески донорів в % від ЗОЗ	0,27	2,50	10,84
Приватні видатки на охорону здоров'я в % від ЗОЗ	42,41	43,43	42,57
Готівкові видатки в % від приватних видатків на охорону здоров'я	92,45	90,07	84,54
Готівкові видатки в % від ЗОЗ	39,20	39,28	36,91

Джерело: Світовий банк (с), 2010

\* ВВП на душу населення, зростання ВВП і ЗОЗ як % від ВВП станом на 2008 рік, інші дані станом на 2007 рік.

\*\* Країни з низьким середнім рівнем доходів представляють середній рівень доходів на душу населення в межах US\$996 -US\$3.945.

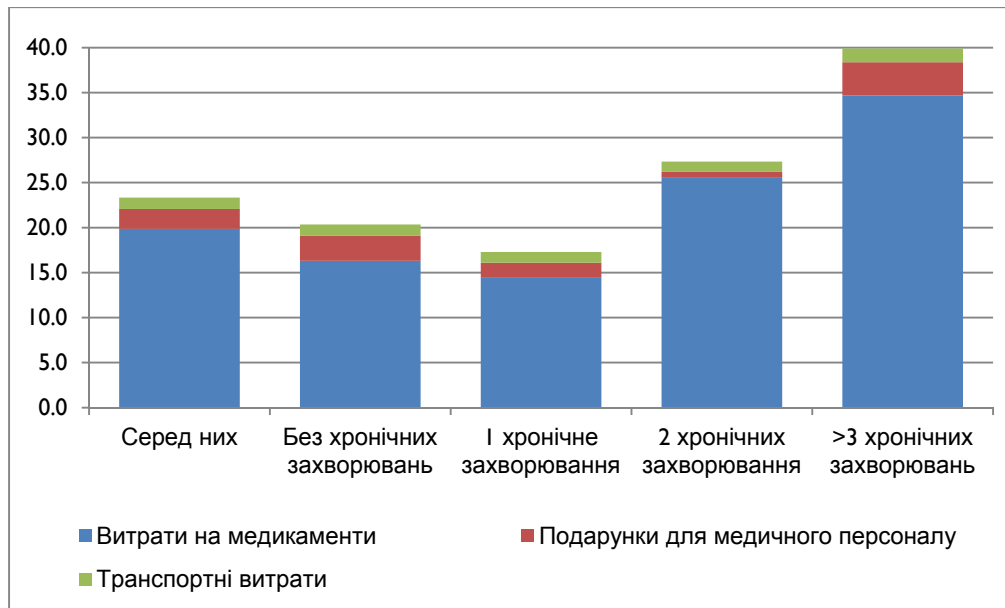
\*\*\* Перерахунок у доларах адаптованих до паритету купівельної спроможності (ПКС) здійснено з метою порівняння між країнами.

Україна має відносно високий рівень загальних національних витрат на охорону здоров'я, з високим відсотком готівкових витрат. Також видно, що система фінансування охорони здоров'я в Україні має дуже низьку залежність від донорської допомоги: в 2007 році тільки 0,3 відсотка з загальних витрат на охорону здоров'я порівняно з 2,5 відсотка в середньому по країнах ЄСА і 11 відсотками для країн з низьким середнім рівнем доходу.

Зображення 3.2.2 ілюструє середні готівкові витрати на пацієнта в Україні, в залежності від кількості захворювань, що лікуються, і показує, що переважна більшість платежів здійснюється для купівлі лікарських засобів.



### ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.2. СЕРЕДНІ ВИТРАТИ НА АМБУЛАТОРНЕ ВІДВІДУВАННЯ



Джерело: адаптовані дані Світового банку, 2009

Аналіз тенденцій фінансування охорони здоров'я в Україні здійснено в таблиці 3.2.2, яка ґрунтується, головним чином, на повідомленнях з Урядових джерел. Це показує, що, незважаючи на деяке збільшення державних бюджетів охорони здоров'я, державні витрати на охорону здоров'я знизилися в 2008 р. і 2009 р. в реальному вираженні. Номінальне зростаюче збільшення загальних витрат на охорону здоров'я в Україні склало 37 відсотків у 2008 році і 13 відсотків у 2009 році, в той час як щорічне зростання державних витрат на охорону здоров'я за ці два роки було набагато меншим - 28 відсотків і 8 відсотків відповідно. Це, можливо, сприяло збільшенню приватних витрат у формі готівкових витрат приватних осіб та домашніх господарств. Останній економічний спад поставив перед Урядом проблему у фінансуванні охорони здоров'я. Україна мала 15-процентне зниження темпів зростання ВВП в 2009 році, в той час як річний рівень інфляції склав близько 16 відсотків. Таким чином, страждаючи від економічного спаду, населення стикнулося зі збільшенням витрат на охорону здоров'я та з ризиками катастрофічних витрат на охорону здоров'я в умовах скорочення державних витрат.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.2. ТЕНДЕНЦІЇ В ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКАХ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я І В ЕКОНОМІЧНИХ ПОКАЗНИКАХ, 2004–2009**

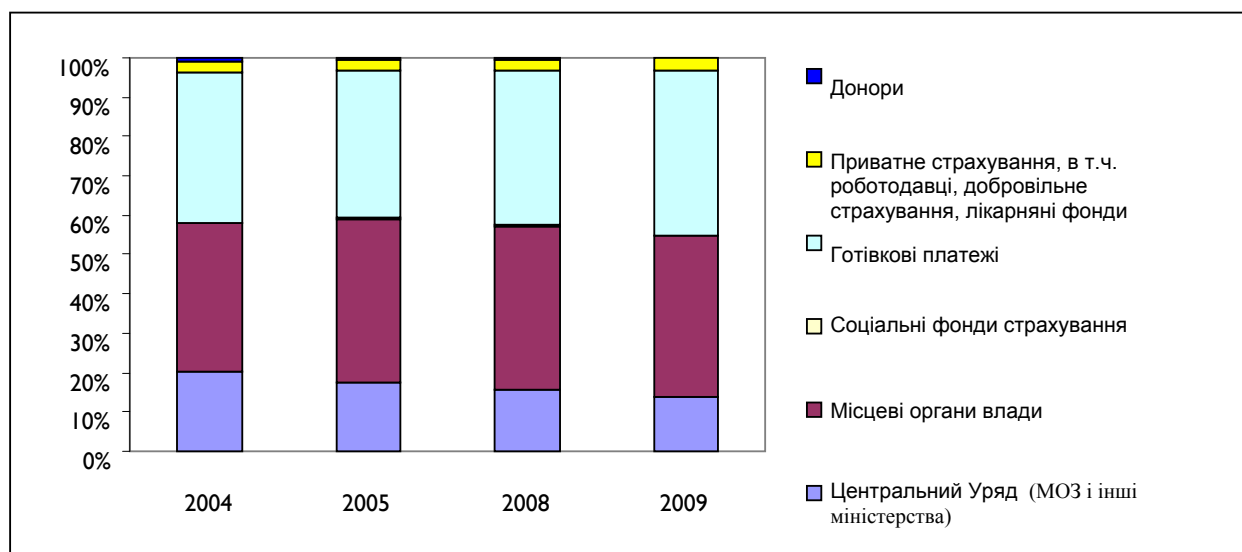
	2004	2005	2008	2009
Річна ставка інфляції (%)	9	13,6	25,2	15,9
Річне зростання ВВП (%)	12,1	2,7	2,1	-15,1
Загалом видатки на охорону здоров'я в млн. US\$	US\$4317	US\$5545	US\$11975	US\$9166
Річне зростання в ЗОЗ (%)	23,3	24,6	37,3	13,2
Частка державних видатків на охорону здоров'я в ВВП (%)	N/A	N/A	3.3	2.9
Частка державних видатків на охорону здоров'я в % від загальної суми державних бюджетних витрат	13,1	11,9	11,7	12,7
Річне зростання державних видатків на охорону здоров'я (%)	23,1	26,0	27,7	8,3

Джерело: адаптовані дані Державного комітету статистики, 2011; МОЗ України (а), 2009; Світовий банк (с), 2010

### 3.2.4 ДЖЕРЕЛА І СУМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Система фінансування охорони здоров'я в Україні включає в себе різноманітні джерела доходів, як державних, так і приватних. До них відносяться Урядові асигнування на охорону здоров'я в центральні і місцеві бюджети, фонди соціального медичного страхування, внески донорів, готівкові платежі фізичних осіб і домашніх господарств, комерційні приватні фонди страхування, до яких входять внески роботодавців і добровільні схеми, придбані фізичними особами, а також некомерційні схеми страхування здоров'я (лікарняні фонди). Джерела та суми фінансування охорони здоров'я, що походять з останнього оновлення українських Національних рахунків охорони здоров'я (НРЗ), наведені на Зображенні 3.2.3.

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.3. ТЕНДЕНЦІЇ У ДЖЕРЕЛАХ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, 2004–2009**



Джерело: адаптовані дані НРЗ України у 2009 році (Державний комітет статистики, 2011).

**Уряд:** Державне фінансування охорони здоров'я трохи знизилася в останні роки до 55 відсотків від загального обсягу фінансування. Це особливо видно в національних бюджетах охорони здоров'я (МОЗ та інших міністерств), які знизилися з 20 відсотків у 2004 році до 14 відсотків у 2009 році. Навпаки, роль місцевого самоврядування в державному фінансуванні охорони здоров'я залишається стабільною на рівні близько 40 відсотків від загальних витрат на охорону здоров'я в країні. Фонди соціального страхування, якими керує Уряд, досить малі і призначені для забезпечення захисту від нещасних випадків на виробництві і ризиків хвороб, і на них припадає лише близько 0,2 відсотка від загальних витрат на охорону здоров'я.

**Готівкові платежі:** Приватні витрати у формі готівкових платежів домашніх господарств є другим за величиною джерелом фінансування охорони здоров'я. Оскільки частка державного фінансування в загальних витратах на охорону здоров'я в країні постійно знижується, готівкові платежі пропорційно зростають. У 2009 році внески від готівкових платежів збільшилися до рівня 42 відсотків від загального обсягу видатків на охорону здоров'я.

Офіційно громадяни України користуються комплексним гарантованим пакетом медичних послуг безкоштовно як конституційним правом, але серйозні труднощі з державним фінансуванням медичного обслуговування призвели до мобілізації додаткових ресурсів за рахунок стягнення плати зі споживачів. У разі неможливості досягти консенсусу у визначенні більш обмеженого пакету пільг, який відображає реальність державного бюджету, треба залишити його на окремі медичні установи, щоб визначити, які послуги повинні покриватися за рахунок бюджету, а які повинні бути предметом стягнення з користувачів. Це, в свою чергу, призвело до відсутності прозорості в системі, що сприяло збільшенню неофіційних платежів. Дійсно, за даними НРЗ, обсяг неформальних виплат «під столом» у 2005 році склав 10 відсотків від загальних витрат на охорону здоров'я і 22 відсотки від загального обсягу витрат домашніх господарств. Готівкові платежі здійснюються в основному для придбання лікарських засобів і медичних матеріалів - близько п'ятої частини загальних витрат на охорону здоров'я, і дві третини від загального обсягу готівкових платежів (Lekhan, Rudyi, Richardson, 2010; Gotsadze та ін., 2006). Див вставку 3.2.1. по свідченнях щодо різко негативного впливу готівкових платежів на доступ до медичної допомоги в Україні.

### **ВСТАВКА 3.2.1. ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ГОТІВКОВИХ ПЛАТЕЖІВ ПЕРЕШКОДЖАЄ ДОСТУПУ ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

*За даними опитування громадської думки, проведеного в 2006 році Київським міжнародним інститутом соціології, 12 відсотків респондентів повідомили, що не звертаються по нетермінову професійну медичну допомогу через високу вартість. Опитування, проведене Державним комітетом статистики в 2006 році показало, що 14 відсотків респондентів, які потребували медичної допомоги, не могли дозволити собі необхідні послуги з фінансових міркувань. Понад 80 відсотків респондентів оцінили готівкові витрати на ліки, амбулаторне лікування та медичні послуги як непомірні. Домогосподарства в найбільш вразливих верствах населення в два рази частіше відмовлялися від необхідної медичної допомоги, лікарських препаратів і товарів медичного призначення, ніж 10% найбагатших домогосподарств. (Lekhan, Rudyi, Richardson, 2010). Майже кожен п'ятий українець стикається з катастрофічними видатками на охорону здоров'я через самостійні високі витрати. (Світовий банк (а), 2008).*

**Приватне медичне страхування та медичні фонди:** сукупна частка схем приватного медичного страхування, що підтримується підприємствами і приватними роботодавцями, добровільне страхування здоров'я і лікарняні фонди є маргінальними у фінансуванні охорони здоров'я в Україні. Усі разом вони складають близько 3 відсотків від загального обсягу ресурсів охорони здоров'я.

**Донори:** Історично склалося так, що частка донорського фінансування в загальному фінансуванні охорони здоров'я в Україні була досить низькою і досі знижується (0,7 відсотка в 2004 році, 0,2 відсотка в 2009 році). Обмежені кошти донорів орієнтовані головним чином на конкретні програми державного масштабу охорони здоров'я, такі як ВІЛ / СНІД, туберкульоз і контроль народжуваності.

### **3.2.5 ОБ'ЄДНАННЯ І АСИГНУВАННЯ РЕСУРСІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

Основне об'єднання ризиків фінансування охорони здоров'я здійснюється в рамках Урядових систем бюджетування, і ці державні масиви ресурсів носять фрагментарний і роз'єднаний характер. Функція об'єднання фінансування системи охорони здоров'я на центральному рівні є слабкою і не дозволяє здійснювати дієвий і справедливий розподіл державних ресурсів. Фінансування з центрального бюджету, що складає менше п'ятої частини загальних витрат на охорону здоров'я, було поширене серед десятка адміністраторів по бюджету. Лише трохи більше половини цих коштів перебувають у віданні безпосередньо Міністерства охорони здоров'я.

Обласне / муніципальне фінансування, на частку якого припадає ще дві п'ятих від загальних витрат на охорону здоров'я, також поширене серед районних / муніципальних і обласних бюджетів. Якщо Україна ухвалить рішення введення розподілу «покупець-постачальник» і буде рухатися до системи платежів на основі кінцевого результату (доказові платежі або глобальні бюджети), тоді фрагментовані і роз'єднані масиви коштів, ймовірно, створять серйозні перешкоди.

**Приватне медичне страхування:** У 2008 році було підраховано, що 8 відсотків української робочої сили і 25 відсотків робочої сили в Києві мали якусь із схем добровільного медичного страхування. З тих, хто мав страхування, не менш ніж 90 відсотків були застраховані роботодавцями. До економічної кризи ринок зростав на 20-25 відсотків на рік, але криза, швидше за все, мала негативний вплив на таке зростання. Існують значні стратегічні бар'єри для зростання ринку приватного страхування, як описано вище в розділі 3.1 Керівництво та лідерство. Системні перешкоди на шляху зростання ринку включають в себе:

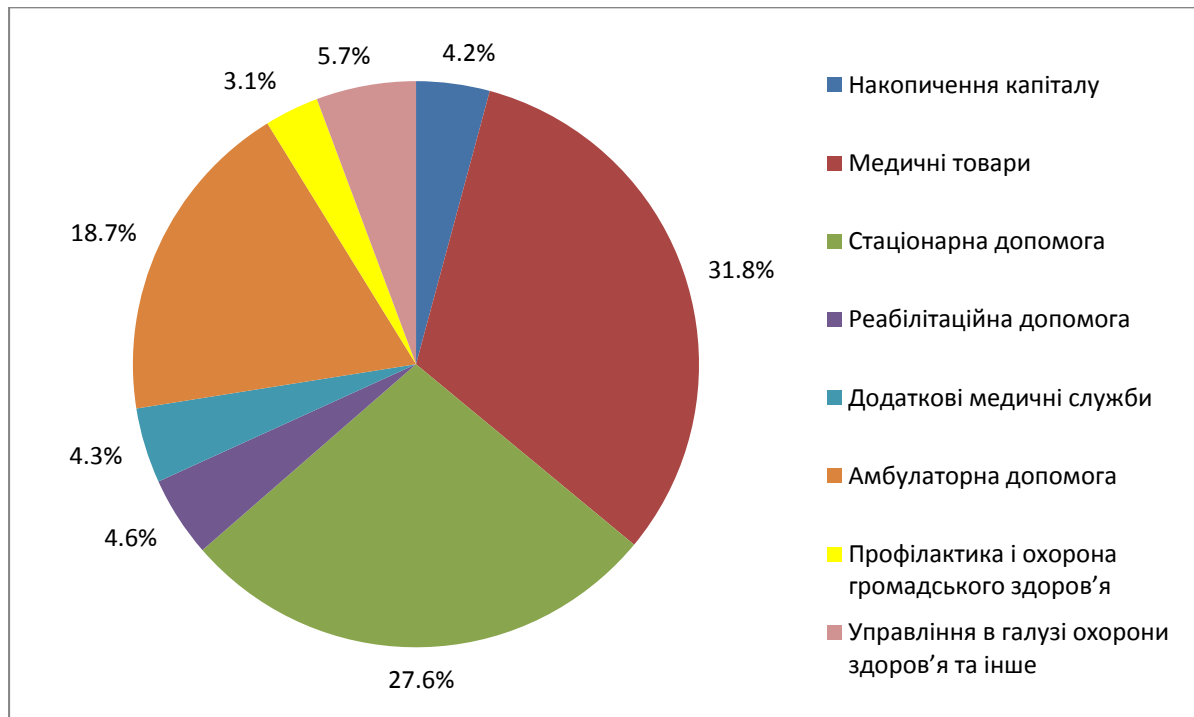
- Обмежені можливості управління серед страхових компаній,
- Небажання лікарів державного сектора приймати за послуги тільки страхові платежі, вимагаючи додатково й неформальні платежі ([www.med-insurance.com.ua](http://www.med-insurance.com.ua) та інтерв'ю із зацікавленими сторонами, 2011).

**Лікарняні фонди (каси):** як альтернативний засіб для мобілізації додаткових ресурсів по системі охорони здоров'я, ряд неурядових організацій – лікарняні фонди і кредитні спілки – були створені в Україні з 1999 року. Функція фондів хвороб полягає у некомерційному добровільному медичному страхуванні. Фонд може включати в себе осіб, а також трудові колективи, підприємства, установи та заклади, які платять внески за своїх членів. Індивідуальні внески становлять 90-95 відсотків коштів, а решту складають підприємства та установи. Число членів фондів хвороб збільшилося в 25 разів, і в даний час вони охоплюють майже 2 відсотки населення країни. Основною функцією фондів є надання ліків своїм членам, оскільки більшість ліків наявні в державних медичних установах. Ряд фондів також роблять свій внесок у заходи по розвитку галузі, зокрема, закуповують сучасне медичне обладнання для закладів охорони здоров'я, допомагають у підготовці та перепідготовці медичних кадрів та реалізують пропагандистські заходи щодо здорового способу життя. Утім, лікарняні фонди все ще являють собою дуже низький відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні – близько 0,1 відсотка. (Lekhan, Rudiy, Richardson 2010).

### **Асигнування у сферу охорони здоров'я**

Розподіл загального обсягу ресурсів охорони здоров'я, що створюється Урядом, а також надходить із приватних і донорських джерел, показаний на Зображенні 3.2.4. Існуючі процедури обліку в Україні ускладнюють чітке розмежування видатків на амбулаторне та стаціонарне лікування. Наприклад, витрати, здійснені на ліки і медичні товари, або допоміжні медичні послуги (лабораторні і діагностичні дослідження), не показують, яка частина витрачається на амбулаторне лікування, а яка – в лікарнях. Ще більше ускладнює відстеження розподілу коштів (тож і управління) те, що Міністерство охорони здоров'я не веде всебічний облік витрат від загального бюджету охорони здоров'я. Інформація МОЗ містить лише асигнування, надані безпосередньо МОЗ, в той час як Мінфін веде облік витрат на охорону здоров'я, що здійснюються місцевими органами влади та іншими міністерствами.

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.4. АСИГНУВАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ПО ОСНОВНИХ ФУНКЦІЯХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, 2009**



Джерело: адаптовані дані НРЗ України за 2009 р. (Державний комітет статистики, 2011).

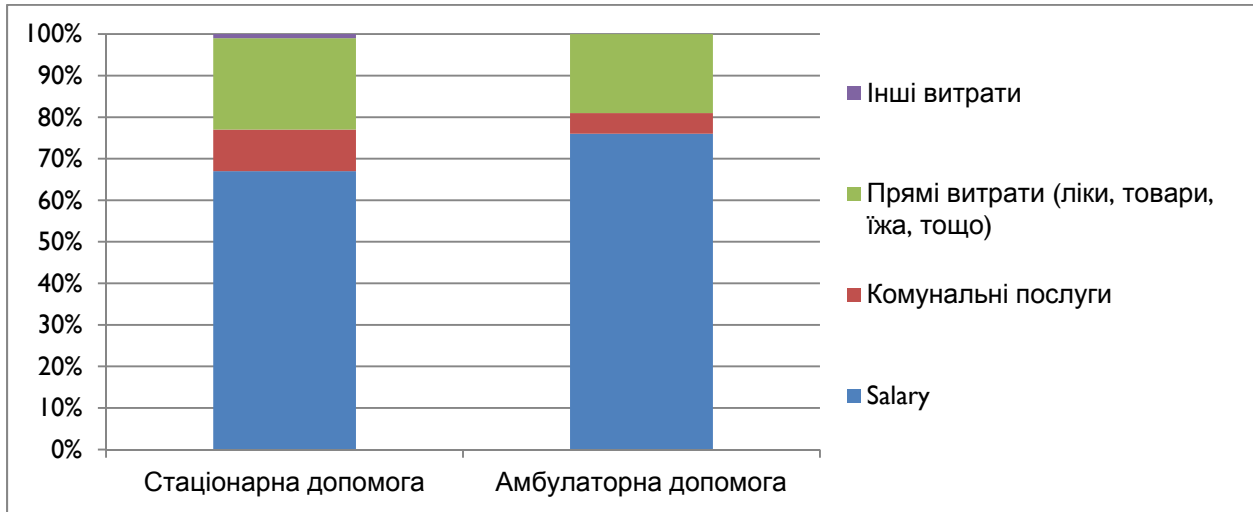
Огляд даних НРЗ за 2004 і 2009 роки показує, що відсоток цих видатків на охорону здоров'я практично не змінився за ці роки. Переважна частина коштів на охорону здоров'я (95 відсотків) продовжує йти на поточні витрати, а 4 відсотки йдуть на капітальні вкладення в інфраструктуру і обладнання. Основна частина витрат здійснюється на ліки і медичні товари (32 відсотки), значна частка яких надходить з готівкових платежів пацієнтів. Насправді, 82 відсотки всіх готівкових платежів сплачується за ліки. (Gotsadze та ін., 2006).

Витрати на профілактику та на заходи в галузі охорони здоров'я становлять лише 3 відсотки від загальних витрат на охорону здоров'я. Це вражаюче низький відсоток, особливо враховуючи проблеми охорони здоров'я населення, з якими стикається Україна – такі, як епідемії ВІЛ / СНІД і туберкульозу, а також висока смертність від неінфекційних хвороб і з причин, яким можна запобігти. Дивіться більш докладно у Розділі 3.6. *Надання послуг*.

Значний відсоток (5 відсотків в 2009 році), як і раніше, витрачається на реабілітаційні послуги, що надаються в першу чергу в санаторіях – пережиток радянської епохи – де пацієнти проводять відпустки і отримують відновлювальне лікування. Додаткові медичні послуги складають майже 4 відсотки від усіх витрат на охорону здоров'я (Lekhan, Rudi, Richardson, 2010).

Україна має розвинену інфраструктуру в секторі охорони здоров'я. Тим не менше, більшість коштів, які Уряд може виділити на медичні установи, йдуть на утримання персоналу та комунальні платежі (близько 80 відсотків), і невелика сума залишається на ліки, медичні матеріали, та на обслуговування або придбання обладнання та інфраструктури. Див. Зображення 3.2.5.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.5. ЧАСТКА СТАТЕЙ ВИДАТКІВ У ПОВТОРЮВАНИХ ВИТРАТАХ УРЯДУ, ПО ПОСТАЧАЛЬНИКАХ



Джерело: Gotsadze та ін., 2006.

### 3.2.6 ПРИДБАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І МЕТОДИ СПЛАТИ ПОСТАЧАЛЬНИКАМ

Придбання медичних послуг в Україні, в основному, здійснюється державою у закладів та установ з охорони здоров'я, якими вона володіє і керує. Процес закупівель послуг охорони здоров'я, по суті, - це автоматична сплата за надані медичні послуги. Не існує розподілу «покупець-постачальник» або стратегічного придбання більш підходящих або економічно ефективних медичних послуг для бенефіціарів (Lekhan, Rudyi, and Richardson, 2010).

#### **Бюджетування і фінансування закладів охорони здоров'я**

Система бюджетування та платежів в Україні є однією з найбільш слабких ланок системи охорони здоров'я і містить в собі суть декількох наскрізних питань, таких, як керування наданням послуг, доступність послуг, доступність лікування, а також керівництво та управління. Метод сплати постачальнику послуг ґрунтується на списку дозволених позицій, які, в свою чергу, базуються на нормах, встановленими Міністерством охорони здоров'я та Мінфіном. Ці норми багато в чому залежать від вхідної потужності медичних установ (число ліжок, число лікарів) і часто не пов'язані з медико-санітарними потребами населення. Дивіться Вставку 3.2.2. Рівень розподілу ресурсів, що виділяються на фінансування державою медичних установ, ґрунтується на традиційному бюджетуванні, з деякими корекціями по інфляції або по інших бюджетних питаннях. Мінфін та його філії в областях і районах інформують Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи охорони здоров'я про максимальні суми асигнувань на конкретний бюджетний рік, що і визначає максимально допустимі витрати для кожного

#### **ВСТАВКА 3.2.2. СИСТЕМА ПЛАТЕЖІВ Є КОРЕНЕМ БАГАТЬОХ ЗОЛ**

*Метод сплати постачальникам заохочує медичні установи до підтримання надлишкових потужностей і слугує порочним стимулом для поліпшення і раціонального використання ресурсів. Метод не має жодного зв'язку з такими параметрами продуктивності, як обсяг або якість наданих медичних послуг, задоволення потреб населення в охороні здоров'я, або отримання результатів у галузі охорони здоров'я.*

медичного закладу. Відтак окремі медичні установи відповідно складають кошторис витрат на їхній бюджет - з первинною та обов'язковою метою забезпечення заробітної плати, і лише після цього решта коштів розподіляються між такими позиціями, як фармацевтичні препарати, продукти харчування, ремонтні роботи та обслуговування. Для стаціонарних об'єктів кількість позицій, на які виділяються гроші, заснована на числі ліжок. Оскільки капітальні витрати (на модернізацію та оновлення обладнання і інфраструктури) не вважаються пріоритетними, гроші на них рідко виділяються – лише тоді, коли якісь гроші залишилися після задоволення первинних потреб і ліквідації минулих боргів.

Заклади мають витратити кошти саме на те, на що вони виділяються. Вони не мають гнучкості перевести гроші з однієї позиції на іншу, навіть якщо є потреба у терміновому перерозподілі коштів, щоб відповісти на якесь пріоритетне завдання з охорони здоров'я. Будь-яка зміна в кошторисі доходів та видатків закладу повинна бути схвалена спочатку головними розпорядниками бюджетних коштів і відповідними фіскальними органами. Якщо в кінці року залишаються невитрачені кошти, то фіскальні органи скорочують на цю суму бюджетні асигнування по цьому закладу на наступний рік.

### **3.2.7 ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМИ ВІЛ/СНІД, ТБ, КН/РЗ**

Заходи по ВІЛ / СНІД, туберкульозу та репродуктивному здоров'ю розглядаються в Україні як спеціальні програми охорони здоров'я. Ці програми структуровані по вертикалі, і вони фінансуються спільно Міністерством охорони здоров'я та відповідними місцевими бюджетами охорони здоров'я Уряду з певними надходженнями від Глобального фонду. Міністерство охорони здоров'я фінансує в основному ліки, медичні матеріали (лабораторні тест-набори, реактиви), а також обладнання для спеціальних програм; всі інші вхідні витрати несуть бюджети охорони здоров'я місцевих органів влади. Через існування таких окремих потоків фінансування важко отримати точні сукупні суми загальних державних витрат на ці спеціалізовані програми. Фінансове управління та бухгалтерія МОЗ зберігають інформацію по фінансуванню лише щодо асигнованих сум, а по спеціальних програмах загальні суми фінансування не фіксуються. Це є слабкою стороною системи, оскільки неповна інформація ускладнює здатність здійснювати керування, засноване на фактичних даних.

Звіти НРЗ України у 2004 році містили окремі аналізи субрахунків по програмах боротьби з ВІЛ / СНІД та по репродуктивному здоров'ю. Результати дають комплексне розмежування джерел фінансування і сум у цих двох програмах. По програмах боротьби з туберкульозом аналізу субрахунків не було зроблено. Крім того, не було роздільного обліку в МОЗ або Мінфіні по програмі контролю народжуваності, ні в їхніх регулярних звітах, ані в аналізі субрахунку по репродуктивному здоров'ю, тому що:

1. Контроль народжуваності не входить до рахунків МОЗ як окрема функція охорони здоров'я в рамках національної програми репродуктивного здоров'я;
2. Діяльність по контролю народжуваності розподілена, окрім МОЗ, ще між кількома міністерствами;
3. Велика кількість товарів для контролю народжуваності надається у вигляді грантів від донорів (в значній мірі USAID), і тому вони не відображаються у звітності по витратах за програмами.

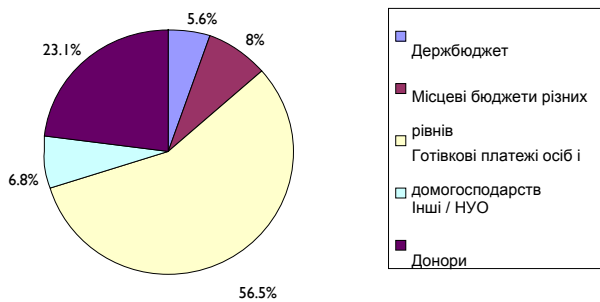
Як видно з Зображення 3.2.6, в цілому витрати на програми ВІЛ / СНІД склали 82 млн. доларів США в 2004 році, що становило приблизно 2 відсотки від загальних витрат на охорону здоров'я в

Україні. На жаль, більш свіжі дані НРЗ не доступні. Лише близько 14 відсотків цих витрат надійшли з державних джерел - майже 6 відсотків від центрального бюджету (МОЗ та ін.) і 8 відсотків від бюджетів місцевих органів. Частка фінансування донорів була набагато більша - 23 відсотки. Ще 7 відсотків було виділено з приватних джерел, таких, як неурядові організації та благодійні фонди. Приголомшливі 57 відсотків від загальних витрат країни по боротьбі з ВІЛ / СНІД лягли на окремих осіб і домашні господарства за рахунок готівкових платежів.

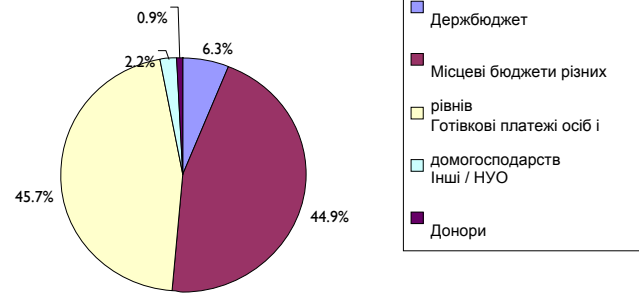
Більше половини всіх перерахованих вище фінансових ресурсів були витрачені на ліки та пов'язані з ними медичні матеріали (53 відсотка), близько 30 відсотків – на надання послуг і близько 16 відсотків на профілактичні заходи.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.2.6. ДЖЕРЕЛА ТА ЧАСТКИ ФІНАНСУВАННЯ ПО ПРОГРАМАХ ВІЛ/СНІД ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У 2004 Р.

Загалом ВІЛ/СНІД = US\$81,8 млн. (1,9% від загальних витрат



Загалом на РЗ = US\$455,6 млн. (10.6% від загальних витрат на охорону здоров'я)



Джерело: Partners for Health Reformplus, 2006.

У програмі репродуктивного здоров'я більше половини загальних витрат країни надійшло з урядових джерел - 46 відсотків з бюджетів місцевих органів влади і 6 відсотків з центрального бюджету. Донорські внески і внески НУО в цілому становили близько 3 відсотків, а решта 46 відсотків надійшли від готівкових платежів пацієнтів і домашніх господарств. Приблизно дві третини цих витрат пішли на надання послуг, а решта – на ліки та пов'язані з ними медичні матеріали.

#### Майбутні виклики

Україна переживає наймасштабнішу епідемію ВІЛ/СНІД у Європі та СНД. Незважаючи на значне зниження захворюваності ВІЛ-інфекцією в глобальному масштабі, число нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні продовжує збільшуватися щорічно. За останні роки урядові бюджетні витрати на ВІЛ / СНІД значно зросли, що допомогло задовольнити потреби людей з цією хворобою. На відміну від 11 млн. доларів США, що були витрачені в 2004 році, центральний і місцеві бюджети разом виділили близько 31 млн. доларів США кожний на національну програму з ВІЛ / СНІД в 2009 і 2010 роках. Крім того, донорське фінансування програм з ВІЛ / СНІД значно зросло в останні роки. Сукупна сума зовнішньої допомоги була 40 млн. дол. США та 45 млн. дол. США в 2009 р. і 2010 р., відповідно. Глобальний фонд і USAID є основними донорами фінансування боротьби з ВІЛ / СНІД в Україні: Глобальний фонд виділив 30 мільйонів доларів США у кожному з останніх двох років (2009 і 2010), та USAID надало 7 млн. дол. США в 2009 році і 12 млн. дол. США в



2010 році. Тим не менш, навіть з таким істотним збільшенням, загальний обсяг фінансування потреб національних програм з ВІЛ / СНІД в основному залишається недофінансованим. У таблиці 3.2.3 наведені поточні та прогнозовані потреби у фінансуванні на 2009-2016 роки, встановлені в рамках 10-го траншу Глобального Фонду для України на боротьбу з ВІЛ / СНІД. Потреби у фінансуванні базуються на вимогах загального охоплення населення заходами по боротьбі з ВІЛ/СНІД, в той час як прогалини були виявлені на основі оцінки обсягу фінансування у Національному оперативному плані боротьби з ВІЛ / СНІД і у Національній оцінці витрат на СНІД UNAIDS.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.3. НЕДОФІНАНСУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПО БОРТЬОБІ З ВІЛ 2009–2016 РР. (В МЛН. ДОЛ. США)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Загальні потреби у фінансуванні</b>	<b>155,93</b> (100%)	<b>193,78</b> (100%)	<b>208,10</b> (100%)	<b>237,19</b> (100%)	<b>291,01</b> (100%)	<b>343,39</b> (100%)	<b>405,20</b> (100%)	<b>478,14</b> (100%)
<b>Поточні/планові можливості фінансування</b>	<b>85,89</b> (55%)	<b>78,56</b> (41%)	<b>92,51</b> (44%)	<b>95,97</b> (40%)	<b>84,92</b> (29%)	<b>80,62</b> (23%)	<b>95,49</b> (24%)	<b>112,24</b> (24%)
<b>• Вітчизняні джерела</b>	<b>46,17</b> (30%)	<b>33,31</b> (17%)	<b>38,13</b> (18%)	<b>47,99</b> (20%)	<b>63,91</b> (22%)	<b>76,79</b> (22%)	<b>91,66</b> (23%)	<b>109,49</b> (23%)
• Національний та місцеві державні бюджети								
• Позика (Світовий банк)	20%	16%	17%	19%	21,3%	21,5%	22,5%	22,5%
• Внески приватного сектору (Фонд Анті-СНІД)	8,5%	0	0	0	0	0	0	0
	1,5%	1%	1%	1%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%
<b>• Зовнішні джерела</b>	<b>39,72</b> (25%)	<b>45,25</b> (23%)	<b>54,38</b> (26%)	<b>47,98</b> (20%)	<b>21,01</b> (7%)	<b>3,83</b> (1%)	<b>3,83</b> (1%)	<b>2,75</b> (1%)
• Глобальний фонд (грант 6 раунду)	18,9%	15,3%	16,2%	11,8%	0,4%	0,3%	0,3%	0
• USAID	4,3%	6,2%	8,3%	7,2%	5,8%	—	—	—
• Агентства ООН	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%	0,8%
• Інші (Ініціатива Клінтона, Фонд Елтона, Фонд Сороса)	0,8%	0,6%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
<b>Недофінансування</b>	<b>70,04</b> (45%)	<b>115,22</b> (59%)	<b>115,59</b> (56%)	<b>141,22</b> (60%)	<b>206,09</b> (71%)	<b>262,77</b> (77%)	<b>309,71</b> (76%)	<b>365,90</b> (76%)
Майбутній грант 10 раунду Глобального фонду				34,90 (15%)	60,95 (21%)	63,45 (19%)	69,91 (17%)	76,33 (16%)
<b>Орієнтовне недофінансування</b>	<b>70,04</b> (45%)	<b>115,22</b> (59%)	<b>115,59</b> (56%)	<b>106,32</b> (45%)	<b>145,14</b> (50%)	<b>199,32</b> (58%)	<b>239,80</b> (59%)	<b>289,57</b> (60%)

Джерело: адаптовані дані з заявки на грант 10 раунду Глобального фонду, 2010.

Примітка: 1. Цифри у дужках вказують відповідне процентне співвідношення; 2. '—' вказує недоступність певних даних на цей момент; 3. У деяких випадках процентне співвідношення було округлене.

Як видно з таблиці 3.2.3, Глобальний фонд виділяє новий грант на суму 305 млн. дол. США на період 2012-2016 рр. Незважаючи на це, дефіцит фінансування залишиться величезним і складатиме приблизно 45-60 відсотків від загальної потреби у фінансуванні на національну програму з ВІЛ / СНІД.

Аналогічні загрози сталості також існують і для національної програми боротьби з туберкульозом. Основні показники аналізу національного фінансування програми з туберкульозу у заявці на грант

9 раунду Глобального фонду представлені в таблиці 3.2.4. Вітчизняний внесок Уряду та приватного фонду «Розвиток для України» охоплюють менше третини потреб країни по загальному обсягу фінансування протитуберкульозних послуг. Основними двома джерелами донорської допомоги є, знову ж таки, Глобальний фонд та USAID. У 2010 році сума гранту Глобального фонду по ТБ становила 10 відсотків від загальної потреби у фінансуванні, а сума допомоги USAID – до 3 відсотків. Незважаючи на новий грант Глобального фонду на суму 104 млн. дол. США на 2010-2014 роки, національна програма боротьби з туберкульозом продовжуватиме залишатися недофінансованою на 50 відсотків від загальної потреби у фінансуванні.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.4. НЕДОФІНАНСУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ БОРТЬБИ З ТБ У 2009–2014 РР. (В ДОЛ. США)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Середні потреби у фінансуванні</b>	<b>113,97</b> (100%)	<b>113,97</b> (100%)	<b>113,97</b> (100%)	<b>113,97</b> (100%)	<b>113,97</b> (100%)	<b>113,97</b> (100%)
<b>Поточні/планові можливості фінансування</b>	<b>25,24</b> (22%)	<b>47,27</b> (41%)	<b>56,22</b> (49%)	<b>51,76</b> (45%)	<b>55,42</b> (48%)	<b>55,94</b> (49%)
<b>• Вітчизняні джерела</b>	<b>21,84</b> (19%)	<b>32,38</b> (28%)	<b>33,18</b> (29%)	<b>32,08</b> (28%)	<b>31,08</b> (27%)	<b>31,08</b> (27%)
• Національний та місцеві державні бюджети	18%	27%	27%	27%	27%	27%
• Внески приватного сектору (Фонд розвитку України)	1%	1%	2%	1%	—	—
<b>• Зовнішнє джерело</b>	<b>3,40</b> (3%)	<b>14,89</b> (13%)	<b>23,04</b> (20%)	<b>19,68</b> (17%)	<b>24,34</b> (21%)	<b>24,86</b> (22%)
• Глобальний фонд (грант 9 раунду)	-	10%	20%	17%	21%	22%
• USAID	3%	3%	—	—	—	—
<b>Орієнтовне недофінансування</b>	<b>88,73</b> (78%)	<b>66,70</b> (59%)	<b>57,75</b> (51%)	<b>62,21</b> (55%)	<b>58,55</b> (52%)	<b>58,03</b> (51%)

*Джерело: адаптовані дані з заявки на грант 9 Раунду Глобального фонду, 2009. Примітка: 1. Цифри у дужках вказують відповідне процентне співвідношення; 2. '—' вказує недоступність певних даних на цей момент; 3. У деяких випадках процентне співвідношення було округлене.*

Цілком імовірно, що пацієнтам доведеться взяти на себе дефіцит фінансування за рахунок готівкових платежів. Це, в свою чергу, може призвести до перешкод у доступі до цих важливих послуг.

Основна частина державних коштів у програмах боротьби з ВІЛ / СНІД і туберкульозом надається для заходів, пов'язаних з лікуванням. Фінансові витрати в Національній програмі по СНІД на 2009-2013 роки передбачають, що 55 відсотків коштів виділяється на лікування, 27 відсотків на профілактичні заходи, 10 відсотків на догляд та підтримку, а 8 відсотків на організацію і керування програмою. Насправді, 60 відсотків усіх державних коштів на 2009-2013 роки фактично виділяються на АРВ і на витрати лабораторій по ВІЛ.

У заявці на гранту 10 раунду Глобального фонду було запропоноване скорочення питомих витрат на АРВ з 684 дол. США до 562 дол. США. Стійку економію можна отримати за рахунок більш ефективного проведення переговорів по ціні з фармацевтичними компаніями та закупівель базових АРВ-препаратів. Наприклад, порівняння державних закупівельних цін і цін Глобального фонду на АРВ-препарати свідчить про значні перспективи заощаджень. За винятком Тенофовіра,

закупівельні ціни в державних закупівлях були вищі, ніж відповідні ціни Глобального фонду – на всі АРВ-препарати. Таблиця 3.2.5 показує, яким чином, за рахунок більш ефективних механізмів закупівель, можна було б досягти економії до 15 відсотків, або 2 млн. дол. США в державних закупівлях, і це лише в одному 2010 році.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.5. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬНИХ ЦІН НА АРВ, 2010**

АРВ препарати	Закупівельна ціна МОЗ за одиницю	Закупівельна ціна Глобального фонду за одиницю	Закупівельні обсяги МОЗ	Загальна сума витрат МОЗ	Можливі заощадження в дол. США
Зідовудін (AZT) + Ламівудін (ЗТС)	\$13,82	\$9,15	161099	2.226.388	752332
Ефавіренц (EFV)	\$15,27	\$8,07	5113	78075	36814
Ефавіренц (EFV)	\$16,70	\$11,67	99774	1.666.225	501863
Лопінавір (LPV) 200 мг + Рітонавір (Rtv) 50 мг	\$91,14	\$83,87	112516	10.254.708	817991
Тенофовір (TDF)	\$15,95	\$21,12	14644	233572	-
Загалом				14.458.968	2.109.000 (14,6%)

*Джерело: адаптовані дані Міжнародного альянсу по ВІЛ/СНІД в Україні і аналіз аналітичної групи.*

Фінансова сталість і поліпшене використання ресурсів у рамках всієї системи охорони здоров'я та програми по ВІЛ/СНІД або по туберкульозу пов'язані між собою. Без раціоналізації системи охорони здоров'я та відповідного вивільнення ресурсів, спеціалізовані програми охорони здоров'я населення будуть, як і раніше, розраховувати на донорське фінансування або залишатимуться недофінансованими, що увічнює загрози для сталості. З іншого боку, ефективність програм боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та інших спеціалізованих програм залежить від ефективної інтеграції цих послуг у загальну систему охорони здоров'я. Паралельні системи надання послуг по спеціалізованих програмах створюють значний тягар витрат на фінансове положення системи охорони здоров'я країни, а також спричиняють проблеми координації діяльності та управління нею.

Іншою значною проблемою для системи охорони здоров'я в Україні є серйозна нестача державного фінансування для цільових профілактичних заходів серед груп ризику. У пропозиції по гранту 10 раунду Глобального фонду вказується: навіть якщо державне фінансування на профілактичні заходи по ВІЛ/СНІД буде надаватися, як це зафіксовано у Національній програмі з боротьби зі СНІД, навряд чи цього буде достатньо, щоб охопити навіть п'яту частину груп ризику. Крім того, державна мережа надання послуг не має активних механізмів, що дозволяють охопити цільові групи. Активні заходи по охопленню цільових груп з відповідними профілактичними послугами серед груп ризику, переважно, проводяться неурядовими організаціями за фінансовою підтримкою з боку донорів. Не існує офіційного механізму контрактів для підтримки цих важливих заходів, що проводяться неурядовими організаціями з підтримкою фінансування з державного бюджету.

### 3.2.8 АНАЛІЗ SWOT

У таблиці 3.2.6 наведені основні результати оцінки фінансування охорони здоров'я в термінах сильних сторін, можливостей, слабких сторін і загроз, і їхній можливий вплив на загальні критерії

продуктивності системи охорони здоров'я в Україні: ефективність, справедливість доступу та охоплення населення, якість і безпека медичної допомоги, сталість.

**ТАБЛИЦЯ 3.2.6. АНАЛІЗ SWOT ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

<b>Справедливість, доступність, ефективність, якість, сталість</b>		
Сильні сторони і можливості	Загальні послуги з охорони здоров'я, ВІЛ/СНІД, ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Відносно високий відсоток від ВВП (7 відсотків) витрачається на охорону здоров'я</li> <li>Сектор охорони здоров'я України мінімально залежить від донорського фінансування</li> <li>Уряд проводить реформи фінансування охорони здоров'я, які можуть підвищити ефективність і якість медичної допомоги</li> <li>Існують політичні та економічні імперативи для проведення реформи охорони здоров'я, у тому числі умови по позиції МВФ</li> <li>Донорське фінансування по ВІЛ / СНІД, туберкульозу є значним у найближчій перспективі</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні послуги з охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>Система охорони здоров'я є нестійкою в її нинішньому вигляді, і держава не може гарантувати надання пакету послуг по охороні здоров'я</li> <li>Відсутні адекватні державні витрати на охорону здоров'я</li> <li>Витрати на охорону здоров'я залежать від приватних джерел, в основному від готівкових платежів</li> <li>Поточні економічні умови вплинули на державні доходи, погрожуючи зменшенням витрат на охорону здоров'я</li> <li>Існує помітна відсутність схем об'єднання ризиків</li> <li>У нормах і асигнуваннях по закладах охорони здоров'я не враховуються обсяг і якість наданих послуг або потрібне населенню медичне обслуговування</li> <li>Бюджетні норми і методи сплати постачальникам сприяють тому, що більша частина державних коштів іде на заробітну плату, витрати на комунальні послуги та інші чинники</li> <li>Керівники закладів не в змозі керувати своїми фінансами, щоб реінвестувати заощадження і перерозподіляти кошти на підвищення ефективності і здатності реагувати на потреби охорони здоров'я</li> <li>Непропорційно велика частка витрат іде на стаціонарну допомогу, і тільки 15% витрачається на амбулаторне лікування</li> <li>Місцеві органи влади мають обмежену автономію щодо стратегії розподілу коштів на медичні послуги</li> <li>Система міжбюджетних трансфертів для вирівнювання асигнувань по регіонах і надання субсидій на програми соціального захисту не прив'язана до медико-санітарних потреб населення регіонів</li> <li>Бракує повної та достовірної інформації з питань фінансування охорони здоров'я, зокрема, для оцінки внесків різних джерел фінансування (державних, приватних, домашніх господарств, донорів) і для з'ясування сум витрат на різні заходи з охорони здоров'я (стаціонарне лікування, амбулаторне лікування,</li> </ul>

## Справедливість, доступність, ефективність, якість, сталість

		ВІЛ/СНІД, туберкульоз)
	ВІЛ/СНІД, ТБ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Суворий розділ бюджетів охорони здоров'я по окремих питаннях охорони здоров'я (туберкульоз, ВІЛ/СНІД і т.п.) призводить до існування паралельних постачальників медичних послуг, а також обмежує оптимізацію / раціоналізацію</li><li>• Бюджетні асигнування на п'ятирічну Національну програму по СНІД для профілактичних заходів серед груп ризику і широких верств є недостатніми</li><li>• Національні програми з ВІЛ/СНІД і туберкульозу значною мірою покладаються на донорську підтримку (близько 50 і 15 відсотків відповідно), однак ці програми, як і раніше, залишаються значно недофінансованими</li></ul>

### 3.3 НАДАННЯ ПОСЛУГ

За даними ВООЗ, надання послуг стосується того, як організовані витрати і послуги, як відбувається керування ними, з метою забезпечення доступності, якості, безпеки і безперервності допомоги по станах здоров'я, в різних місцевостях і в різний час (ВООЗ (а), 2007). Хоча Конституція України гарантує базовий пакет медичних послуг для населення безкоштовно, в даний час немає можливості забезпечити це. Частково це відбувається тому, що Україна переживає багато з тих самих проблем в області охорони здоров'я, які мають інші країни регіону Е & Е: відсутність політичної рішучості, слабкий потенціал для поліпшення спроможностей постачальників і традиція неофіційних платежів. Україна й надалі стикається з проблемами у структурі системи охорони здоров'я, яка, по суті, так і не була реформована з часів Радянського Союзу, в тому числі щодо розподілу установ та постачання, складання бюджету та фінансових норм, неадекватних стимулів для працівників та неповного переходу до моделі послуг ПМСД і дотримання науково - обґрунтованих протоколів.

У ряді недавніх аналізів система надання послуг з охорони здоров'я в Україні описується як слабка, надмірно вертикально спрямована, неефективна, несправедлива, така, що не реагує на потреби охорони здоров'я, і така, в якій повільно впроваджуються реформи, обіцяні після здобуття незалежності (Світовий банк (б), 2010; Lekhan , Rudiу і Richardson, 2010; Lekhan і Rudiу, 2007; Menon, 2010). Українські громадяни також критикують систему охорони здоров'я (Suhrcke та ін. 2008). Високі показники смертності серед дорослого чоловічого населення, а також високі показники ВІЛ-інфекції та туберкульозу підкреслюють відсутність реакції системи охорони здоров'я на потреби населення у ПМСД.

#### 3.3.1 ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

В Україні система охорони здоров'я координується і управляється на центральному рівні Міністерством охорони здоров'я, і має ієрархію закладів на основі рівнів адміністративного розподілу (національний / республіканський, обласний та районний рівень). Політика і рішення по управлінню та нормуванню охорони здоров'я в Україні ґрунтується на національних нормах і стандартах охорони здоров'я, потужності системи і на демографії, а не на місцевих потребах в охорони здоров'я. На центральному рівні часті зміни на посаді міністра охорони здоров'я, а також відсутність постійного уповноваженого з питань охорони здоров'я, ще більше перешкоджають

безперервності та поліпшенню медичного обслуговування і політики охорони здоров'я. На місцевому рівні система охорони здоров'я координується і керується (і значною мірою фінансується) 24-ма обласними органами охорони здоров'я, Урядом Автономної Республіки Крим та міськими органами охорони здоров'я у Києві і Севастополі (Menon, 2010).

Як видно з таблиці 3.3.1, ряд інших міністерств (фінансів, оборони, внутрішніх справ, транспорту, праці та соціальної політики) також надають медичну допомогу своїм працівникам. Інші постачальники – це Державний департамент з питань виконання покарань, фонди соціального страхування та захисту, а також Товариство Червоного Хреста України (Lekhan і Rudiу, 2007). Співробітники та пенсіонери цих міністерств і відомств звертаються по медичну допомогу у закладах, що належать цим установам, а також використовують основні державні заклади для інших потреб медико-санітарної допомоги на разовій, несистематизованій основі, що призводить до недостатнього або надмірного використання деяких закладів і послуг, - але переважно до надмірностей в системі.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.1. ІНШІ УЧАСНИКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

<b>Інші учасники</b>	<b>Функції</b>
Міністерство фінансів Міністерство оборони Міністерство внутрішніх справ Служба безпеки Міністерство транспорту	Керують власними закладами медико-санітарної допомоги для співробітників і членів їх сімей
Державний Департамент з питань виконання покарань	Забезпечує послуги з охорони здоров'я та профілактичні заходи у пенітенціарній системі
Міністерство праці і соціальної політики	Забезпечує спеціалізовану медичну допомогу для престарілих та інвалідів у будинках престарілих, що перебувають у його юрисдикції; здійснює державний контроль за загальнообов'язковими фондами державного соціального страхування
Фонд соціального страхування з тимчасової непрацездатності	Забезпечує фінансове покриття з тимчасової непрацездатності, включаючи догляд за хворою дитиною, вагітність та пологи. Оплата поїздок до санаторіїв та на курорти для застрахованих осіб та членів їх сімей
Фонд соціального страхування від нещасних випадків і професійних захворювань	Охоплює витрати на охорону здоров'я для застрахованих осіб у разі інциденту
Фонд соціального захисту інвалідів	Забезпечує інвалідів ліками, протезами, допоміжними пристроями та послугами реабілітації здоров'я
Товариство Червоного Хреста України	Керує службою домашнього догляду та надає послуги охорони здоров'я для літніх громадян та інвалідів.

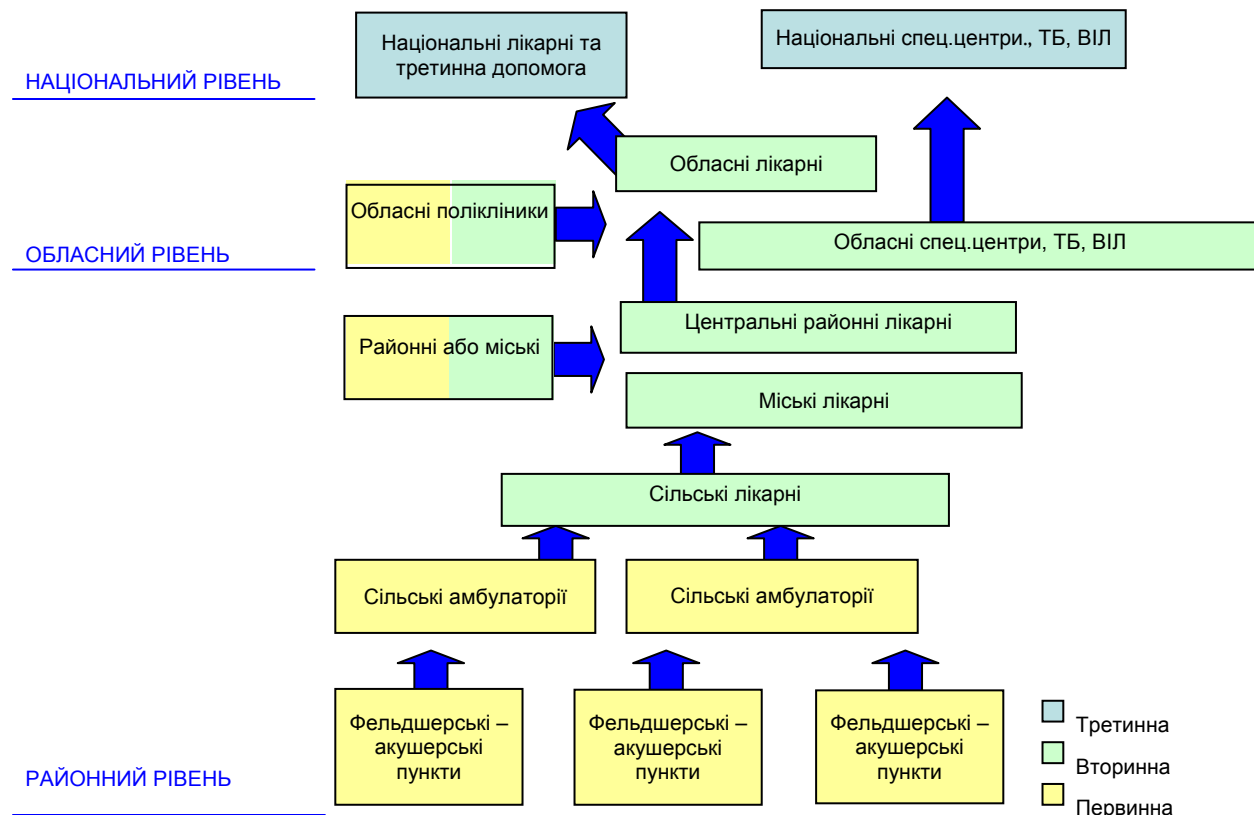
*Джерело: Lekhan і Rudiу, 2007.*

Децентралізація в сфері охорони здоров'я відбулася в деякій мірі, оскільки вона була наслідком загальної політики України з адміністративної децентралізації (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). Тим не менш, система охорони здоров'я орієнтована на епізодичне реагування на захворювання та на лікувальну допомогу, і менше орієнтується на профілактичні, первинні та інтегровані послуги охорони здоров'я. Це відображено в нинішній структурі системи охорони здоров'я, яка включає в себе окремі вертикальні структури спеціалізованих медичних центрів, закупівельні структури і методи допомоги при особливих проблемах зі здоров'ям - таких, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, жіноче здоров'я, онкологія, контроль народжуваності - за межами системи охорони здоров'я в цілому.

### 3.3.1.1 РІВНІ НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА СИСТЕМА НАПРАВЛЕНЬ

На Зображенні 3.3.1. наведена структура надання послуг, керування якою здійснюється на районному, обласному та національному рівнях. Стрілки представляють моделі направлень; проте існує загальна думка, що система направлень не працює так, як вона задумана, про що свідчать оцінки, що більшість пацієнтів (60 відсотків) обминають ПМСД і звертаються за допомогою безпосередньо до фахівців. (Menon та ін., 2009).

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.3.1. РІВНІ, ПУНКТИ ОТРИМАННЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ, СИСТЕМА НАПРАВЛЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**



Джерело: інформація, отримана під час аналізу.

Хоча аналітична група виявила, що визначення первинної, вторинної та третинної медико-санітарної допомоги не є загальноприйнятими або відомими в Україні, існує певне загальне розуміння типів закладів, які повинні надавати послуги на цих рівнях. Існує відчуття, що нечітке визначення рівнів обслуговування спричиняє відсутність ефективної системи направлень і відсутність раціонального управління та фінансування системи охорони здоров'я. Одним з перших кроків реформи охорони здоров'я, відповідно до останніх заяв Уряду України, є визначення цих рівнів медичної допомоги. Недавня публікація, що вийшла у 2010 році в Центрі стратегічних досліджень, дає рекомендації для Міністерства охорони здоров'я щодо визначення рівнів допомоги, але рекомендації не цей час не були застосовані (Центр стратегічних досліджень, 2010). Нижче наводиться короткий опис постачальників медичних послуг на кожному з рівнів надання медичної допомоги.

**Первинна медико-санітарна допомога:** надається на рівні громади, на районному та муніципальному рівнях, така ПМСД надає послуги лікарів загальної практики / сімейних лікарів в окремих пунктах, амбулаторіях, поліклініках, поліклініках при районних та сільських лікарнях і в медсанчастинах на підприємствах. ПМСД організована по ділянках, в яких населення рівномірно розподілене по району. Заклади ПМСД підпорядковуються та фінансуються районними органами влади, і в них працюють терапевти або (в сільській місцевості) фельдшери та/або акушерки, які можуть надати першу допомогу, обмежені лікувальні послуги, а також до- і післяпологовий догляд.

Дроблення послуг по охороні здоров'я пацієнта призвело до того, що постачальники медичних послуг не знають загальний стан здоров'я пацієнта, що змушує багатьох українців відвідувати недоречних постачальників медичних послуг по різних проблемах зі здоров'ям. Компоненти ПМСД системи охорони здоров'я залишаються слабозвиненими: МОЗ створило підрозділ по ПМСД лише в 2007 році (Menon, 2010), і прогрес у збільшенні штату лікарів сімейної медицини, що особливо важливо успіху ПМСД, йде повільно (див. розділ 3.4 Людські ресурси). Сильніша система ПМСД має надзвичайне значення для адекватного вирішення найважливіших проблем охорони здоров'я в країні, у тому числі хронічних захворювань, ВІЛ / СНІД, туберкульозу і зниження захворюваності і смертності, пов'язаних з ними. Буде важливо, щоб зростання зусиль по реформі охорони здоров'я, яке зараз обговорюється, і надалі зміцнювало ПМСД (див. розділ 3.1 Керівництво та лідерство).

**Вторинна медична допомога:** включає в себе фахівців, які базуються поза межами поліклінік, і розташовані в лікарнях і спеціалізованих диспансерах (ТБ, ВІЛ/СНІД та ін.) районів та міст і міських зон. Вторинна допомога надається різними типами фахівців, такими, як хірурги, ортопеди, офтальмологи, урологи, гастроентерологи, які згруповані в поліклініках, розрахованих на обслуговування близько 25 тисяч чоловік (Lekhan, Rudiу і Nolte, 2004). Управління та адміністрування вторинної медичної допомоги забезпечується районними та муніципальними органами влади.

**Третинна медична допомога:** забезпечується через обласні, міські (Києва і Севастополя) та загальнонаціональні лікарні і великі спеціалізовані диспансери; третинна допомога надає послуги повного спектру стаціонарних і амбулаторних фахівців – від кардіологів до хірургів і від алергологів до психіатрів.

Заплановані моделі направлень в Україні зазнали перекосів через слабку систему ПМСД, слабе застосування ланцюгів направлень, а також через відсутність адміністративних бар'єрів для самонаправлень. Нинішня система направлень в Україні впливає на здатність пацієнтів мати належний доступ до медичної допомоги, а також впливає на ефективність всієї системи охорони здоров'я. Українці мають право вибирати будь-якого постачальника ПМСД, однак, оскільки лікарі



ПМСД не діють як «вартові», багато українців (особливо в містах) скоріше йдуть безпосередньо до фахівців вторинної медичної допомоги. Ці пацієнти можуть самостійно звернутися у стаціонар без особливої потреби і бути госпіталізованими без особливої потреби, якщо є порожні ліжка. Інші самостійно звертаються не до тих спеціалістів, яких треба. (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). Зацікавлені сторони, опитані аналітичної групою, підкреслили особливі проблеми з направленнями, з якими стикаються вразливі групи, включаючи працівниць секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, і споживачів ін'єкційних наркотиків; ці бар'єри повинні бути усунені.

Основною функцією сімейного лікаря є правильне направлення пацієнтів до фахівців. Коли штат сімейних лікарів буде досить розвинутих, відповідно підготовлених і матиме необхідне обладнання, система направлень повинна покращитися, як вона покращилася у Львові, де система сімейних лікарів більш розвинена, ніж у багатьох інших областях.

### 3.3.1.2 ДЕРЖАВНІ ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Система охорони здоров'я в Україні, як і раніше, ґрунтується скоріше на лікарнях, ніж на службах первинної медико-санітарної допомоги. Україна має систему фінансування лікарень на основі кількості ліжок, що стимулює лікарні госпіталізувати пацієнтів, незалежно від їхніх потреб у лікуванні (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010) і, за повідомленнями, штучно продовжувати тривалість перебування в лікарнях. Дивіться розділ 3.2 Фінансування охорони здоров'я. Це призводить до неефективності високого рівня і відтягує значні ресурси від служб первинної медико-санітарної допомоги.

Аналіз тенденцій в декількох медичних установах за останні роки вказує на незначне збільшення кількості амбулаторних закладів, але не показує будь-якого серйозного скорочення кількості лікарень. Див. Таблицю 3.3.2.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.2. ТЕНДЕНЦІЇ У ЛІКАРНЯХ ТА АМБУЛАТОРНИХ ЗАКЛАДАХ В УКРАЇНІ (2004–2008)**

Тип закладу	Кількість по роках				
	2004	2005	2006	2007	2008
Амбулаторні заклади	6660	6692	6792	6842	6888
Міські лікарні	644	631	624	619	611
Обласні лікарні	26	26	26	26	26
Центральні районні лікарні	473	480	477	474	473
Районні в містах лікарні	679	668	648	609	580
Лікарні матері і дитини	90	87	88	89	89
Спеціалізовані клініки	378	372	372	369	367

*Джерело: МОЗ України (а), 2009.*

Співвідношення лікарень до амбулаторних закладів в Україні є вищим, ніж у більшості сусідніх країн (крім Росії), і воно вражає ще більше при порівнянні з загальними показниками по ЄС. Див. Таблицю 3.3.3.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.3. ЛІКАРНІ І ЗАКЛАДИ ПМСД НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ, ОКРЕМИХ СУСІДНІХ КРАЇНАХ І В ЄС**

Показник	Україна (2009)	Білорусь (2009)	Молдова (2009)	Польща (2008)	Росія (2006)	ЄС (2008)
Лікарні	5,4	6,8	2,3	2,2	4,5	2,6
Ліжка в лікарнях	864	1107	609	662	966	529
Середня тривалість перебування (дні)	12,7	11,5	10,0	5,9 (2008)	13,6 (2006)	8,61 (2008)
Заклади ПМСД	15	58	21	--	9	49 (2005)

*Джерело: ВООЗ, European HFA-DB, січень 2011 р.*

Фізичний стан медичних закладів варіюється, і в Україні не існує регулярної системи моніторингу утримання медичних закладів. Більшість медичних закладів, які відвідала аналітична група, були у прекрасному стані і, очевидно, порівняно недавно були відремонтовані, але ці заклади були в основному зосереджені на обласному рівні. Раніші дані, зібрані Санітарно-епідеміологічною службою, показали, що в 2007 році лише 29,6 відсотка медичних установ мали водопровід і тільки 21,1 відсотка мали систему каналізації (Lekhan, Rudyi i Richardson, 2010), і таке становище може бути більш характерним для районних або сільських установ.

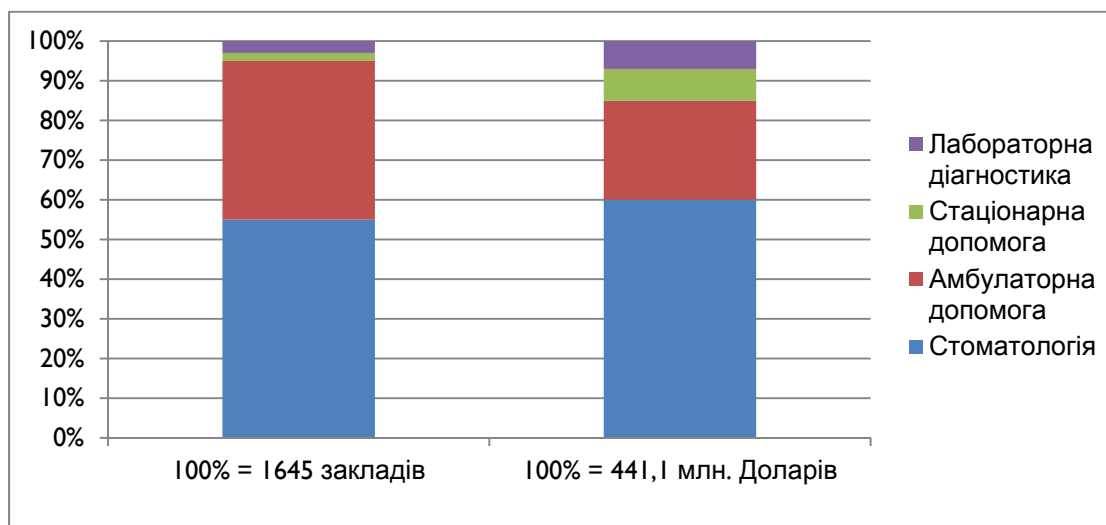
Процес реформи охорони здоров'я, що зараз обговорюється, вказує на потужний рух у бік ПМСД. Проте, останнє розпорядження Президента по ініціативі проекту "Нове Життя" по перинатальній медицині дає повноваження на створення 27 високотехнологічних перинатальних центрів на обласному рівні. Ця дорога ініціатива не збігається зі стратегією, орієнтованою на ПМСД (Державне агентство з інвестицій та управління національними проектами, 2011).

### 3.3.1.3 ПРИВАТНІ ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Система приватного сектору охорони здоров'я стала розвиватися після здобуття незалежності, і в даний час складається переважно з фармацевтичних постачальників, аптек, стоматологів, спеціалізованих медичних установ і лабораторій. Поза межами фармацевтики та лабораторій, приватний сектор залишається порівняно незначним у рамках загальної системи охорони здоров'я через низьку чисельність приватних об'єктів, відносно високу вартість приватного лікування, низький рівень розвитку ринку приватного медичного страхування, відсутність системи державних контрактів на медичні послуги з приватними закладами і податкову систему, що перешкоджає приватній практиці.

У 2009 році в Україні налічувалося понад 1600 приватних медичних установ, що є зростанням у порівнянні з 1000 в 2007 році (дані МОЗ, 2010). Цей сектор може зростати швидше, якщо реформа охорони здоров'я забезпечить можливість державних контрактів з приватним сектором у сфері охорони здоров'я, як це зараз обговорюється. Було повідомлено, що однією з областей приватного сектора, яка насправді розширюється, є лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), почасти тому, що пацієнти високо цінують конфіденційність, яку пропонують приватні заклади. Зображення 3.3.2. показує кількість приватних медичних закладів і загальний обсяг річних доходів у 2009 році.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.3.2. ПРИВАТНІ ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ЇХНІ РІЧНІ ПРОДАЖІ, 2009



Джерело: дані МОЗ, 2010.

НУО та релігійні організації в першу чергу забезпечують допоміжні послуги, профілактику та охоплення послугами таких груп населення, як групи ризику. Медичне обслуговування цим групам надається рідко, за винятком надання АРВ препаратів та препаратів проти ТБ для пацієнтів у пенітенціарній системі.

#### 3.3.1.4 ОХОРОНА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я / ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Охорона громадського здоров'я та профілактична медицина в Україні розвинені недостатньо, і вони ніколи не були пріоритетом. У країні існує тільки один офіційний навчальний заклад з охорони громадського здоров'я, а санітарно-епідеміологічні курси, які пропонуються в інших навчальних закладах, не відповідають міжнародним стандартам. Смертність в Україні є дуже високою серед чоловіків працездатного віку, що пов'язане з поведінковими факторами ризику, які можна змінити – такими, як ожиріння, гіпертонія, вживання алкоголю та куріння. Українська система охорони здоров'я не має економічних цільових підходів до охорони громадського здоров'я та профілактичної медицини, які могли б сприяти зміні такої поведінки, як це було зроблено в Європі (Menon та ін., 2009). Поширення інформації про необхідність змін у поведінці в рамках державної системи охорони здоров'я майже непомітно в Україні.

Лікарі сімейної медицини могли б внести значний внесок в охорону громадського здоров'я, якби їх було достатньо, і якби вони мали належну підготовку, і в Україні є докази цьому. Львівська область вперше застосувала програму сімейних лікарів у 1996 році завдяки проекту USAID «Здоров'яРеформа». З 2001 по 2010 рік у Львівській області частка населення, охопленого сімейною медициною, збільшилася з 9,5 відсотка до 50,8 відсотка. Львівські органи охорони здоров'я наводять приклади значного позитивного впливу на здоров'я населення досліджень та профілактичної допомоги, що надаються сімейними лікарями, зокрема:

- Менша кількість випадків пізньої стадії раку чи туберкульозу завдяки ранній діагностиці;
- Збільшення направлень для лікування ожиріння, залежності від алкоголю та тютюнопаління;

- Менша кількість проблем на пізніх стадіях вагітності.

Нарешті, в той час як імунізація є безпечним, економічно ефективним і визнаним в усьому світі медико-санітарним заходом для контролю та запобігання серйозним інфекційним захворюванням, в Україні за останні два роки сталося тривожне зниження темпів імунізації дітей. Уряд не вжив заходів по боротьбі з негативним висвітленням у пресі та з дезінформацією, що призвело до втрати суспільної довіри до імунізації (Caron та ін., 2010).

### 3.3.2 ДОСТУП, ОХОПЛЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ

У сільських районах доступ до первинної медико-санітарної допомоги може бути нерівномірним; є численні громади, в яких бракує установ ПМСД, робоча сила ПМСД також розподілена нерівномірно. Навіть у міських районах заклади ПМСД не так широко доступні і оснащені, наскільки це необхідно. Невідкладна допомога також надається нерівномірно і, мабуть, недостатньо фінансується; вона була визначена як пріоритет в новому законодавстві по реформі охорони здоров'я. На вторинному рівні існують великі власні платежі, особливо для осіб з кількома хронічними захворюваннями; в значній мірі це обумовлено високою вартістю ліків (Menon, 2010). Це створює перешкоди для доступу до медичної допомоги, особливо для груп з низькими доходами (Menon та ін., 2009).

Охоплення послугами загалом відбувається нерівномірно і варіюється в залежності від областей і районів. Утім, охоплення допологовими і післяпологовими послугами в Україні є всеосяжним. Хоча ВООЗ рекомендує щонайменше чотири візити антенатального спостереження, в Україні 75 відсотків вагітних жінок мають шість і більше візитів антенатального спостереження, а 27 відсотків мають 15 і більше (Український Центр соціальних реформ та ін., 2008.).

Частота відвідувань жінок, які отримують післяпологову допомогу в Україні, є також відмінною. Дані опитувань показують, що 95 відсотків жінок були обстежені протягом шести тижнів після пологів, та післяпологовий догляд всюди забезпечується кваліфікованим лікарем (98 відсотків) (Measure DHS Project, 2008).

### 3.3.3 ЯКІСТЬ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Якість медичної допомоги, отриманої в медичних установах, достатньо не відслідковується, але сприймається як низька, і така, що значно погіршилася в останні роки (Menon та ін., 2009). До 2007 року, коли Міністерство охорони здоров'я створило спеціальний відділ, що відповідає за оцінку якості медичних послуг та фармацевтичних препаратів, не було створено ефективної стратегії контролю якості медичного обслуговування на національному рівні (Lekhan, Rudiy і Richardson, 2010). Міністерство офіційно відповідає за акредитацію всіх медичних установ незалежно від їхньої форми власності; повідомляється, що це більше формальність, ніж інструмент для покращення якості надаваних послуг (Lekhan, Rudiy і Richardson, 2010). Органи охорони здоров'я обласного рівня відповідають за моніторинг послуг ПМСД на місцевому рівні (Menon, 2010).

Незважаючи на певний прогрес, досягнутий в оновленні обмеженої кількості клінічних рекомендацій щодо пріоритетних питань, щоденна медична практика, як і раніше, значною мірою ґрунтується на застарілих стандартах і протоколах. Культура доказової медицини не вкоренилася в огляди рекомендацій та процеси розвитку; вона також не є основою освіти студентів медичних навчальних закладів. Професійні медичні асоціації слабкі, вони вимагають додаткових можливостей для залучення ресурсів та підвищення якості стандартів серед працівників охорони здоров'я. Необхідні ініціативи підвищення якості на рівні закладів для того, щоб запровадити рекомендації і стандарти, засновані на фактичних даних, а також для того, щоб оцінити якість

медичної допомоги, яку вони забезпечують, за допомогою самооцінки, експертної оцінки, зауважень пацієнтів та наглядових механізмів, з метою реалізації постійних покращень.

Наказ Уряду, виданий у 2008 році, був спрямований на поліпшення якості медичної допомоги, і в даний час він, в принципі, реалізується. Він заснований на створенні єдиної уніфікованої багаторівневої системи контролю якості, із впровадженням доказової медицини та систематичним моніторингом якості охорони здоров'я. Поточні дискусії щодо реформи охорони здоров'я показують більшу орієнтацію на якість, включаючи розробку та вимірювання відповідних показників, які на даний час не існують.

### **3.3.4 НАДАННЯ ПОСЛУГ І ВІЛ/СНІД**

Епідемія СНІД в Україні є найбільш тяжкою серед усіх країн Європи і Центральної Азії. Вона показує справжнє функціонування існуючої системи надання медичної допомоги, а також підкреслює існуючі бар'єри і недоліки в цій системі, які заважають швидким широкомасштабним діям у відповідь на епідемію.

#### **3.3.4.1 ВІДПОВІДЬ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Державна програма з ВІЛ/СНІД визначається Національним операційним планом на 2011-2013 роки до «Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки», затвердженої Законом України від 19 лютого 2009 року (Alexandrin і ін., 2010). Новий закон по СНІД, розроблений Міністерством охорони здоров'я за підтримки НУО та міжнародних організацій, набрав чинності 15 січня 2011 року, і він забезпечує сприятливі стратегічні умови боротьби з епідемією.

Оцінка політики з ВІЛ/СНІД, фінансована USAID, була проведена в той самий час, що й цей аналіз. Результати роботи того колективу, хоча й недоступні для цієї аналітичної групи, будуть корисні в майбутньому для кращого розуміння політичного середовища в Україні.

В Україні функціонує мережа з 40 центрів профілактики та контролю СНІД і 737 «кабінетів довіри»<sup>4</sup> (Національний звіт з моніторингу прогресу по Декларації про обов'язок боротьби з ВІЛ/СНІД Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, 2010). Ці національні та обласні центри СНІД є основними факторами системи охорони здоров'я у тестуванні на ВІЛ/СНІД та лікуванні. Інформаційна діяльність і профілактичні послуги часто надаються донорами і НУО за підтримки місцевих органів влади. Лабораторні діагностичні послуги забезпечуються національною мережею лабораторій. На місцевому рівні існує фрагментація, обмежена підзвітність, мінлива звітність медичних установ і розбіжності між заявленими і фактичними послугами (Semegina та ін., 2007). Державний бюджет покриває більшість витрат на централізовані закупівлі ліків, діагностичних засобів та витратних матеріалів, на безпеку крові і лікування, а інші послуги з ВІЛ/СНІД (догляд та підтримка, зниження шкоди, робота з уразливими групами та пропагандистська робота) фінансуються за рахунок донорів та обласних і місцевих бюджетів.

---

<sup>4</sup> "Кабінети довіри" – це кабінети в клініках, облаштовані для конфіденційного консультування та тестування.

### 3.3.4.2 ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ ПОСЛУГ

Послуги з ВІЛ/СНІД являють собою програму, що фінансується і керується вертикально. Уся система охорони здоров'я в Україні страждає від недостатньої децентралізації і координації, і це також впливає на Національну програму зі СНІД. Більшість медичних послуг по ВІЛ - профілактика, лікування, догляд та підтримка - зараз зосереджені в обласних центрах, і в них майже відсутній зв'язок із загальною системою охорони здоров'я, зокрема, з постачальниками ПМСД або з НУО, які забезпечують інформаційну роботу, профілактику та допоміжні послуги. Це обмежує доступність до послуг пацієнтам з маленьких міст, районних центрів та сіл (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 2010). Програма по гранту 10 раунду Глобального Фонду дозволить покращити якість послуг у сільських районах шляхом підтримки та створення потенціалу консорціумів державних і приватних закладів, урядових і неурядових організацій на місцевому рівні, і відділів ПМСД (Національна ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 2010). Крім того, розширення офіційних зв'язків з постачальниками послуг для груп ризику з числа НУО підвищить ефективність доступу до цих груп.

### 3.3.4.3 ДОПОМОГА ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДУ

Потужності профілактики і лікування в Україні в рамках боротьби з епідемією СНІД були надзвичайно покращені завдяки коштам, наданим Глобальним Фондом.<sup>5</sup> Хоча щедра фінансування і вертикальний характер допомоги Глобального фонду, безсумнівно, допомогли створити швидке розширення послуг, постає питання сталості та можливості інтегрування послуг зі СНІД у загальну систему охорони здоров'я. Огляд допомоги Глобального фонду в галузі ВІЛ/СНІД надається у Таблиці 3.3.4.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.4. ДОПОМОГА ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДУ ПО ПРОГРАМІ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ**

Цикл фінансування	Період	Головні реципієнти
Раунд 1	2004–2009	Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс)
Раунд 6	2007-теперішній час	Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс) Всеукраїнська мережа ЛЖВС (Мережа)
Раунд 10	Заплановано на 1.01.2012	Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс) Всеукраїнська мережа ЛЖВС (Мережа) Центр СНІД в Україні /МОЗ

<sup>5</sup> **Бачення 10 раунду:** сприяти розвитку довгострокової сталої державної системи охорони здоров'я з метою розширення та інтенсифікації комплексного лікування ВІЛ/СНІД, профілактики, лікування, догляду та підтримки, які є більш інтегровані і формалізовані, та забезпечити більш високу якість, гендерні аспекти і справедливий доступ до послуг для груп ризику і ЛЖВС [людей, що живуть з ВІЛ та СНІД] та інших цільових груп населення в Україні.

#### 3.3.4.4 ПРОФІЛАКТИКА СНІД

Переважна більшість зусиль з профілактики в Україні (особливо тих, які спрямовані на групи ризику) залишилися відповідальністю різних НУО, що працюють у співробітництві або при Міжнародному Альянсі ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс) і з Всеукраїнською мережею ЛЖВС. Їхня діяльність включає в себе замісну терапію, освіту, поширення презервативів, обмін шприців, аналізи ІПСШ і т.п. Хоча багато профілактичних заходів, що проводилися під керівництвом НУО, були якісними, вони не були поширені на всі області і райони. Роль Уряду України у профілактиці була мінімальною, а відсутність в Україні потужної, життєздатної системи охорони здоров'я перешкоджає її здатності реагувати так, як це робиться в інших країнах, які постраждали від СНІД.

Деякі успіхи були досягнуті в скороченні передачі через СНІВ в результаті освітніх програм, обміну голочок і замісної терапії (яка залишається обмеженою і дуже політично чутливою). UNAIDS документально підтвердив, що впровадження науково-обґрунтованих програм зменшення шкоди знизило захворюваність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні (UNAIDS, 2010), та досвід України став «передовим методом» UNAIDS.

#### 3.3.4.5 ППМД

Профілактика передачі від матері до дитини (ППМД) зараз є обов'язком Уряду. Почасти завдяки сильній системі охорони здоров'я матері і дитини в Україні, зокрема, завдяки системі центрів жіночих консультацій, ППМД в Україні була успішною. Швидкість ПМД, як повідомляється, впала з 27,8 відсотка у 2001 році до 6,2 відсотка в 2007 році (Alexandrin та ін., 2010). Відсоток жінок та дітей, по яких отримано ключові показники ПМД, виглядає наступним чином (ВООЗ та ін., 2010):

- Вагітні жінки, що пройшли тест на ВІЛ: > 95 відсотків
- ВІЛ-позитивні вагітні жінки, які приймають АРВ-препарати: 76-95 відсотків
- Діти, народжені від ВІЛ-позитивних жінок, які приймають АРВ-препарати і профілактику з котримоксазолом: > 95 відсотків
- Діти, народжені від ВІЛ-позитивних жінок, які пройшли тест на ВІЛ до 2-місячного віку: 69 відсотків

#### 3.3.4.6 ЛАБОРАТОРНА ПІДТРИМКА

Широкий вибір надійних і швидких лабораторних досліджень має вирішальне значення для початкової діагностики ВІЛ-інфекції, визначення початку лікування, а також контролю ефективності лікування. В цілому, лабораторний компонент національної програми по СНІД вважається недостатнім. Добровільне тестування на ВІЛ можна отримати в кабінетах довіри, і зразки крові відправляються до обласних центрів по СНІД. За оцінками, з ВІЛ живуть близько 360 тисяч українців, проте в 2009 році тільки 13,1 відсотка жінок і чоловіків у віці 15-49 років пройшли тест на ВІЛ за останні 12 місяців, і знали свої результати (Alexandrin та ін., 2010.). Особливо не мають доступу до досліджень групи ризику. Існує лише 8,5 центрів з тестування та консультування щодо ВІЛ на 100 тис. дорослого населення (ВООЗ та ін., 2010). Оскільки Уряд України не застосовує визнану на міжнародному рівні практику двох "швидких" тестів для підтвердження ВІЛ-інфекції, клієнти, що проходять добровільне тестування у центрах, повинні повертатися через кілька днів, щоб дізнатися про свій ВІЛ-статус. Вагітні жінки проходять тестування двічі під час вагітності, або під час пологів, якщо вони не проходили тестування під час вагітності. До недавнього часу приватні заклади, в тому числі НУО, не мали права проводити тести на ВІЛ; це останнім часом змінилося з введенням нових правил, і може поліпшити загальний доступ до тестування, якщо ціни на тестування будуть прийнятними.

У більшості областей, тестування по CD4 і вірусному навантаженню для людей, які живуть з ВІЛ, відправляються для аналізу з обласного центру СНІД до державних лабораторій. Моніторинг спротиву до медикаментів почався лише недавно.

З точки зору якості, схоже, що відсутня система акредитації лабораторій або зовнішнього контролю якості лабораторного тестування (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 2010). Загальна система лабораторій буде вдосконалена в 2012 році за підтримки гранту 10 раунду Глобального фонду, а також, до деякої міри, завдяки фінансуванню PEPFAR – проекту Центрів США по контролю і профілактиці захворювань.

### 3.3.4.7 ЛІКУВАННЯ

Протоколи АРВ-лікування в Україні відповідають чинним керівним принципам ВООЗ та передовій міжнародній практиці та доказам, і регулярно переглядаються робочими групами фахівців на території України під керівництвом Національного центру СНІД. Лікування в основному надається та фінансується Урядом через обласні центри СНІД (по одному в кожній області). У деяких випадках лікування можна отримати на районному рівні, в областях, де висока поширеність серопозитивності, і де є сильні обласні центри СНІД. НУО також забезпечують близько 10 відсотків АРВ-терапії в Україні, в першу чергу у вразливих групах, наприклад, серед ув'язнених осіб.

Утім, оцінки сильно різняться щодо кількості і відсотків ВІЛ-інфікованих, які мають право на лікування і які фактично отримують АРВ-лікування. Причини відсутності лікування або неповного лікування включають в себе:

- Абсолютна нестача препаратів, що закуповуються Урядом через високу вартість ліків в результаті непрозорих тендерних процедур (див. розділ 3.5 Управління медичними продуктами)
- Брак запасів лікарських препаратів в певних лікувальних центрах СНІД через відсутність адекватного прогнозування та моніторингу
- Недотримання курсу лікування пацієнтами (особливо споживачами ін'єкційних наркотиків)
- Непостійні поставки препаратів для ув'язнених осіб, в міру того, як вони пересуваються до інших закладів в рамках пенітенціарної системи і в кінцевому підсумку залишають місце позбавлення волі
- Відсутність достатніх педіатричних препаратів АРВ для маленьких дітей

У 2009 році процент ВІЛ-інфікованих активних споживачів ін'єкційних наркотиків, що проходили АРВ-терапію, залишається досить обмеженим, і ця група становила лише 7,5 відсотка від загального числа осіб, які отримують АРВ. Це було пов'язано з недостатньою доступністю замісної підтримуючої терапії та призвело до проблем з дотриманням лікування АРВ (Alexandrin, 2010).



### 3.3.4.8 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ

Недавній аналіз Національного Оперативного плану ВІЛ/СНІД (USAID (b), 2010) виявив наступні прогалини в забезпеченні якості:

- Нормативно-правова система строго визначена, але вона в цей час не сприяє підвищенню прозорості або забезпеченню стандартизованих, визнаних в міжнародній спільноті підходів до ведення закупівель і поставок (ВЗП), а також не дозволяє підтримувати постійну наявність і належне використання лікарських засобів гарантованої якості за розумною ціною.
- Система акредитації лабораторій потребує покращення і забезпечення якості; необхідно розробити засоби зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень.
- Застосовуються принципи безпеки ін'єкцій. Тим не менш, медичний персонал часто відмовляється від стандартного використання захисних бар'єрів в основному через обмежену кількість одноразових матеріалів, особливо в місцях позбавлення волі.
- Безпеку крові сильно підриває відсутність будь-якої системи для зовнішнього забезпечення якості та контролю якості в лабораторних тест-системах, які використовуються в країні і при процедурах.

### 3.3.4.9 ІНШІ ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ УСПІХУ ПРОГРАМИ

Комплексна оцінка програм зі СНІД в Україні, проведена в 2009 році (UNAIDS, 2009), та пропозиція по гранту 10 раунду Глобального фонду виявили ряд недоліків, які пов'язані із загальною системою охорони здоров'я, і які перешкоджають боротьбі з ВІЛ/СНІД. До них відносяться:

#### **Профілактика і допоміжні послуги:**

- Відсутність комплексного підходу до перехресних поведінкових ризиків
- Відсутність комплексної стратегії зміни поведінки, зокрема, що пов'язано зі стигматизацією та дискримінацією з боку медичних працівників
- Обмежена фінансова підтримка на обласному рівні з боку держави по профілактичних заходах серед груп ризику
- Неадекватні соціальні послуги для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді

#### **Тестування та лікування:**

- Обмежений і непостійний доступ до добровільного консультування та тестування
- Орієнтація на швидке розширення охоплення програм, без належної уваги до якості та інтенсивності втручання
- Погана мобілізація ресурсів на підтримку інтегрованої діагностики та лікування людей з ВІЛ/СНІД та іншими небезпечними для життя станами здоров'я (наприклад, ТБ)
- Обласні центри СНІД не обладнані належним чином для вирішення всіх медичних потреб осіб з ВІЛ в областях чи навіть у великих містах
- Медичні установи не обладнані належним чином

### 3.3.5 НАДАННЯ ПОСЛУГ І ТУБЕРКУЛЬОЗ

Національна програма боротьби з туберкульозом в Україні розпочалася в 2007 році та діє на підставі Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках». Тим не менш, застаріла система охорони здоров'я, яка є фрагментована, орієнтована на лікування в лікарнях і залежить від негнучкої системи фінансування, описаної вище в цьому розділі, також негативно впливає на сектор ТБ. Специфічні проблеми з реалізацією стратегії «Стоп туберкульоз» в Україні включають в себе (ВООЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ (b), 2011):

- Обов'язки фрагментовані між центральним Урядом, обласними адміністраціями, а також численними органами на муніципальному, районному та сільському рівні
- Успіх виявлення випадків захворювання нівелюється економічно неефективним підходом до обстеження груп населення, що не є цільовими
- Існує надмірна госпіталізація, з неналежною практикою контролю інфекцій
- Лабораторні можливості обмежені
- Лікування відбувається, в першу чергу, у стаціонарах і залежить від непостійної наявності протитуберкульозних препаратів, що закуповуються на місцевому рівні
- Короткий курс лікування при прямому нагляді у лікуванні туберкульозу (DOTS) не був належним чином реалізований, в основному через те, що постачальники медичних послуг не отримують належної підготовки по DOTS
- Звітність часто не точна
- Поведінка при пошуку допомоги неадекватна
- Багато наказів Міністерства охорони здоров'я з виявлення та лікування туберкульозу не відповідають міжнародним рекомендаціям

В українській системі охорони здоров'я існує роздроблення лікування і діагностики туберкульозу через вертикальну і централізовану систему, в якій існують спеціалізовані туберкульозні клініки та диспансери на обласному та муніципальному рівнях. Державне фінансування протитуберкульозних заходів було істотно скорочено, і лікуванню туберкульозу перешкоджає втрата інфраструктури і відсутність зацікавленості серед медпрацівників через низькі зарплати, а також скорочення персоналу (Vassall та ін., 2009). Ефективність України в профілактиці та лікуванні туберкульозу порівнюється в таблиці 3.3.5. з Білоруссю, Молдовою, Росією – країнами з аналогічною епідеміологією туберкульозу.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.5. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМ ТБ: УКРАЇНА, БІЛОРУСЬ, МОЛДОВА, РОСІЯ**

	Україна	Білорусь	Молдова	Росія
Процент виявлення випадків (2009)	78%	140%	68%	84%
% осіб з когорт, що проходять лікування (2008)	56%	68%	51%	54%
% успішного лікування (2008)	62%	71%	57%	57%

*Джерело: ВООЗ/Європа (d), 2010с.*

### 3.3.5.1 СИСТЕМА НАПРАВЛЕНЬ

Основні кроки в системі направлень по ТБ (для пасивного виявлення випадків) такі:

- Самостійне повідомлення симптоматичних пацієнтів до загальних служб охорони здоров'я або до протитуберкульозних закладів
- Початковий діагноз мікроскопії мазка мокротиння або рентген грудної клітки
- Направлення в ТБ диспансер для діагностики (протягом якого пацієнтів часто госпіталізують у палатах з іншими хворими на туберкульоз, без належного інфекційного контролю)
- Лікування (в різних стаціонарних і амбулаторних медичних установах)

Рання діагностика туберкульозу гальмується відсутністю підготовлених сімейних лікарів, які здатні розпізнавати симптоми туберкульозу, забезпечити мікроскопічні дослідження і дати необхідне направлення хворим на туберкульоз.

### 3.3.5.2 КОІНФЕКЦІЯ ТБ/ВІЛ І ОБ'ЄДНАННЯ ЛІКУВАННЯ ТБ І ВІЛ/СНІД

ТБ та ВІЛ/СНІД нерозривно пов'язані між собою і, таким чином, спільні заходи мають важливе значення для забезпечення того, щоб: а) ВІЛ-інфіковані хворі на туберкульоз належним чином виявлялись і лікувались і б) ВІЛ-інфіковані особи не заражались туберкульозом (ВООЗ (а), 2004). В Україні, за оцінками, 11 відсотків хворих на туберкульоз були ВІЛ-інфіковані в 2009 році (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (б), 2011).

Недавня оцінка (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (б), 2011) показала, що: а) співпраця по боротьбі з коінфекцією ТБ/ВІЛ досить обмежена, б) НУО не використовуються на повну силу, в) клінічний протокол дій у випадках пацієнтів з ТБ/ВІЛ часто не дотримується і г) існує прогалина в області нагляду та моніторингу співпраці ТБ/ВІЛ. Тим не менш, деякі нові та перспективні заходи, що проводяться для вирішення питання коінфекції, включають в себе:

- Створення обласних координаційних рад по ТБ/ВІЛ та пілотних проектів по ТБ/ВІЛ
- Забезпечення тестування на ВІЛ хворих на туберкульоз і тестування хворих на туберкульоз на ВІЛ
- Забезпечення матеріалів по ТБ (обладнання для аналізу мокротиння, тощо) в пунктах послуг з ВІЛ
- Впровадження комп'ютерних програм, таких як "e-TB", що можуть відстежувати і керувати коінфекцією
- Зміцнення співпраці між обласними центрами СНІД та обласними центрами ТБ заохочується у гранті по туберкульозу 6 раунду Глобального фонду.

### 3.3.5.3 ІНШЕ

Загальна якість та охоплення системи боротьби з ТБ в Україні будуть посилені за рахунок гранту 9 раунду Глобального фонду. Цілі Глобального фонду містять поліпшення діагностики за рахунок оптимізації системи лабораторій по ТБ, покращення доступу до якісних медичних послуг з туберкульозу, покращення управління в системі боротьби з ТБ, а також підвищення рівня поінформованості, мобілізації та політичної підтримки для зменшення стигми. Лабораторний компонент, зокрема, буде посилений за рахунок майбутнього проекту CDC, що фінансується PEPFAR.

Всебічна оцінка туберкульозу в Україні надає детальний аналіз існуючої системи по боротьбі з ТБ, а також рекомендації (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (b), 2011).

### 3.3.6 НАДАННЯ ПОСЛУГ І КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНOSTI

#### 3.3.6.1 ОГЛЯД

У 2006 році Національна програма репродуктивного здоров'я була розпочата як вертикальна програма, і різні протоколи були прийняті для використання в державних установах. На обласному, районному та місцевому рівнях послуги з контролю народжуваності доступні в обласних центрах контролю народжуваності, а послуги з репродуктивного здоров'я надаються через пологові будинки та жіночі лікарні. На сільському рівні деякі центри ПМСД надають послуги з контролю народжуваності та репродуктивного здоров'я. Послуги з охорони здоров'я матері і дитини пропонуються у великій інфраструктурі закладів, зокрема, у жіночих консультаціях, медико-генетичних консультаціях, дитячих поліклініках і лікарнях, центрах планування сім'ї і в пологових будинках (Український центр соціальних реформ, та ін., 2007, Zhuravliov та ін., 2010).

Послуги з контролю народжуваності, пропоновані Урядом, значно різняться по областях. Сектор НУО по контролю народжуваності все ще відносно молодий в Україні, і на цей час немає НУО, які б пропонували послуги з контролю народжуваності.

Нещодавно проводились два аналізи з питань контролю народжуваності в Україні за підтримки USAID: аналіз ЗСП (знання, ставлення і практика) і аналіз протизаплідної безпеки. Доповіді по проведених аналізах не були доступні для цієї аналітичної групи, але коли вони будуть випущені, то стануть в нагоді щодо інформування про загальний стан контролю народжуваності в Україні.

#### 3.3.6.2 АБОРТИ

Україна, як і інші країни колишнього Радянського Союзу, спробувала зменшити практику штучного абортів (як спосіб вирішення незапланованої / небажаної вагітності) за рахунок сучасної контрацепції. Це увінчалось певним успіхом. Кількість абортів стабільно падає з 573,48 на 1000 народжень у 2003 році до 281,04 у 2008 році (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (a), 2011), але це все ще приблизно в два рази вище, ніж у середньому по ЄС. Дані МОЗ показують значно вищі показники, ніж дані HFA-DB, але все ж таки свідчать про падіння на 11 відсотків у числі абортів з 2008 по 2009 рр. (Zhuravliov та ін., 2010).

#### 3.3.6.3 ВИКОРИСТАННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Основними джерелами сучасної контрацепції в Україні є аптеки (49,3 відсотка) і державний сектор (в основному, жіночі консультації та лікарні / пологові будинки) (27,8 відсотка), інші (в першу чергу, друзі/ родичі/ сусіди) (20,3 відсотка), а також приватні постачальники (1,6 відсотка) (Український центр соціальних реформ та ін., 2007). У 2007 році тільки 4 відсотки користувачів сучасних методів отримали контрацепцію безкоштовно (Український центр соціальних реформ та ін., 2008).

З точки зору охоплення контролю народжуваності, хоча контроль народжуваності входить до офіційних посадових інструкцій лікарів загальної практики та сімейних лікарів, останні дослідження показали, що в Києві лише 38 відсотків з таких лікарів забезпечують засоби контролю народжуваності. Тільки 30 відсотків районних лікарів (терапевтів) забезпечують засоби контролю народжуваності (Menon, 2010). Збільшення числа лікарів сімейної медицини, а також забезпечення навчання з контролю народжуваності для цих кадрів, могло б різко підвищити ступінь і якість контролю народжуваності в Україні.

Завдяки проекту «Разом до здоров'я» (РДЗ), USAID підтримує мету зниження числа абортів, небажаної вагітності та ІПСШ за рахунок поліпшення доступу до якісних послуг з контролю народжуваності та репродуктивного здоров'я (JSI, 2009). Надання контрацептивів через USAID стало наріжним каменем програми контролю народжуваності в тих областях, де працює USAID. Однак, урядові обмеження на імпорту доновських контрацептивів, не зареєстрованих в Україні, сповільнили поставки і розподіл протизаплідних засобів USAID.

Використання будь-яких методів контрацепції мало змінилося за останні роки (з 68 відсотків у 1999 році до 67 відсотків у 2008). Утім, використання сучасних методів контрацепції<sup>6</sup> збільшилося на 34 відсотки за той самий період, з 38 відсотків у 1999 році до 51 відсотків у 2007 році (Measure DHS Project, 2008), використання гормональної контрацепції в Україні все ще в 12 разів нижче, ніж в ЄС (Zhuravliov та ін., 2010).

Утім, дані про кількість контрацептивів, потрібних для подружжя протягом року (КППР), дають більш негативну картину, ніж дані по використанню контрацепції. КППР, що розраховується по даних продажу контрацептивів, державних закупівлях контрацептивів і по презервативах, наданих через USAID, показав, що після поступового збільшення КППР в попередні роки, цей показник впав на 20,5 відсотка з 2009 по 2010 рр. (JSI, 2010). Причини падіння КППР не повністю зрозумілі, хоча економічна ситуація в поєднанні з істотним зростанням цін на протизаплідні засоби вважаються певними чинниками у зміні методів на користь короткострокових (наприклад, з оральних контрацептивів на презервативи).

### 3.3.6.4 ПОРІВНЯННЯ З ІНШИМИ КРАЇНАМИ

Порівняння поширеності протизаплідних засобів і співвідношення абортів в Україні та в сусідніх країнах наведено в таблиці 3.3.6.

**ТАБЛИЦЯ 3.3.6. ПОШИРЕНІСТЬ ПРОТИЗАПЛІДНИХ ЗАСОБІВ І СПІВВІДНОШЕННЯ АБОРТІВ В УКРАЇНІ І В СУСУДНІХ КРАЇНАХ**

	Україна	Білорусь	Молдова	Польща	Росія	СНД	ЄС
Поширення протизаплідних засобів (2003–2008) <sup>*</sup>	67	73	68	49	--	64	--
Кількість абортів на 1000 народжень (2008) <sup>**</sup>	281.04	391.16	497	1.2	--	--	234.47

Джерело: <sup>\*</sup> UNICEF, 2009; <sup>\*\*</sup> European HFA-DB, січень 2011.

<sup>6</sup> Сучасні методи контрацепції визначаються тут як жіноча та чоловіча стерилізація, внутрішньоматкові спіралі, гормональні методи, презервативи, а також методи вагінальних бар'єрів.

### 3.3.7 АНАЛІЗ SWOT

ТАБЛИЦЯ 3.3.7. АНАЛІЗ SWOT ПО НАДАННЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Справедливість, доступність, ефективність, якість, сталість		
Сильні сторони і можливості	Загальні медичні послуги	<ul style="list-style-type: none"> <li>Система охорони здоров'я матері і дитини розповсюджена і, в цілому, якісна</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>Глобальний фонд збільшує профілактику і лікування</li> <li>Програма з ППМД показала значні успіхи</li> <li>Деякий прогрес був досягнутий в боротьбі з ВІЛ-інфекцією серед СІН</li> <li>Протоколи діагностики та лікування відповідають міжнародним науково обґрунтованим протоколам</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Україна зробила рішучі кроки у напрямку поліпшення боротьби з туберкульозом, в тому числі через виділення значних коштів.</li> <li>Препарати для терапії першої лінії, як правило, доступні</li> <li>Майбутній гранту 9 раунду Глобального фонду зміцнить боротьбу з ТБ, особливо в тому, що стосується лабораторій</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>Покладання на аборти знижується</li> <li>Безкоштовні контрацептиви доступні в тих областях, де зосереджена підтримка USAID (але не по всій країні)</li> <li>Є можливість підтримки контролю народжуваності для лікарів сімейної медицини (якщо їхня кількість збільшиться, а підготовка покращиться)</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні медичні послуги	<ul style="list-style-type: none"> <li>Існуюча структура системи охорони здоров'я, що базується на стаціонарах та фахівцях, не дозволяє здійснювати необхідну, доступну, ефективну ПМСД</li> <li>Державна система охорони здоров'я не вирішує тягар проблем, пов'язаних з хронічними захворюваннями, яким можна запобігти</li> <li>Низька заробітна плата медичного персоналу, брак матеріалів і обладнання, а також недостатня підготовка призводять до недостатньої допомоги</li> <li>Охоплення імунізацією впало до небезпечно низького рівня, що вимагає вживання термінових заходів</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>Групи ризику не мають доступу до профілактики та лікування</li> <li>Більшість ВІЛ-інфікованих, що мають право на лікування, не мають доступу до життєво важливих АРВ через виснаження запасів, неадекватний ланцюг поставок і високу вартість закуповуваних Урядом АРВ</li> <li>Замісна терапія є неадекватною, політично чутливою</li> <li>Лабораторні послуги потребують посилення</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лікування не відповідає попиту, якість протитуберкульозної допомоги та результати лікування погані</li> <li>Високий рівень МЛС (і ШЛС) ТБ представляє серйозну загрозу</li> <li>Коінфекція ТБ/ВІЛ не отримує належної уваги, почасти через вертикальність обох систем</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Групи ризику не мають доступу до діагностики туберкульозу і лікування, зокрема, особи, що перебувають у пенітенціарній системі</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>Консультації щодо контролю народжуваності слабке, що призводить до непослідовного і неправильного використання контрацептивів</li> <li>Набір контрацептивних методів не є ідеальним</li> <li>Існує надмірна медикалізація ОК в медичних установах</li> <li>Консультації з питань гормональних контрацептивів в аптеках недостатні</li> </ul>

### 3.4 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ

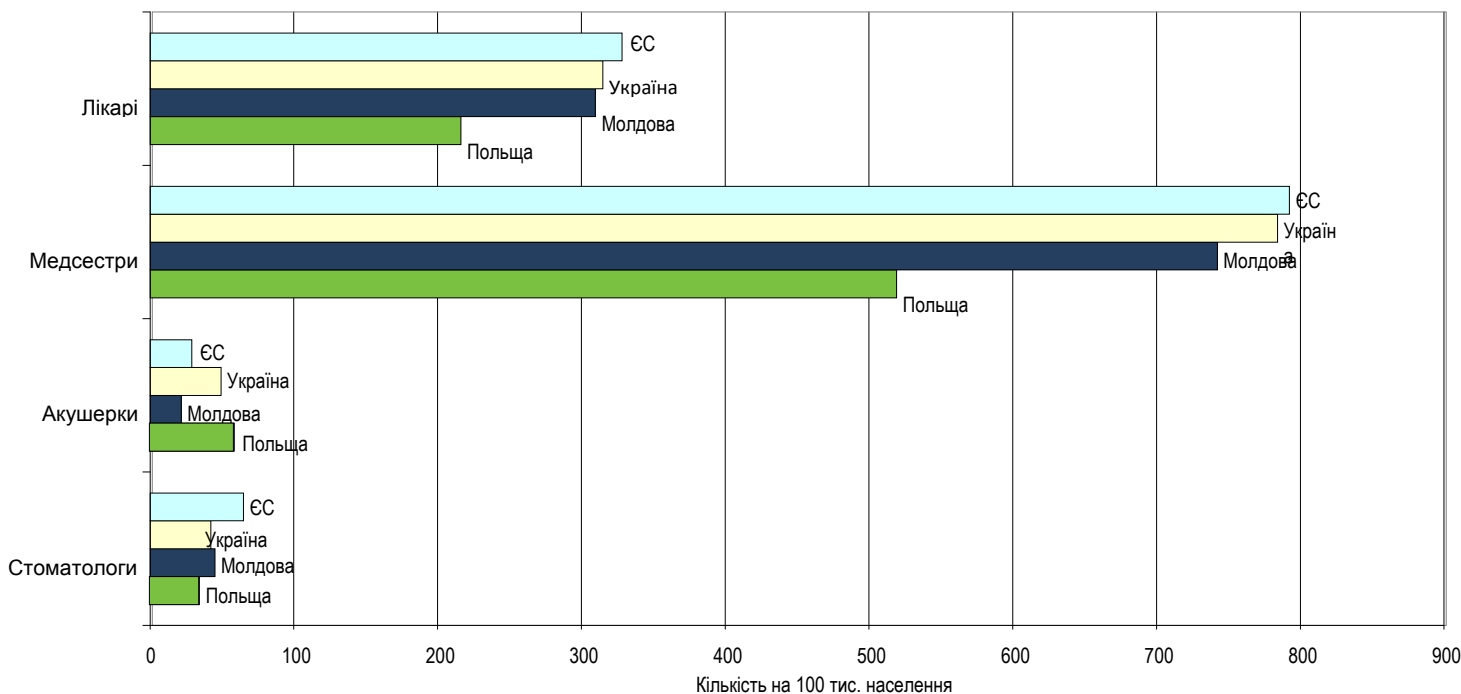
Ефективне функціонування компонента людських ресурсів в системі охорони здоров'я вимагає сильної системи управління персоналом, яка об'єднує в собі політику, фінансування, освіту, партнерство і лідерство по людських ресурсах у всеосяжному і безперервному процесі. Цей процес повинен включати ситуаційний аналіз, стратегічне планування, що відбиває висновки з цього аналізу, а також здійснення плану, який підтримується безперервним М і О по поставлених цілях (Глобальний альянс з трудових ресурсів охорони здоров'я, 2011).

Цей розділ починається з огляду наявності, тенденцій та розподілу медичних працівників в Україні, після чого йдуть розділи, які описують кожний з компонентів системи людських ресурсів в охороні здоров'я.

#### 3.4.1 НАЯВНІСТЬ І РОЗПОДІЛ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ

Україна має достатню загальну кількість працівників охорони здоров'я. Число лікарів і медсестер у співвідношенні до населення в Україні близьке до середнього по ЄС, у той час як число акушерок істотно вище; число стоматологів нижче, ніж у середньому по ЄС, але відповідає показникам по Польщі та Молдові (Зображення 3.4.1.). Число терапевтів на 100 тис. населення в Україні збільшилося з 319 до 327 в період між 2005 і 2010 роками (за даними МОЗ), що відповідає середньому числу (310) країн для Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) у 2007 році (ОЕСР, 2009).

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.4.1. КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРІВ, МЕДСЕСТЕР, АКУШЕРОК, СТОМАТОЛОГІВ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ І В ОКРЕМИХ ІНШИХ КРАЇНАХ, 2008–2009\***



Джерело: ВООЗ/Європа, *European HFA-DB*, січень 2011.

\* Дані по Молдові та Україні взяті з 2009 року, дані по всіх інших країнах – з 2008 року. Дані по Молдові та Україні протягом 2007 та 2008 років не були знайдені.

Таблиця 3.4.1 показує останні тенденції в секторі медичного персоналу за кількома ключовими категоріями. У 2005-2010 роках кількість практикуючих лікарів і фахівців лабораторій залишалася стабільною, у той час як число медичних сестер, акушерок і фельдшерів повільно знижувалося (менше ніж на 1 відсоток в рік). Було невелике зростання числа керівного складу, а також 3,5-відсоткове збільшення числа стоматологів. Враховуючи скорочення чисельності населення в 2005-2010 роках, число медичних працівників на душу населення у кожній з цих категорій залишається незмінним або незначно збільшується.

У 2000 році Україна запровадила нову модель ПМСД, засновану на принципах сімейної медицини. Ця модель ґрунтується на сімейних лікарях (лікарях загальної практики), які працюють в поліклініках і служать точками направлення до фахівців вторинного рівня допомоги (див. Надання послуг, розділ 3.3). Однак, станом на 2010 рік, в Україні все ще було лише 8140 сімейних лікарів на 100 тис. населення, що далеко від планових 22000. Хоча кількість сімейних лікарів збільшилася на 64 відсотків з 2005 по 2010 рік, темпи зростання сповільнилися з плином часу, досягнувши майже нуля в 2010 році (Таблиця 3.4.1).



**ТАБЛИЦЯ 3.4.1. КІЛЬКІСТЬ МЕДПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ (ОКРЕМІ КАДРИ), 2005–2010**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	% зміни 2005–2010
Лікарі (всі типи, за винятком стоматологів)	174143	175417	175046	175616	176754	175752	0,9%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		0,7%	-0,2%	0,3%	0,6%	-0,6%	
Практикуючі лікарі, клінічна медицина	150185	149990	149053	149020	149392	149618	-0,4%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		-0,1%	-0,6%	0,0%	0,2%	0,2%	
Сімейні лікарі	4975	5825	6815	7772	8112	8140	63,6%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		17,1%	17,0%	14,0%	4,4%	0,3%	
Медсестри, акушерки, фельдшери	367163	365138	362389	360119	360414	358492	-2,4%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		-0,6%	-0,8%	-0,6%	0,1%	-0,5%	
Стоматологи	20588	20539	20509	20582	20894	21313	3,5%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		-0,2%	-0,1%	0,4%	1,5%	2,0%	
Фахівці лабораторій	35091	35258	35417	35238	35672	35389	0,8%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		0,5%	0,5%	-0,5%	1,2%	-0,8%	
Керівники	12357	12511	12612	12297	12412	12532	1,4%
<i>% зміна порівняно з попереднім роком</i>		1,2%	0,8%	-2,5%	0,9%	1,0%	
<i>Джерело: МОЗ.</i>							

За даними Фармацевтичної Асоціації від 2010 року, в Україні є близько 140 тисяч зайнятих фармацевтів, з яких близько 44 тисяч мають вищу освіту, а решта – працівники середньої ланки. Використовуючи ці оцінки, можна визначити, що в Україні на 100 тис. населення припадає близько 96 фармацевтів з вищою освітою; це можна порівняти з 74 у ЄС, 62 у Польщі і 80 в Молдові (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (а), 2011). В МОЗ даних про фармацевтів немає.

Більшість фахівців з фармацевтики працюють в аптеках (83 відсотки), у той час як 8 відсотків працюють в лікарнях і 9 відсотків працюють в фармацевтичних підприємствах і в дистриб'юторів, про що свідчать дані Асоціації фармацевтів. Оскільки більшість аптек (85 відсотків) є приватними, з цього випливає, що відсоток фармацевтів, що працюють у державному секторі, відносно невеликий.

Міністерство охорони здоров'я приступило до збору даних з приватних медичних установ у 2008 році. У 2008/09 фінансовому році близько 30 відсотків стоматологів мали приватну практику, і лише 3 відсотки лікарів, 2 відсотки медсестер і 1 відсоток фахівців лабораторій працювали в приватних медичних установах (за даними МОЗ).<sup>7</sup> Як правило, менше половини персоналу в приватних медичних установах працюють повний робочий день, за винятком стоматологічної практики, де працівники в основному працюють повний робочий день. Ті, хто працює неповний робочий день в приватних установах, основне місце роботи мають у державному секторі. Менше 1 відсотка лікарів загальної практики / сімейних лікарів мають приватну практику (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010).

Хоча загальна кількість медичних кадрів є адекватною, їх географічний розподіл нерівномірний. За даними МОЗ, в містах на 100 тис. населення приходить 530 лікарів, а в сільській місцевості – 69.

<sup>7</sup> Дані про приватних постачальників медичних послуг на 2010 рік на момент завершення складання цього звіту були не доступні.

Число лікарів на 100 тис. населення коливається в широких межах по регіонах: з більш ніж 550 в м. Києві і у Чернівецькій області до менш ніж 320 в Херсонській і Миколаївській областях. Число стоматологів на душу населення в Херсонській, Миколаївській і Запорізькій областях становить менше третини числа в м. Києві та Львівській області. Різниця менш виражена серед медсестер і співробітників середньої та нижчої ланки, хоча й залишаються помітні регіональні відмінності.

### **Вакансії та брак фахівців**

У 2009 році 20 відсотків лікарських посад та 5 відсотків посад середньої ланки медичного персоналу в державних медичних установах були вакантними; ці цифри практично не змінювалися з 2005 року (Український інститут стратегічних досліджень, 2010). Загалом, у сільській місцевості число вакантних посад медперсоналу було вищим, ніж у міських районах – відповідно 22 відсотки і 16 відсотків.

У той же час, працівники охорони здоров'я старіють, оскільки нові випускники обирають роботу поза державною системою охорони здоров'я або шукають можливості за кордоном. Ця проблема особливо серйозно стоїть для персоналу ПМСД: у той час як 15 відсотків медпрацівників середньої ланки і 23 відсотків усіх лікарів були, станом на 2009 рік, у пенсійному віці, цей показник становив 38 відсотків серед лікарів ПМСД і сімейних лікарів (Український інститут стратегічних досліджень, 2010). У результаті нестачі персоналу, 24 відсотки лікарів ПМСД та сімейних лікарів у містах та 32 відсотки у сільській місцевості перевантажені (обслуговуючи більш ніж 2000 населення на одного лікаря) (Slabkiy, 2011). Сектор з особливо високим процентом вакансій – діагностика і лікування ТБ: у 2009 році 30 відсотків вакансій фтизіатрів були вільними (Український центр по боротьбі з туберкульозом, 2010). У той час як висока частка фтизіатрів (більше половини в деяких регіонах) близькі до пенсійного віку або вже досягли його, ця спеціальність не популярна серед нових випускників, оскільки вона передбачає високий професійний ризик та роботу з соціально важкими пацієнтами (ВООЗ, Європейське регіональне бюро (b), 2011).

Низька заробітна плата, низький статус медичної професії і погані умови праці в медичних установах постійно наводяться в якості основних чинників, які перешкоджають медичним працівникам починати працювати або залишатися в державному секторі охорони здоров'я. Погані соціальні умови та інфраструктура в сільській місцевості призводять до того, що посади в сільській місцевості важко заповнити. Нові випускники, яких відправляють у сільські або віддалені райони, внаслідок вимоги обов'язкової дворічної роботи (лише студенти, що мали державне фінансування за навчання) зазвичай залишають свої пости, як тільки виконають вимогу. Вважається, що наявність у Києві та інших великих містах альтернативних краще оплачуваних професій відхиляє медичних працівників від системи охорони здоров'я.

Дефіцит і географічно нерівномірний розподіл сімейних лікарів викликає особливу стурбованість, і швидке старіння штату сімейних лікарів є критичним. У 2010 році сімейні лікарі охоплювали 41 відсоток населення, в діапазоні від менш ніж 10 відсотків у Києві до 84 відсотків у Закарпатській області (Slabkiy, 2011). Додатковою проблемою є висока плінність кадрів на посади сімейного лікаря: 22 відсотки посад були вакантними, починаючи з 5 відсотків у Львівській області до 34 відсотків у Кіровоградській області (Slabkiy, 2011). Регіональні відмінності пояснюються цілим рядом факторів, у тому числі зобов'язання з боку місцевої влади до впровадження моделі сімейного лікаря та економічного контексту в певному місці. Наприклад, Львівська область вперше ввела модель сімейних лікарів у середині 1990-х і мала спадкоємність керівництва на місцях, яке визнавало цінність моделі для надання медичної допомоги, незважаючи на початкові труднощі у перепідготовці лікарів ПМСД як сімейних лікарів.

В цілому, поточні тенденції на ринку праці сімейного лікаря не відображають національний пріоритет з розширення сімейної медицини: в 2010 році кількість перепідготовлених сімейних лікарів складала лише 626, у тому числі нових випускників та фахівців, що пройшли перепідготовку (Slabkiy, 2011); це еквівалентно 7 відсоткам від кількості сімейних лікарів у 2009 році, і ледь покриває число тих, хто покинув свою посаду в цьому році.

Поряд з оцінкою числа сімейних лікарів, необхідного для країни, оцінки вакансій і браку медичного персоналу можуть, до певної міри, вводити в оману, оскільки вони, як правило, розраховуються по національних нормах, а не по потребах.

### 3.4.2 ПЛАНУВАННЯ ТА РОЗПОДІЛ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ

Серед ключових стратегічних завдань розвитку людських ресурсів в секторі охорони здоров'я, перелічених у спільній доповіді МОЗ, Міністерства економіки і партнерів з розвитку 2007 року (Lekhan і Rudiу, 2007), «створення системи планування людських ресурсів для задоволення потреб галузі» і «прискорення підготовки тих фахівців, які користуються великим попитом в системі медичної допомоги (лікарі загальної практики / сімейні лікарі, керівники галузі охорони здоров'я та економісти)».

На високих щаблях державного управління існує увага до проблем з людськими ресурсами в секторі охорони здоров'я і визнання того, що ці проблеми є перешкодою на шляху виконання планів реформи охорони здоров'я. Проте, не існує стратегічного національного плану з розвитку людських ресурсів в секторі охорони здоров'я для вирішення цих проблем. Відсутність такого плану на національному рівні є однією з критичних прогалин у сфері всеосяжного і ефективного планування, розподілу та розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Неясно, які є основні причини відсутності національного стратегічного плану по людських ресурсах. Одним з обмежень може бути недостатній потенціал для науково обґрунтованого стратегічного планування в системі МОЗ та керівних структурах. Здатність отримання доказів на підтримку процесу, здається, не є обмеженням: Україна має достатньо даних про людські ресурси, що знаходяться через ІСОЗ від закладів до центрального рівня МОЗ, а також потужний аналітичний та науково-дослідний потенціал на центральному рівні, здатний підтримати планування людських ресурсів на основі фактичних даних (незважаючи на обмежені матеріальні ресурси для підтримки статистичних та науково-дослідних установ). Український інститут стратегічних досліджень при МОЗ створює аналітичні звіти про людські ресурси та інші аспекти системи охорони здоров'я для інформування відділів планування і стратегії МОЗ. Ці ресурси можуть підтримувати розробку національного стратегічного плану розвитку людських ресурсів в секторі охорони здоров'я. Таким чином, зміцнення потенціалу для використання стратегічного планування, заснованого на фактичних даних, буде мати важливе значення для просування цього процесу. Деяка технічна допомога вже надається в цій галузі - наприклад, ВООЗ нещодавно надала підтримку в проведенні семінару щодо принципів стратегічного планування.

Механізми планування людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, існуючі на національному, регіональному, районному рівнях та в окремих закладах, не відображають медико-санітарних потреб населення. Планування також не враховує регіональні відмінності в демографії населення і в його стані здоров'я. Таким чином, незрозуміло, якою мірою високий рівень незайнятих вакансій медичних кадрів являє загрозу для ефективного надання послуг, і як варіюється по закладах.

У закладах планування потенціалу людських ресурсів відбувається за жорсткими нормативними стандартами, які не сприяють ефективному управлінню людськими ресурсами.<sup>8</sup> У лікарнях визначені норми по лікарняних ліжках безпосередньо визначають штатний розклад, який встановлюється відповідно до числа лікарняних ліжок. Штатний розклад поліклінік і амбулаторій визначається нормами МОЗ, які визначаються чисельністю населення в зоні охоплення закладу та адміністративним рівнем закладу (село, район, місто, область). Число медичних сестер в амбулаторіях визначається відповідно до норм, пов'язаних з числом лікарів. Норматив визначає певну кількість ліжок на одного лікаря тієї чи іншої спеціалізації і не розрізняє заклади нижчого рівня, де лікуються менш складні випадки, і лікарні третинного рівня, де лікарі мають проводити більше часу з кожним пацієнтом. В результаті цього процесу розподілу співробітників, в багатьох закладах або палатах стаціонарів є незайняті працівники, а працівники інших закладів перевантажені кількістю пацієнтів.

Поточні дискусії щодо варіантів реформи охорони здоров'я зосереджені на оптимізації мережі медичних установ. Така оптимізація буде виявляти деякі з корінних причин існуючого нераціонального розподілу кадрів в охороні здоров'я. Українському інституту стратегічних досліджень при МОЗ було доручено визначити шляхи оптимізації організації та масштабів вторинної та третинної допомоги, і спрогнозувати попит на людські ресурси в системі охорони здоров'я.

Основною перешкодою для ефективного управління в секторі охорони здоров'я є нестача відповідних навичок управління та підготовки серед менеджерів на всіх рівнях. При нинішній системі, керівники високого рівня в охороні здоров'я – це, як правило, лікарі з великим досвідом роботи в медицині, але з недостатньою управлінською підготовкою чи досвідом керівництва (це відбивається, наприклад, у назві посади керівництва лікарень – «головний лікар»). Останні кроки з вирішення цього питання більш докладно розглядаються в розділі про освіту, що наводиться нижче.

### **3.4.3 ФІНАНСУВАННЯ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ**

#### **3.4.3.1 ЗАРОБІТНА ПЛАТА**

Заробітна плата у державному секторі охорони здоров'я є дуже низькою, як у номінальному вираженні, так і в порівнянні з зарплатою в інших секторах економіки. У 2009 році середньомісячна заробітна плата в сфері охорони здоров'я та соціальних послуг становила 1555 гривень (196 дол. США), в порівнянні з 1096 дол. США в Польщі (Український інститут стратегічних досліджень, 2010). Лікар вищої кваліфікації, що має одну з найбільш високооплачуваних спеціальностей, зазвичай заробляє не більше 300 доларів США в місяць, з урахуванням надбавок і доплат. Сімейні лікарі в середньому заробляють 200 доларів США в місяць. Заробітна плата у сфері освіти в Україні, в середньому, на 20 відсотків вище, а заробітна плата в промисловості приблизно на 60 відсотків вища, ніж у сфері охорони здоров'я і соціального обслуговування (Український інститут стратегічних досліджень, 2010).

Через низьку заробітну плату працівника охорони здоров'я розвинулася традиція неофіційних платежів пацієнтів до медичного персоналу, а низький престиж і низька привабливість медичної професії відлякує тих, хто хоче приєднатися до штату медпрацівників. Більш структурована

---

<sup>8</sup> Наказ МОЗ №33 «Щодо штатних нормативів та моделі персоналу в закладах охорони здоров'я»

система неофіційних платежів з'явилася в деяких державних установах, де медичні працівники повинні зібрати з пацієнтів достатні гроші, щоб сплатити певну місячну суму начальнику відділу, який, у свою чергу, платить зазначену суму директорові лікарні. Враховуючи низьку заробітну плату медичних працівників, така система дозволяє керівникам охорони здоров'я заробляти прожитковий мінімум, незважаючи на менший контакт з пацієнтами. Проте вона спотворює стимули і створює бар'єри для доступу і надоліки у наданні послуг. Дивіться розділ 3.2 Фінансування охорони здоров'я щодо дискусій з приводу впливу неофіційних платежів.

Заробітна плата медичних працівників у приватному секторі істотно вища, ніж у державному секторі. Заробітна плата в приватних клініках складає близько 700 доларів США у терапевтів, 1300 доларів США у лікарів, що займаються акушерством / гінекологією, і може сягати більше 3000 доларів США у фахівців-хірургів. Стартова зарплата в медсестер в приватних клініках (близько 250 доларів США) вдвічі перевищує зарплату медсестер у державних установах, а в медсестер вищої кваліфікації та з достатнім досвідом вона може бути і в чотири рази вища. Медпрацівники в деяких приватних клініках також отримують премії, які, як правило, складають від 10 до 20 відсотків від заробітної плати.

### 3.4.3.2 СТИМУЛИ ПРОДУКТИВНОСТІ

Державна система охорони здоров'я переважно й надалі покладається на радянську практику винагороди медичних працівників з використанням фіксованої шкали окладів, яка в основному базується на стажі. Зарплати не відображають навантаження з боку пацієнтів або будь-які показники якості послуг, пов'язані з ефективністю окремих постачальників послуг або установ. В результаті, нинішня система не передбачає грошових стимулів для медичних працівників з тим, щоб вони підвищували якість, ефективність або кількість роботи.

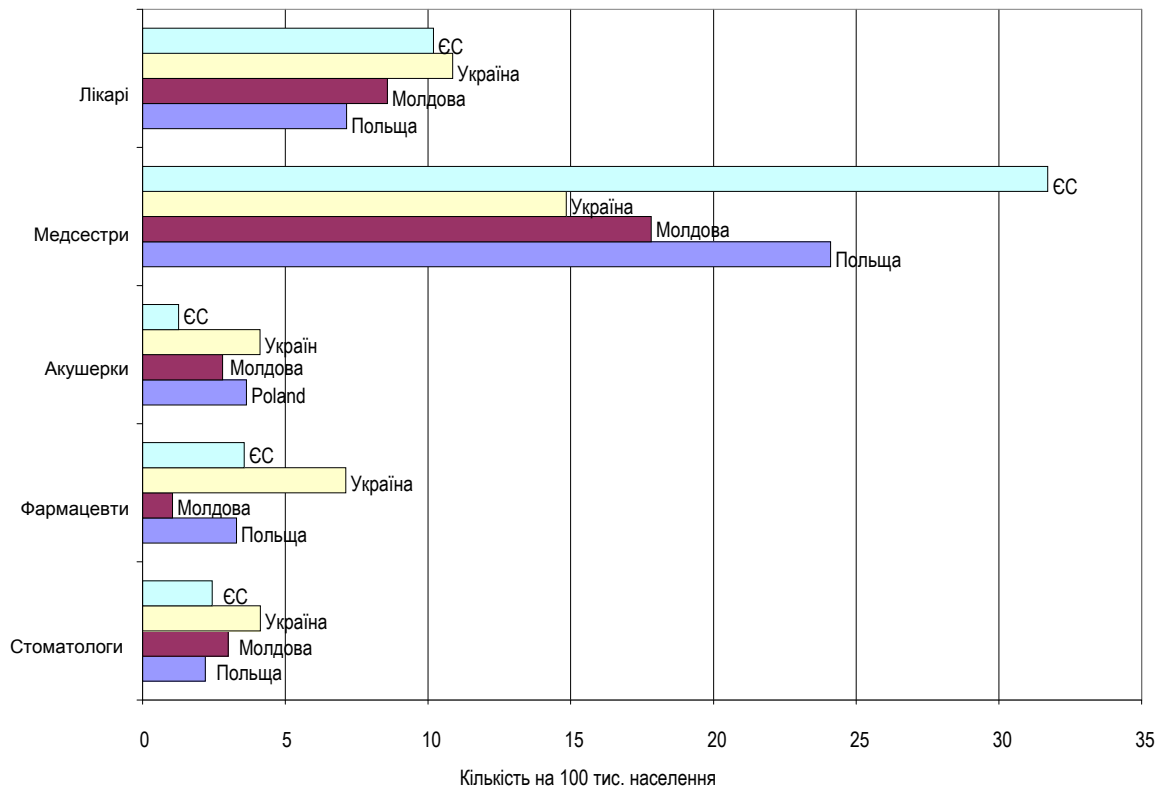
Бюджети окремих медичних установ мають статті зарплати, і менеджери не мають гнучкості для перерозподілу заощаджень з інших бюджетних сфер (наприклад, обслуговування закладу) на винагороди співробітникам. Існують деякі винятки: керівників закладів можуть підняти зарплати працівникам зі шкідливими умовами роботи або з великих обсягами роботи, або хірургам – в залежності від кількості та складності їхньої роботи. Такі підвищення повинні вписуватися в фонд оплати праці з урахуванням постатейного бюджету та обмежені певним відсотком базового окладу. Додаткова винагорода, яка може сягати 50 відсотків базового окладу, надається за збільшення обсягу роботи при заміні відсутнього працівника (це важливо в недоукомплектованих закладах) або при збільшенні охоплення населення, яке обслуговується. Деякі кадри можуть отримувати премії за роботу в довгі робочі зміни, за виконання складних обов'язків, за відмінні досягнення або за роботу з викликом додому. Ті, хто працює у СНІД-центрах і в туберкульозних диспансерах, отримують підвищені премії за потенційно небезпечну роботу з інфекційним захворюванням. Бонуси за досягнення, пов'язані з ефективністю виконання або з якістю виконання, трапляються «вкрай рідко» через хронічний брак фінансування і, як правило, розподіляються в непрозорий спосіб (Lekhan, Rudiy і Richardson, 2010).

Лікарі в сільських районах і лікарі ПМСД отримують заробітну плату, яка є однією категорією вища, ніж в інших лікарів. Працівники охорони здоров'я, що працюють в швидкій медичній допомозі і в амбулаторіях, отримують премії за безперервність служби – стратегія скорочення плинності кадрів в цих галузях. Ці премії можуть бути значними: до 60 відсотків базового окладу для лікарів швидкої допомоги, до 40 відсотків для лікарів у сільській місцевості і до 30 відсотків для лікарів ПМСД у містах (Lekhan, Rudiy і Richardson, 2010). Співробітники клінік інфекційних захворювань отримують до 15 відсотків більше, а лікарі в галузі ВІЛ / СНІД та ТБ отримують до 60 відсотків надбавки до зарплати.

### 3.4.4 ОСВІТА

Україна готує більше лікарів, акушерок, зубних лікарів і фармацевтів по відношенню до кількості населення, ніж ЄС, Польща або Молдова (Зобр. 3.4.2). Тим не менше, число випускників - медсестер на 100 тис. населення в Україні є близьким до половини кількості в ЄС, і суттєво меншим, ніж у Польщі чи Молдові.

**ЗОБРАЖЕННЯ 3.4.2. КІЛЬКІСТЬ ВИПУСКНИКІВ МЕДИКІВ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ТА В ДЕЯКИХ ІНШИХ КРАЇНАХ, 2008–2009\***



Джерело: ВООЗ/Європа, European HFA-DB, січень 2011.

\* Дані по Україні і Молдові станом на 2009 рік. Всі інші дані станом на 2008 рік.

Число випускників - лікарів в 2005 -2010 роках залишалося на колишньому рівні. У той же час, кількість випускників - фармацевтів зростає більш ніж удвічі, і збільшилася на 20 відсотків у випускників - стоматологів. Кількість випускників по програмах підготовки медсестер, акушерок та фельдшерів коливається, але збільшилася більш ніж на 20 відсотків у кожному з останніх двох років. Число випускників - фахівців лабораторій знижується: у 2010 році таких випускників було на 30 відсотків менше, ніж у 2005 році.

За даними МОЗ, прийом до медичних навчальних закладів збільшився в 2005-2010 роках, зокрема, по програмах підготовки лікарів (32 відсотки), фармацевтів (24 відсотки), фахівців в галузі охорони громадського здоров'я (20 відсотків) і стоматологів (14 відсотків). Прийом по підготовці фахівців лабораторій збільшився лише на 6 відсотків. Число студентів, прийнятих на програми підготовки медсестер, акушерок і фельдшерів, збільшилося в цей період часу лише на 2 відсотки, хоча тенденція зменшення прийому на ці програми в минулому році була припинена.

Число студентів, прийнятих на програми медичної освіти «ґрунтується на оцінках потреб населення в різних медичних спеціалістах та на економічному потенціалі держави» і контролюється Міністерством охорони здоров'я (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). Неясно, якою мірою цей процес включає в себе стратегічний огляд потреб населення в охороні здоров'я (у тому числі й аналізи регіонального рівня) при визначенні пріоритетних спеціальностей для попередньої підготовки і надання додаткових стимулів студентам, щоб вони обирали ці галузі для своєї спеціалізації.

Близько 40 відсотків студентів на медичних програмах сплачували за навчання, а решта фінансувалися державою. Частка платних студентів була майже однаковою серед медсестер, акушерок і фельдшерів, але значно вищою серед студентів у стоматології (76 відсотків) і фармацевтиці (90 відсотків). Тільки 14 відсотків студентів на програмах фахівців лабораторій і 9 відсотків студентів на програмах громадського здоров'я платили за свою освіту (дані МОЗ). Сплата за навчання забезпечує необхідну підтримку бюджету навчальних закладів, що дозволяє їм утримувати співробітників і модернізувати інфраструктуру та обладнання. Однак, студенти, що сплачують за навчання, мають право вибирати свою спеціальність, і вони, як правило, вибирають найбільш популярні спеціальності (наприклад, акушерство / гінекологія), що може відхилити випускників від спеціальностей, які є пріоритетними для сектора охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога (загальна практика) та сімейна медицина обираються небагатьма студентами. Ці галузі вважаються менш престижними і менш прибутковим, ніж вузькі спеціальності. У 2010 році лише 152 випускники стали сімейними лікарями (Slabkiу, 2011).

МОЗ розробило нову систему медичної освіти, щоб привести медичну освіту в Україні у відповідність до стандартів ЄС, викладених в Болонській декларації<sup>9</sup>, яку Україна підписала в 2005 році. Заходи щодо вдосконалення системи освіти включають в себе:

- Розробка нових навчальних програм, які краще орієнтовані на навчання на основі фактичних даних,
- Впровадження кредитно-модульної системи,
- Модернізація інфраструктури освітніх установ,
- Впровадження нових освітніх технологій (у тому числі дистанційного навчання).

Незважаючи на певний прогрес у кожній з цих областей, необхідність поліпшення залишається в декількох важливих галузях, таких як зміцнення процесу перегляду навчальних програм на основі фактичних даних.

#### **3.4.4.1 ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА**

Вища медична освіта (підготовка лікарів) забезпечується 18 державними медичними вузами та факультетами, які рівномірно розподілені по всій країні в 16 обласних центрах і в столиці Автономної Республіки Крим. Всі вони мають факультет або інститут сімейної медицини. Крім того, існує чотири приватних установи, що забезпечують отримання вищої медичної освіти, всі вони є ліцензовані та акредитовані.

---

<sup>9</sup> Болонська декларація – це зобов'язання 29 європейських країн по реформуванню системи вищої освіти в єдиний спосіб (<http://ec.europa.eu/education/policies/educ/bologna/bologna.pdf>).

Державні установи фінансуються і контролюються Міністерством охорони здоров'я та Міністерством освіти; вони підтримують свою акредитацію і ліцензії на освіту. МОЗ і Міносвіти розробляють та затверджують навчальні плани та типові навчальні програми з медичної освіти, які можуть певною мірою модифікуватися окремими закладами (не більше 15 відсотків від загальної кількості годин). Перегляд навчальних програм проводять кожні п'ять років робочі групи експертів, і потім програми затверджуються Міністерством охорони здоров'я. Як правило, близько 30 відсотків змісту програм поповнюється новими матеріалами. Однак доказова медицина поки що не вкоренилася у вузівських навчальних планах з медичної освіти. Однією з причин є те, що не існує механізму своєчасної зміни учбових планів у відповідь на поновлення національних клінічних рекомендацій, що часто призводить до невідповідності між нормами і тим, чого навчають студентів.

Незалежний підрозділ при МОЗ, Центр тестування кваліфікації працівників охорони здоров'я, проводить стандартні інтегровані іспити для ліцензування, за рахунок письмового (комп'ютерного) тесту та практичного іспиту. Адміністратори медичних установ та установи, що відповідають за ліцензування медичних закладів, несуть відповідальність за забезпечення дотримання освітніх та кваліфікаційних вимог при видачі дипломів і ліцензій медичним працівникам. Нещодавно створений єдиний державний реєстр лікарів ведеться Центром медичної статистики МОЗ.

Підготовка лікарів у медичних навчальних закладах відбувається протягом шести років, а потім вони спеціалізуються в певній галузі через стажування, яке триває, зазвичай, близько 18 місяців. Число місць стажування по кожній спеціальності визначається кількістю необхідних спеціалістів, встановленою регіональними органами охорони здоров'я відповідно до наявного потенціалу в медичних установах / спеціалізованих відділеннях. Підготовка персоналу середньої ланки (медсестер, акушерок, фельдшерів та техніків) здійснюється в 244 училищах, які рівномірно розташовані по всіх регіонах; 10 з них є приватні (Український інститут стратегічних досліджень, 2010). Після базової підготовки персонал середньої ланки розвиває свої навички на місці роботи.

Навчання медичних кадрів складається, здебільшого, з викладання клінічної практики, хоча зазвичай у надмірно теоретичний та дидактичний спосіб, з дуже невеликим ознайомленням студентів з методами охорони громадського здоров'я. Більшість медичних навчальних закладів для працівників охорони здоров'я в Україні не мають власних клінічних центрів і відправляють студентів на практику в медичні заклади свого регіону.

Медсестри, які отримують додаткове двохрічне навчання, щоб отримати кваліфікаційну категорію, часто працюють на посадах, подібних до молодших медичних сестер, і отже, їхня категорія не впливає на заробітну плату. Недавно введені норми закріплюють посади старшого керівницького складу лікарень за медсестрами, що мають категорію (заступник головного лікаря з середнього медичного персоналу), що є важливою зміною для підвищення статусу медсестер.

Міністерство охорони здоров'я планує перебудувати систему підготовки медсестер, виділивши медсестринську справу як окрему професію, і допустити медсестер до проведення кампаній зі зміцнення здоров'я, до профілактики захворювань, догляду за хворими та до інших завдань, що, як правило, виконуються лікарями (Lekhan, Rudyi і Richardson, 2010). Хоча це, безумовно, є кроком у правильному напрямку до перегрупування завдань у відповідності до економічної моделі надання послуг, втіленої в інших країнах, поки неясно, якою мірою було досягнуто прогресу у здійсненні цих планів на даному етапі.

Керівники охорони здоров'я повинні мати диплом в області медицини і двомісячну спеціалізацію в організації охорони здоров'я та управління, яка забезпечується аспірантурою медичних навчальних закладів. Керівники приватних медичних установ (у тому числі стоматологи, що



відкривають власну практику) зобов'язані мати цю спеціалізацію з управління, як один з критеріїв ліцензування. Хоча ця спеціалізація містить ключові теми в галузі управління в охороні здоров'я, її коротка тривалість не забезпечує належного рівня підготовки управлінських кадрів. Тому деякі студенти-медики та керівники у сфері охорони здоров'я отримують другу вищу освіту у сфері управління бізнесом, юриспруденції або економіці.

Брак належним чином підготовлених керівників визнається в МОЗ і в Уряді як одна з головних перешкод на шляху здійснення реформи в галузі охорони здоров'я; подолання цієї нестачі чітко зазначається серед основних стратегій розвитку сектора охорони здоров'я (Lekhan і Rudiy, 2007). У відповідь на це, в усіх трьох медичних освітніх закладах, що мають аспірантуру, нещодавно була введена 18-місячна навчальна програма з управління охороною здоров'я, розроблена за технічної допомоги ЄС. Тим не менш, сумарна пропускна здатність установ, що пропонують цю програму, як і раніше, є недостатньою для задоволення потреб: наприклад, на програму Національної медичної академії післядипломної освіти в Києві цієї осені записалася перша група з 15 студентів. Плани по введенню цієї нової кваліфікації у вимоги для певних керівницьких посад у галузі охорони здоров'я (наприклад, у лікарнях, обласних та районних адміністраціях з охорони здоров'я, тощо) повинні враховувати значне обмеження в навчальному потенціалі. Потенційні короткострокові рішення можуть включати в себе: визначення стратегічних пріоритетів по винятках у вимогах по такій кваліфікації<sup>10</sup> для тих, хто вже має кваліфікацію в області менеджменту, а також пропонування більшої частини навчання в якості дистанційної освіти.

#### **3.4.4.2 БЕЗПЕРЕРВНА ОСВІТА І ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ**

У рамках безперервної медичної освіти лікарі повинні відвідувати курси післядипломної підготовки кожні п'ять років. Курси підвищення кваліфікації для лікарів забезпечуються трьома вищими навчальними закладами, що займаються, в першу чергу, цим видом навчання і повністю фінансуються за рахунок державного бюджету. За них сплачують лише слухачі з установ, які не підпорядковуються МОЗ.

Підвищення кваліфікації сімейних лікарів (тобто, навчання лікарів-фахівців у сфері сімейної медицини) триває шість місяців. Деякі аспекти навчання вважаються недостатніми для запланованих функцій сімейних лікарів, зокрема, відсутність орієнтованості на консультаційні навички, які необхідні для їхніх функцій в наданні послуг з контролю народжуваності, а також гарантування того, щоб пацієнти (які звикли до самонаправлень до вторинної або третинної допомоги) мали більш високу впевненість, що їх лікування на первинному рівні є адекватним. Сімейні лікарі загалом працюють як адміністратори з направлень - за словами одного з респондентів, "це не є справжня сімейна медицина".

Практикуючі лікарі та медичні працівники середньої ланки підлягають регулярній атестації (принаймні раз на п'ять років), яка спрямована в першу чергу на підвищення їхньої заробітної плати. Основним критерієм для оцінки вважаються тривалість стажу, і не існує чітких критеріїв оцінки ефективності роботи (Lekhan, Rudiy і Richardson, 2010). Таким чином, нинішня система

---

<sup>11</sup> Київська медична академія, наприклад, приділяє пріоритетну увагу керівникам з трьох областей, де Уряд планує впровадити пілотний проект з реформи охорони здоров'я, який значною мірою покладається на успіх за рахунок сильних навичок управління на обласному, районному рівнях та на рівні установ.

атестації не слугує ні механізмом забезпечення якості, ані механізмом заохочення підвищення продуктивності праці серед медичних працівників.

МОЗ недавно представило балову систему оцінки для безперервної професійної медичної освіти лікарів, яка має підвищувати рівень кваліфікації.<sup>11</sup> Поки що ця система ще не була поширена на інші кадри.

### 3.4.5 ПАРТНЕРСТВО У РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ

Об'єднання медсестер і інших медичних працівників організують семінари за темами, що становлять інтерес для їхніх членів; їхня співпраця з Міністерством охорони здоров'я полягає в наданні внеску у перегляд навчальних програм, інформаційних програмах та у співпраці з МОЗ з ініціатив, спрямованих на підвищення морального стану серед медсестер і підняття престижу сестринської професії; сюди ж долучається їхня участь в обговореннях реформи охорони здоров'я.

Навчання працівників і керівників проводиться кількома донорськими організаціями. ВООЗ підтримує створення потенціалу для стратегічного планування. Проекти USAID зараз забезпечують курси з підвищення кваліфікації по ТБ для лікарів у районах з високою поширеністю ТБ, а також підготовку сімейних лікарів з питань контролю народжуваності. Крім того, ці проекти дозволили підтримувати розробку навчальної програми з контролю народжуваності для сімейних лікарів (нещодавно затвердженої МОЗ) і переглянути навчальні програми з ТБ для лікарів ПМСД в Київському медичному університеті.

Центри боротьби з захворюваннями надають підтримку національним лабораторіям ВІЛ та базовій мережі. Центри боротьби з захворюваннями будуть працювати над поліпшенням технічних знань і управлінського потенціалу та співпрацювати з Національною медичною академією післядипломної освіти в Києві над вдосконаленням підготовки працівників лабораторій. Фонд розвитку України - одержувач нещодавно затвердженого гранту Глобального фонду по туберкульозу - підтримує створення потенціалу Національного центру ТБ. Фонд також надає підтримку у підготовці та навчанні регіональних керівників охорони здоров'я та співробітників туберкульозних центрів на регіональному рівні і нижче, щоб покращити виявлення випадків туберкульозу і роботу з ними.

### 3.4.6 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: ВІЛ/СНІД

Відсутність процесу стратегічного планування розподілу людських ресурсів на центральному рівні Міністерства охорони здоров'я України, а також нормативний розподіл людських ресурсів, впливають на ефективність надання послуг з контролю народжуваності, туберкульозу та ВІЛ/СНІД, надання послуг та на відповідний розподіл медичних кадрів.

Відсутність національної моделі і стратегічного плану з надання послуг з ВІЛ/СНІД унеможливорює прогнозування потреб у людських ресурсах (Ело та ін., 2009). Хоча офіційні інструкції з планування людських ресурсів для лікування ВІЛ/СНІД передбачають, що планування повинно бути засноване на реальних потребах, які визначаються епідеміологічною ситуацією, а не лише чисельністю

---

<sup>12</sup> Згідно цій системі, лікарі набирають кваліфікаційні бали по різних видах підвищення кваліфікації (участь у кваліфікаційних семінарах і конференціях, публікації в медичних журналах, і курси без відриву від роботи). Нараховані бали враховуються при відборі на повторну сертифікацію, що відбувається кожні п'ять років.

населення, такі інструкції не збігаються з нинішньою системою фінансування медичних закладів, в якій виділяється фіксований постатейний бюджет, що не дозволяє керівникам закладів гнучко розподіляти кадрові витрати (USAID (b), 2010).

Серед першочергових заходів у національному плані по боротьбі зі СНІД є підготовка фахівців з лікування, профілактики та соціальної підтримки для хворих на ВІЛ/СНІД та вразливих груп населення (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, 2010). Тим не менш, важливі критичні зауваження, висловлені у декількох аналітичних роботах полягають в тому, що план покладає відповідальність за більшість заходів на декілька сторін, і це означає, що неможливо визначити тих, хто несе відповідальність за реалізацію конкретних заходів (USAID (b), 2010).

Недоліки процесу розподілу людських ресурсів, описаного вище, впливають на завантаження пацієнтами закладів по боротьбі з туберкульозом і ВІЛ/СНІД. Існують значні відмінності між регіонами у завантаженості пацієнтами на одного працівника у послугах боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІД: в деяких районах лікарі з інфекційних хвороб перевантажені, в той час як медичні сестри, соціальні працівники та лікарі лабораторії не використовуються в повній мірі. Незаповнені вакансії фахівців з інфекційних захворювань (особливо ТБ) – це, як правило, перша проблема, яка привертає увагу в таких ситуаціях. Однак існують два однаково важливі питання, які треба розглянути. Одним з них є перегляд протоколів лікування та спостереження щодо їхньої відповідності до передової міжнародної практики (особливо у співвідношенні тривалості стаціонарного і амбулаторного лікування туберкульозу). Друге питання – це розподіл завдань деяких елементів догляду за пацієнтами - як по туберкульозу, так і по ВІЛ/СНІД - від лікарів-спеціалістів до нижчого рівня персоналу та ПМСД. Інтеграція послуг з туберкульозу і ВІЛ/СНІД у ПМСД, та переорієнтація надання таких послуг в амбулаторних умовах не тільки зменшить навантаження на фахівців з інфекційних захворювань; це також дозволить розширити доступу до послуг, підвищити економічну ефективність послуг з ТБ і ВІЛ/СНІД, а також дозволить перерозподілити ресурси на розвиток первинної медико-санітарної допомоги так, щоб не були поставлені під загрозу методи боротьби з туберкульозом і ВІЛ/СНІД.

ВІЛ/СНІД лише частково інституціалізований в системі підвищення кваліфікації медичних працівників. Таке навчання забезпечує лише Навчальний центр ВІЛ/СНІД, що дозволяє здійснювати національну сертифікацію та облік медперсоналу, який пройшов таке навчання, але потужність центру не є достатньою для задоволення потреб у послугах з ВІЛ, децентралізованих до місцевого рівня.

Медперсонал у центрах СНІД отримує, за великим рахунком, адекватне підвищення кваліфікації та навчання щодо надання послуг з ВІЛ. Однак, це не стосується сімейних лікарів та інших працівників ПМСД; на відміну від країн ЄС, профілактика, лікування СНІД та догляд і підтримка пацієнтів не враховуються в сімейній медицині України, а попередня підготовка в галузі ВІЛ/СНІД в значній мірі вважається недостатньою (USAID (b), 2010). Підготовка соціальних працівників у НУО та в СНІД-центрах здійснюється різними донорськими організаціями з використанням різних навчальних програм, що не дозволяє створити єдину сертифікацію тих, хто навчається; моніторинг результатів навчання обмежується окремими оцінками знань і навичок після проходження навчання (Ею та ін., 2009). Крім того, брак фахівців, що мають підготовку в галузі епідеміології, біостатистики і М і О був визначений у декількох оцінках як перешкода на шляху боротьби з ВІЛ/СНІД.

### 3.4.7 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: ТБ

Окрім проблем з наявністю кадрів у протитуберкульозних службах, описаних вище, існує ще кілька додаткових складних завдань, що стоять перед Національною програмою боротьби з туберкульозом.

Загальносистемна відсутність процесів стратегічного планування також впливає на програму боротьби з туберкульозом, що призводить до створення програмних планів з нереальними цілями, а також до здійснення заходів, які недостатньо узгоджені з цілями.

Навчальна програма попередньої підготовки по ТБ для студентів-медиків (до отримання спеціалізації) вважається застарілою, такою, що не має адекватного компоненту ведення хворих (як виявити, діагностувати, підтвердити, організувати і дотримуватися лікування) і такою, що не відповідає функціям лікарів ПМСД у виявленні та лікуванні туберкульозу. Перегляд цієї програми для вирішення цих проблем, зокрема, у модулі підготовки сімейних лікарів, має важливе значення для підтримки ефективної інтеграції протитуберкульозної служби в ПМСД. Включення навчання по короткому курсу лікування при прямому спостереженні і метод стратегії «Стоп ТБ» повинні бути пріоритетом при затвердженні переглядів загальнонаціональних навчальних програм. Міжнародні організації та НУО, що працюють в галузі туберкульозу, розробили та провели навчання в пілотних регіонах по запровадженню DOTS, і домоглися успіху у включенні його в навчальні програми окремих університетів, але не змогли включити DOTS в національні навчальні плани.

Нещодавно мали місце деякі позитивні події для вирішення питань людських ресурсів в протитуберкульозних службах. Визнаючи проблеми, з якими стикається Національна програма боротьби з туберкульозом в результаті браку фтизіатрів, у лютому 2010 року МОЗ організувало робочу групу по людських ресурсах, щоб вивчити проблеми людських ресурсів у протитуберкульозних службах.

### 3.4.8 ЛЮДСЬКІ РЕСУРСИ: КОНТРОЛЬ НАРОДЖУВАНОСТІ

Відсутність навичок консультування серед лікарів ПМСД, а також серед медсестер і медичних працівників нижчого рівня є однією з ключових перешкод на шляху охорони репродуктивного здоров'я. Навчальна програма по контролю народжуваності для сімейних лікарів була недавно переглянута з урахуванням науково обґрунтованих елементів. Перегляд був здійснений за підтримки USAID, і новий навчальний план був затверджений на загальнодержавному рівні. Проект USAID в Україні по репродуктивному здоров'ю («Разом до здоров'я») формалізував та підтримав навчання з контролю народжуваності для великої частки сімейних лікарів в областях, охоплених проектом. Одна з проблем розширення надання якісних послуг з контролю народжуваності в рамках первинної медико-санітарної допомоги в Україні – це повільний прогрес у збільшенні числа сімейних лікарів по всій країні.

Розділ по контролю народжуваності у Національній програмі репродуктивного здоров'я на 2007-2015 роки включає в себе оптимізацію навчальних планів і навчальних програм для післявузівської освіти з питань контролю народжуваності лікарів по акушерству / гінекології, сімейних лікарів, лікарів загальної практики і медичного персоналу середньої ланки. Проте, фінансування цих заходів з підготовки кадрів планується, перш за все, з місцевих бюджетів, а це означає, що вони можуть в кінцевому підсумку бути істотно недофінансованими і не досягнути визначених масштабів.

### 3.4.1 АНАЛІЗ SWOT

ТАБЛИЦЯ 3.4.2. АНАЛІЗ SWOT ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
Сильні сторони і можливості	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відповідна загальна кількість працівників охорони здоров'я серед керівних кадрів</li> <li>• Сформована система навчальних закладів у сфері охорони здоров'я з відповідним викладацьким потенціалом для підтримання сьогоднішньої кількості випускників</li> <li>• Триваючі реформи системи доклінічної освіти та освіти на робочому місці наближають Україну до європейських стандартів у підготовці кадрів для сектору охорони здоров'я</li> <li>• Політичні лідери усвідомлюють стримуючі фактори реформи охорони здоров'я, пов'язані з кадрами</li> <li>• Потенціал аналітичного та науково-дослідного забезпечення для прийняття рішень з питань репродуктивного здоров'я</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Працівники охорони здоров'я в центрах СНІД забезпечені належним навчанням на робочому місці та наставництвом при наданні лікування ВІЛ</li> <li>• Навчання спеціалістів є пріоритетом у Національному плані дій проти СНІДу</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Була створена Робоча група з кадрових питань для окремого вивчення проблем формування кадрів для лікування ТБ</li> <li>• Гранти Глобального фонду підтримують програми підвищення кваліфікації у Національному центрі боротьби з туберкульозом, а також навчання для тих, хто займається лікуванням ТБ, та регіональних керівників охорони здоров'я</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Було нещодавно переглянуто національний навчальний план з питань планування народжуваності для сімейних лікарів для включення доказових компонентів</li> <li>• У рамках проекту USAID Регіони пройшла підготовку з питань планування народжуваності велика частка сімейних лікарів (приблизно 25% від загальної кількості сімейних лікарів у країні)</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необхідний стратегічний національний план для формування кадрів</li> <li>• Планування та розподіл у системі охорони здоров'я не узгоджує розмір та навички персоналу з потребами населення в охороні здоров'я або ефективним використанням кадрів</li> <li>• Критична нестача сімейних лікарів та підготовлених менеджерів для системи охорони здоров'я</li> <li>• Низька заробітна плата працівників сфери охорони здоров'я призводить до широко розповсюдженої практики оплати пацієнтами «у конверті» та низького престижу професій сфери охорони здоров'я</li> <li>• Потреба у підсиленні процесу перегляду навчальних планів для забезпечення їх вчасного доповнення доказовим практичним досвідом</li> </ul>

### Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість

Слабкі сторони і загрози	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"><li>Відсутність національного стратегічного плану лікування ВІЛ/СНІД унеможлиблює планування точної потреби у кадрах</li><li>Розподілення відповідальності за організацію навчання, яка визначена Національним планом дій проти СНІДу, є нечіткою</li><li>Потенціал Українського національного навчального центру з питань ВІЛ/СНІД є недостатнім для забезпечення децентралізованого надання послуг на субрегіональних рівнях</li><li>Сімейні лікарі не мають відповідної підготовки у виявленні/лікуванні ВІЛ/СНІДу</li></ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"><li>Відсутність процесів стратегічного планування та невідповідні навички для доказового планування перетворюються у програмні плани з нереалістичними цілями та заходи, які не узгоджені з цілями</li><li>Високі показники вакансій для спеціалістів з ТБ</li><li>Навчальний план доклінічної підготовки з ТБ для студентів-медиків є застарілим (не має відповідного компоненту ведення пацієнтів та навчання з DOTS<sup>12</sup>)</li><li>Підготовка сімейних лікарів з питань виявлення та лікування ТБ є невідповідною</li></ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"><li>Серед терапевтів та медсестер ПМСД відсутні навички консультування</li><li>Розширення надання послуги з контролю народжуваності через ПМСД обмежено повільним поступом у збільшенні кількості сімейних лікарів</li><li>Фінансування навчання з контролю народжуваності у Національній програмі «Репродуктивне здоров'я 2007 – 2015» здійснюється головним чином з місцевих бюджетів, що може призвести до його недостатнього фінансування та невиконання поставлених обсягів</li><li>Доклінічне та клінічне навчання на робочому місці для сімейних лікарів з питань контролю народжуваності є невідповідним</li></ul>

## 3.5 УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПРОДУКТАМИ

Ефективне управління фармацевтичними препаратами, вакцинами та медичними продуктами є важливою частиною високоякісної системи охорони здоров'я. Управлінська діяльність пов'язана з відбором, закупівлею, розподіленням та використанням продуктів, які проходять через систему постачання. На зображенні 3.5.1 представлено схему управління. Кожний компонент схеми залежить від успіху попереднього компоненту та забезпечує ефективність наступного. Цей розділ оцінює управління фармацевтичними препаратами та медичне забезпечення в Україні, використовуючи подану схему як орієнтир, а також застосовуючи критерії ефективності з точки зору доступу, якості, рівності, дієвості і сталості системи охорони здоров'я для визначення наслідків впливу.

<sup>12</sup> Directly Observed Treatment Short-course – строго контрольоване лікування коротким курсом хіміотерапії

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.5.1. КОМПОНЕНТИ СХЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПРОДУКТАМИ, ВАКЦИНАМИ ТА ТЕХНОЛОГІЯМИ



Джерело: *Management Sciences for Health*

#### 3.5.1 ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Якщо регуляторні системи, які визначають закупівлю, розподіл та використання ліків та інших медичних товарів в Україні, загалом добре розвинуті, вони не завжди спостерігаються на практиці. Серйозні епідемії ВІЛ/СНІДу та ТБ, з огляду на широкий та комплексний перелік ліків для їх профілактики, діагностики та лікування, у поєднанні з високим ступенем їх візуального контролю з боку високоактивних та зацікавлених незалежних груп спостерігачів з НУО, виявили невідповідності в системах управління ліками в Україні. Серед основних проблем: незбалансованість системи закупівлі, проблеми у схемах постачання та висока вартість ліків, які пацієнти мають оплачувати з власної кишені. У цьому розділі розглядатимуться ці недоліки.

Остання оцінка системи ПМСД в Україні (2008) прийшла до наступного висновку: «існуючі системи не відповідають сьгоднішнім міжнародно-визнаним стандартам управління процесами регулювання, відбору та закупівлі ліків або схем постачання» (ВООЗ, Європейський регіональний офіс та ін., 2008). Хоча аналіз виконувався з метою розгляду ситуації саме щодо ліків проти ВІЛ/СНІДу, він також визначив наступні наскрізні проблеми, які, ймовірно, негативно впливають на весь сектор державного постачання ліків:

- Незначна підтримка прагнення до реформування існуючих процесів та недостатній контроль виконання рекомендацій щодо підсилення систем, які були надані раніше
- Відсутність чіткого розподілу відповідальності між різними функціями ПМСД для забезпечення рівномірного всеохоплюючого процесу прийняття рішень та уникнення непропорційного впливу чи конфлікту інтересів
- Стримуючі фактори, пов'язані з кадровим потенціалом
- Дублювання повноважень та функцій серед керівних структур та управлень, залучених до ПМСД, що призводить до подрібнення та неефективності регуляторних та інших процесів

- Відсутність прозорості, стандартизації, загальноприйнятих підходів до ПМСД і неперервної наявності та відповідного використання медикаментів гарантованої якості за обґрунтованими цінами

Під час обговорень з основними зацікавленими сторонами у процесі виконання цього АСОЗ члени групи аналізу виявили, що, як і при попередніх оцінках, мало що було зроблено для реалізації рекомендації 2008 року.

За часів СРСР Україна була провідником виробником ліків. Хоча зараз Україна не виробляє більшості фармацевтичних препаратів, які вона потребує, виробництво зростає. У 2010 році експорт цих препаратів, які виробляються в Україні, зріс на 40%, а внутрішнє використання фармацевтичної продукції, виробленої в Україні, зросло на 30-40% у порівнянні з попереднім роком (Stetsiv V., особисте спілкування).

### 3.5.2 ОРГАНІЗАЦІЯ

До складу Державної служби з лікарських засобів входить декілька агенцій, але оцінка ВООЗ 2008 року виявила, що їхня діяльність відносно не скоординована (ВООЗ, Європейський регіональний офіс та ін., 2008). Пізніша оцінка ВООЗ питань ТБ (2010) не виявила жодного покращення у цьому напрямку і, на додаток, «основні регуляторні функції (дозвіл на маркетинг; ліцензування виробників, гуртових торговельних компаній та аптек; фармнагляд; контроль імпорту та ринку; контроль рекламно-інформаційних кампаній та клінічні випробування) виконуються низкою окремих агенцій» (ВООЗ, Європейський регіональний офіс (b), 2011).

Більше інформації про юридичні та правові питання представлено у Розділі 3.1 Керівництво і лідерство.

### 3.5.3 ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ПЕРШОЇ НЕОБХІДНОСТІ

У 2006 році Уряд України затвердив перелік лікарських препаратів та медичних приладів першої необхідності (Постанова Кабінету Міністрів № 400 від 29 березня 2006 року). Перелік включає 783 назви ліків, які вважаються «ефективними, фінансово доступними та безпечними» та які використовуються в Україні для профілактики, діагностики та лікування загальних хвороб. Цей перелік складає основу для пакету медичного правового забезпечення та інформації стосовно наступного:

- Організація тендерної закупівлі для державного постачання на підтримку цільових програм
- Державна підтримка національної фармацевтичної галузі
- Плани компенсаційних виплат та відшкодування витрат
- Створення клінічних протоколів та бланків і
- Моніторинг постачання лікарняних препаратів та ціноутворення

### 3.5.4 ЗАКУПІВЛЯ ТА ПРОБЛЕМИ СХЕМИ ПОСТАЧАННЯ

#### 3.5.4.1 ЗАКУПІВЛЯ

Об'єкти охорони здоров'я та агенції стикаються з численними проблемами при існуючій системі централізованої закупівлі (з державного бюджету), тому що ліки закуповуються та розподіляються без точного урахування регіонального попиту щодо типу та обсягу потрібних ліків. На обласному



рівні органи охорони здоров'я закуповують деякі вибрані препарати у виробників для розповсюдження в обласних та районних лікарнях, поліклініках і т. ін.

Основна проблема, пов'язана з закупівлею, існує на національному рівні, де бюджет використовується для централізованої закупівлі фармацевтичних препаратів (та медичних товарів) у великих обсягах для приблизно 20 вертикальних програм охорони здоров'я, зокрема ВІЛ/СНІД, ТБ, онкологія та діабет, які в теорії повинні надаватися населенню безкоштовно. Відповідно до українського законодавства, держава не може закуповувати ці фармацевтичні препарати безпосередньо у виробників ліків, але має дотримуватися тендерної процедури, яка вимагає використання спеціальних «посередників» або «розповсюджувачів». Тендерний процес призводить до:

- Високих цін на ліки, які закуповуються державою у порівнянні з середніми міжнародними цінами
- Вибір пакету ліків, який не завжди відповідає потребам населення
- Низка шанованих міжнародних фармацевтичних компаній вирішують не брати участі у тендері та
- Затримки з поданням ліків до схеми постачання

Ці невідповідності найбільш очевидні для громадськості у сфері АРВ-препаратів. Біля 10% АРВ-препаратів закуповуються українськими НУО за рахунків коштів Глобального фонду, а приблизно 90% АРВ закуповується державою. Значне розходження цін на ці ліки, які закуповуються за різними схемами, було предметом серйозної напруги та обговорень протягом декількох років і стало каталізатором для декількох незалежних оцінок, профінансованих донорами, зокрема, зазначених вище (ВООЗ, Європейський регіональний офіс та ін., 2008; UNAIDS, 2009). Розбіжність у цінах за останні роки скоротилася, але вона залишалася вражаючою у 2010 році, коли при покращеній системі державної закупівлі можна було заощадити до 2 млн. доларів США, як показано у таблиці 3.2.5. у Розділі 3.2 Фінансування системи охорони здоров'я.

Відповідно до деяких звітів, ці методи закупівлі МОЗ призвели до низки наступних ситуацій:

- Пацієнти, які мали право на АРВТ, не змогли її почати
- Через порушення постачання пацієнтів АРВТ мали місце випадки захворювань, смерті та резистентності до ліків
- Через зміну ліків у пацієнтів АРВТ виникали побічні ефекти та знижувалася ефективність лікування
- Брак довіри до обласних центрів СНІДу

Закупівля в приватному секторі здійснюється незалежно від державної системи. Приватні аптеки закуповують ліки безпосередньо від постачальників. Компанії з приватними лабораторіями закуповують реагенти головним чином від імпортерів постачальників. Ці закупівельники приватного сектору повідомили групі аналізу, що митна служба створює проблеми для своєчасного отримання якісних товарів – брак розуміння митними агентами нормативних документів та спричинені ними затримки з обробкою товарів, означають, що товари часто поступають на ринок практично перед завершенням терміну придатності, а отже обмежені у використанні та цінності. Закупівля медичного обладнання також є громіздкою: на відміну від країн, де Уряд підтримує постачання приватної системи охорони здоров'я, в Україні не передбачені жодні податкові пільги для приватних постачальників імпортерів сучасного обладнання.

### 3.5.4.2 ПРОБЛЕМИ СХЕМИ ПОСТАЧАННЯ

Уряд України не виконує жодного систематичного збору даних щодо постачання ліків, що призводить до повного вичерпання запасів ліків і потреби фізичного перекидання ліків з однієї області до іншої, для чого необхідний спеціальний наказ. Ситуація з наявністю поставок дещо покращилася завдяки технічній допомозі в управлінні схемою постачання, яка фінансувалася USAID. Однак персонал, який має справу з фармацевтичними препаратами та медичним постачанням, все ще не має відповідної підготовки стосовно методів розрахунку кількості поставок ліків та їх прогнозування.

### 3.5.5 ЯКІСТЬ ТА БЕЗПЕКА

Фармнагляд є обов'язком Державного експертного центру, який збирає інформацію щодо негативних наслідків на підставі системи звітів з областей. Досягнутий прогрес у включенні міжнародних стандартів до нормативної бази з питань ліків, відповідно до Оцінки ВООЗ щодо ТБ у 2010 (ВООЗ, Європейський регіональний офіс (b), 2011). У січні 2011 Україну було запрошено приєднатися до Міжнародної системи співробітництва фармацевтичних інспекцій, яка підтримує перевірені методи виробництва та інші механізми гарантування якості, а це є свідченням того, що країна застосовує достатньо суворий контроль якості ліків. Контроль якості ліків національного виробництва викликає певні питання, оскільки відсутня інспекція виробників, яка гарантує наявність перевіреного метода виробництва до надання ліцензії на виробництво чи дозволу на продаж медичного товару на ринку (ВООЗ, Європейський регіональний офіс (b), 2011).

### 3.5.6 ДОСТУП

Доступ до фармацевтичних та медичних препаратів, як правило, залежить від чотирьох основних факторів: раціонального використання, доступних цін, сталого фінансування та надійної системи охорони здоров'я та постачання (ВООЗ, (b), 2004).

#### Джерела медикаментів

Всі фармацевтичні препарати, що виробляються в Україні, є генеріками, і всі фармацевтичні виробники в Україні є приватними. Ліки, які виробляються в Україні, експортуються до інших (головним чином пострадянських) країн, але не застосовуються широко у межах України, за винятком деяких ліків та реагентів, які закуповуються державою, на що варто звернути увагу.

Пацієнти в Україні мають доступ до роздрібного продажу фармацевтичних препаратів за рахунок трьох основних джерел, як представлено у Таблиці 3.5.1:

**ТАБЛИЦЯ 3.5.1. ДЖЕРЕЛА РОЗДРІБНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТОРГІВЛІ В УКРАЇНІ, 2010**

Фармацевтичні установи	Кількість	Повноваження
Аптеки (приватні, в окремо розташованих приміщеннях)	12061	Мають дозвіл продавати медикаменти та будь-які прилади, пов'язані з охороною здоров'я
Аптечні кіоски (приватні вуличні пункти продажу)	4425	Мають дозвіл продавати лише ліки без рецептів
Аптечні пункти (фармацевтичні підрозділи, які працюють при закладах охорони здоров'я)	5223	Мають дозвіл продавати ліки як за рецептами, так і без рецептів
<b>ВСЬОГО</b>	<b>21736</b>	

*Джерело: Фармастандарт, 2011.*

Кількість аптек за останні роки зросла, а кількість аптечних кіосків скоротилася. Співвідношення населення до кількості аптек, як здається, є відповідним, щоб задовольнити потреби населення (Держкомстат, 2010).

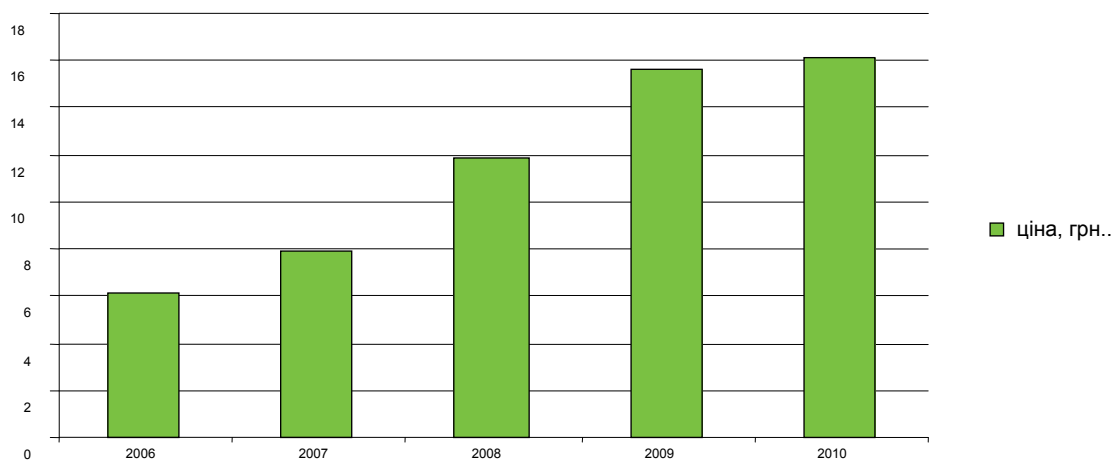
Більшість фармацевтичних препаратів (за винятком тих, які відносяться до наркотичних) можна отримати без рецепту лікаря. Офіційно є перелік ліків, які продаються за рецептами та без рецептів, і від пацієнтів в аптеці вимагається пред'явлення рецепту, щоб отримати виписані ліки. Однак дотримання цієї системи не має жорсткого характеру. Цей полегшений доступ має своїм наслідком значний рівень самопризначення ліків, покладання на пораду фармацевтів та занадто широке використання антибіотиків.

### Вартість та цінова доступність

Пацієнти в Україні повинні платити за свої фармацевтичні препарати при амбулаторному лікуванні, і ці витрати можуть бути надзвичайно високими. В принципі, деякі окремі групи звільнені від оплати повної вартості фармацевтичних препаратів; серед них незаможні громадяни, ветерани війни в Афганістані, постраждали від Чорнобильської катастрофи, а також ті, хто має тяжку інвалідність. Ці пільги, як зазначалося вище, поширюються також на пацієнтів, які страждають від «соціально значущих» та дуже серйозних хвороб, наприклад, ВІЛ/СНІД, ТБ та рак, і ті, хто отримує інші ліки, які постачаються через вертикальні програми централізованого фінансування.

Власні витрати на медичні послуги в Україні високі, особливо для осіб, які страждають від більше ніж одного хронічного захворювання. На фармацевтичні препарати припадає до 85% всіх медичних витрат, відповідно до нещодавнього Звіту Світового Банку (Світовий Банк, (с) 2010). Окрім цього, витрати на ліки різко зросли у 2006 – 2010 рр., про що свідчить зображення 3.5.3.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.5.3. ТЕМПИ ЗРОСТАННЯ РОЗДРІБНИХ ЦІН У КОШИКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ, 2006–2010



Джерело: Фармастандарт, Дані Державної служби контролю якості, безпеки та виробництва ліків та медичних засобів, 2011 (ціна в гривнях)

Причинами цього постійного зростання цін є несприятливий курс обміну, інфляція, заміна закупівельниками дешевших ліків більш дорогими у тій самій групі та поява нових (дорогих) медичних препаратів. Хоча генеріки повинні б бути менш дорогими, Уряд практично не докладає зусиль, якщо взагалі щось робить, для того, щоб заохочувати використання менш дорогих непатентованих ліків у державних закладах (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). Широко розповсюдженою є практика виписування занадто великої кількості ліків, особливо дорогих фірмових препаратів, через Урядові «відкати» (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010).

Останнє дослідження ВООЗ/НАІ (Health Action International) прийшло до висновку про існування явної потреби у покращенні політики у сфері ціноутворення та наявності медикаментів (ВООЗ/НАІ).

### 3.5.7 ЛІКИ ПРОТИ ВІЛ/СНІД

Заходи системи охорони здоров'я проти ВІЛ/СНІД та ТБ вимагають надзвичайно великої кількості ліків та лабораторних поставок для тривалішого терміну використання у порівнянні з більшістю інших хвороб. Постачальники, як такі, мають високий економічний інтерес до питань політики боротьби проти ВІЛ/СНІДу та ТБ, пов'язаних з ліками та лабораторіями, зокрема профілактики, тестування, лікування та нагляду за хворим.

Уряд України забезпечує більшість АРВ - препаратів в країні. АРВ - препарати надаються також Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, за рахунок фінансової підтримки Глобального фонду. Мережа надає АРВ - препарати понад 3700 громадянам і є єдиним джерелом ліків для ув'язнених, які підпадають під лікування. За оцінками мережі, лише приблизно 30 відсотків людей, які потребують лікування, отримують його. Урядові цифри показують, що охоплення АРВ - препаратами у 2009 становило 48 відсотків, тобто спостерігається зростання у порівнянні з 27% у 2006, 35% у 2007 та 40% у 2008 році. Задоволення потреб в АРВ - препаратах для дітей становило 90% у 2008 році та 100% у 2009 році (Aleksandrin та ін., 2010). Спеціалісти, з якими розмовляли члени аналітичної групи, повідомили про окремі нестачі педіатричних рецептур АРВ - препаратів останнім часом (тому діти лікуються без них або мають адаптовані рецептури для дорослих), і окремі факти підтверджують це. Можливо, потреба у дитячих рецептурах АРВ - препаратів занадто мала, щоб зацікавити фармацевтичні компанії або дистриб'юторів на подання пропозицій.

Нестача препаратів АРВ та зміни у типах ліків, які закуповуються, через проблеми у схемі постачання порушила неперервність лікування, що призвело до зростання захворюваності та смертності через причини, пов'язані зі СНІДом. Попередній кваліфікаційний відбір ВООЗ для АРВ - препаратів, які закуповуються Урядом, не є обов'язковим, отже якість цих ліків невідома.

На ринку лабораторних тестів домінує незначна кількість місцевих виробників, і іноземні фармацевтичні виробники, головним чином індійські, постачають АРВ - препарати на ексклюзивних умовах. Транснаціональні компанії також мають значні комерційні інтереси в Україні (Semegina та ін., 2007).

Останній аналіз політики в царині ВІЛ/СНІД, за підтримки USAID, включав у коло своїх задач і вивчення проблем схеми постачання ліків проти ВІЛ/СНІД. Як тільки цей звіт буде оприлюднено, він повинен глибше висвітлити це питання.

### 3.5.8 ЛІКИ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ТБ ліки закуповуються Урядом централізовано і зберігаються на центральному рівні, розподіляються по областях державною розподільчою службою і потім направляються фельдшерам, ТБ кабінетам, районним закладам охорони здоров'я та на інші об'єкти.

Оцінка Української програми боротьби з туберкульозом у 2010 році (ВООЗ, Європейський регіональний офіс (b), 2011) дала наступні спостереження про стан з ТБ ліками:

- Звіти існуючої програми більшою мірою націлені на фінансову інформацію, а не на визначення та покращення результативності програми, зокрема, управління ліками
- Непостійна наявність анти-ТБ ліків, які закупаються на місцях
- Обмежені запаси ліків другої лінії
- Нові труднощі, пов'язані з ліками для лікування туберкульозу з множинною (МЛС-ТБ) та широкою лікарською резистентністю (ШЛС-ТБ)
- Відсутність значних проблем з вичерпанням запасів для ліків першої лінії у непенітенціарних закладах
- Коливання з наявністю ТБ ліків у пенітенціарному секторі та
- Погана ситуація зі схемою постачання (включаючи зберігання) на обласному рівні та нижче
- Нестачі ТБ ліків призвели до незадовільних результатів лікування та зростання МЛС-ТБ.

Деякі з цих проблем будуть розглядатися у програмі е-ТБ Менеджер, Інтернет - системі, яка надає комплексну інформацію про ведення пацієнтів, включаючи дані організації роботи з лікарськими препаратами (ВООЗ, Європейський регіональний офіс, (b), 2011). Програма е-ТБ Менеджер була адаптована під Україну НУО Management Sciences for Health (Методи управління для охорони здоров'я) і повинна бути прийнята по всій Україні у 2011 році.

Хоча грант 9 раунду Глобального фонду забезпечить деякі анти-ТБ ліки другої лінії починаючи з 2013 року і надалі через Комітет ухвалення, очікується, що кожного року матиме місце значне недофінансування.

### 3.5.9 КОНТРАЦЕПТИВИ

Наявність контрацептивів в Україні представляє неоднорідну картину. У 15 областях, які підтримує USAID, 85% контрацептивів розповсюджуються USAID, а 15% надається Урядом України. Кількість контрацептивів, які продаються у приватному секторі, останнім часом не зростала, напевно, через високу вартість контрацептивних товарів.

Держаний сектор (центральний Уряд та місцеві адміністрації) не закупували контрацептиви для безкоштовного розповсюдження серед вразливих груп населення до 2007 року. На 2009 рік у заклади охорони здоров'я було доставлено 6,36 млн. презервативів, закуплених USAID, які були призначені для малозабезпечених груп населення, зокрема, жінок з екстрагенітальною патологією, молоді віком 18-22 років, жінок з ускладненою вагітністю, жінок та пар, які живуть з ВІЛ, та жінок з родин з низьким рівнем доходів, як визначено Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації». Однак економічна ситуація в Україні останнім часом обмежила зусилля щодо мобілізації державного фінансування для КН/РЗ, особливо коли КН/РЗ мають конкурувати з іншими актуальними проблемами охорони здоров'я, такими як імунізація, ТБ, ВІЛ/СНІД та рак (JSI 2009).

Фінансований USAID проект «Разом до здоров'я» працює над покращенням наявності, фактичної та цінової доступності контрацептивів для бідних та вразливих груп населення через державний сектор у вибраних областях і над розширенням комплексу методів контрацепції, яка є занадто залежною від презервативів та внутришньоматкових засобів (ВМЗ) (JSI 2009). Низка чинників обмежує можливості USAID з імпорту контрацептивів в Україну, зокрема, бюрократичні вимоги до

імпорту ліків та гуманітарної допомоги, небажання Уряду України приймати надані в якості безкоштовної допомоги ліки, обтяжлива кількість документів, які необхідні для отримання різних дозволів, акредитацій та імпортних сертифікатів від різних Урядових органів та митні вимоги (JSI 2010).

Наявність безкоштовних контрацептивів у закладах охорони здоров'я, які підтримує USAID, у п'яти областях значно покращилася – з 31,2% у 2007 році при відсутності взагалі будь-якого доступного методу до 85,5% у 2009 році. За цей же час зменшилася кількість аптек, де пропонуються комбіновані оральні контрацептиви, презервативи, екстрена контрацепція та ВМЗ. За цей самий період зросли лише показники ін'єкційних контрацептивів та контрацептивів на виключно основі прогестину. (JSI 2010). Зрозуміло, що обмеженням є ціна. Наприклад, середня ціна найдешевшого орального контрацептиву *ригевидон* зросла у чотири рази з 2006 до 2009 року. Генеричні ліки, які мають нижчу вартість, не мають значного попиту в Україні через упередженість споживачів (JSI, 2010).

ККПР є засобом оцінюваного захисту, який забезпечується різними контрацептивами, а також зручним показником кількості контрацептивів, проданих або розповсюджених безкоштовно (USAID, 2009). Якщо в областях, де USAID надає допомогу, ККПР від безкоштовних контрацептивів зростав у 2008 і 2009 роках, загальний ККПР у 2010 році впав, можливо, через складний економічний клімат в Україні та різке зростання цін на контрацептиви. Тим не менш, успіхи проекту, який фінансується USAID, у розширенні комплексу контрацептивних методів через включення ін'єкційних лікарських засобів та виключно прогестинових таблеток, дають підстави для надії.

Оцінка контрацептивної безпеки, що фінансується USAID, виконання якої розпочалося до цього АСОЗ, але матеріали якого не були доступні для членів цієї групи, повинна надати більшої ясності до питання про наявність контрацептивів в Україні.

### 3.5.10 АНАЛІЗ SWOT

#### ТАБЛИЦЯ 3.5.2. АНАЛІЗ SWOT ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТОВАРІВ

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
Сильні сторони і можливості	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розвинена система виробництва, імпорту, експорту, регулювання та контролю якості</li> <li>Україна рухається вперед до стандарту забезпечення якості ліків, який відповідає стандарту ЄС</li> <li>У 2009 та 2010 роках було прийнято декілька додаткових законів та постанов, які стосуються регулювання якості фармацевтичних препаратів</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>Уряд України приймає відповідальність за фінансування переважної більшості АРВ - препаратів для України</li> <li>Глобальний фонд покращив доступ вразливих груп до АРВТ</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Загалом доступні ліки першої лінії, без значних проблем дефіциту у непенітенціарних закладах</li> <li>На стадії реалізації знаходяться заходи (такі, як е-ТБ система збереження записів) для покращення ефективності постачання, прогнозування та розподілення ТБ ліків</li> <li>Глобальний фонд надає ліки другої лінії (з 2013 року)</li> </ul>

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
Сильні сторони і можливості	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>Постачання контрацептивів загалом є відповідним в областях, які підтримує USAID</li> <li>Спеціальні групи (ВІЛ+ жінки, незаможні тощо) мають право на безкоштовну контрацепцію</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тендерна практика часто призводить до високих цін на фармацевтичні препарати</li> <li>Відсутність державних субсидій або участі держави в оплаті по більшості ліків веде до високих особистих витрат для пацієнтів та ускладнює доступ</li> <li>Організація схеми постачання для ліків державного сектору є невідповідною</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ціна АРВТ, яка надається Урядом, є високою</li> <li>Серйозні порушення постачання</li> <li>Відбір АРВ - препаратів не є послідовним або не завжди відповідає потребам людей, які живуть з ВІЛ</li> <li>Уряд України не діє відповідно до детальних рекомендацій щодо ПМСД, наданих незалежними експертами</li> <li>Прогнозування АРВТ погане, спричиняє дефіцит та змушує перекидати АРВ - препарати між областями для вирішення проблеми нестачі</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запаси ліків другої лінії обмежені</li> <li>Нові труднощі пов'язані з лікуванням МЛС-ТБ та ШЛС-ТБ</li> <li>Наявність анти-ТБ ліків у пенітенціарному секторі не є сталою</li> <li>Погана організація схеми постачання (зокрема, зберігання) на обласному рівні та нижче</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>КППР суттєво впав у 2010 році, що дає підстави припустити проблему з ціновою доступністю контрацептивів</li> </ul>

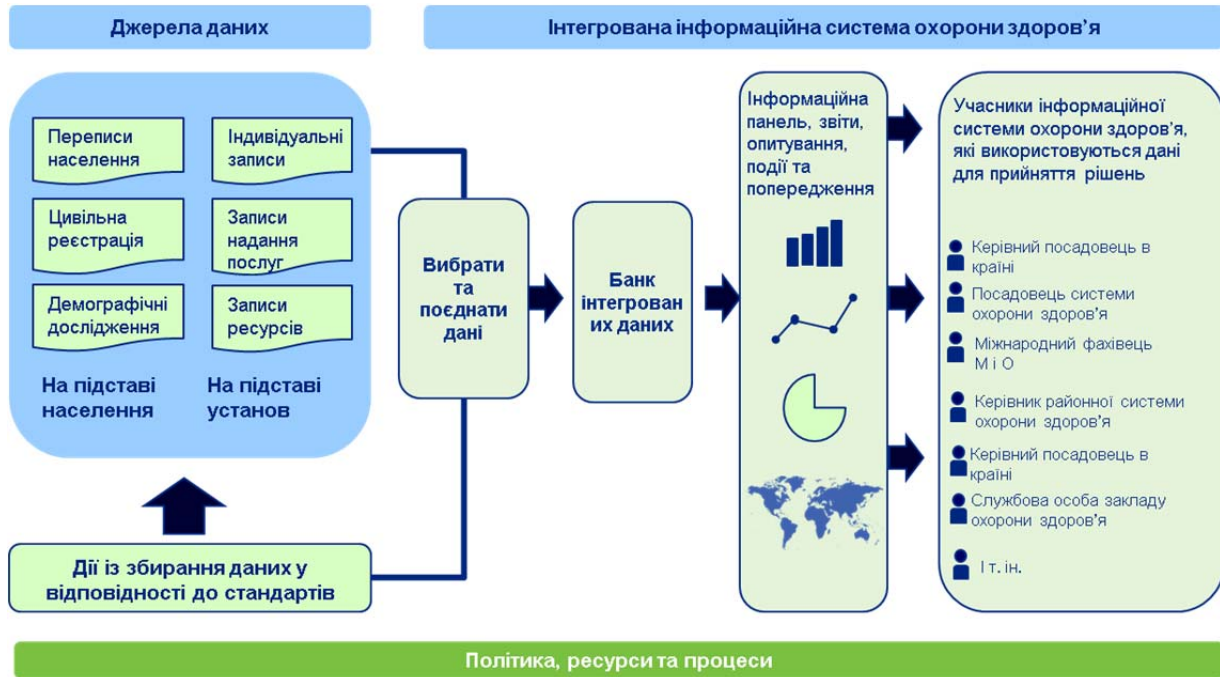
### 3.6 ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Інформаційна система охорони здоров'я (ІСОЗ) визначається як комплекс компонентів та процедур, які виробляють інформацію для прийняття рішень з управління охороною здоров'я на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Основні компоненти національної ІСОЗ є такими:

- **Процеси** для збору, управління та аналізу даних
- **Ресурси** (людські, технічні та фінансові) для вироблення та використання інформації з питань охорони здоров'я
- **Результати**, включаючи розповсюдження та використання інформації з питань охорони здоров'я

На зображенні 3.6.1 представлено загальний огляд цих компонентів та потоку і використання інформації з джерел даних в інтегровану ІСОЗ.

### ЗОБРАЖЕННЯ 3.6.1. ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Джерело: Мережа показників охорони здоров'я

Наступні розділи стосуються цих трьох компонентів ІСОЗ в Україні. Цей швидкий аналіз дає загальну картину ІСОЗ та розглядає широкі питання, характерні для всієї системи, роблячи особливий наголос на тих аспектах, які впливають на всі інші блоки побудови охорони здоров'я або знаходяться під їх впливом.

### 3.6.1 ПРОЦЕСИ ЗБОРУ, УПРАВЛІННЯ ТА АНАЛІЗУ ДАНИХ

Джерела даних з охорони здоров'я в Україні включають планові системи подачі інформації (такі, як статистична та програмна звітність у структурах системи охорони здоров'я та записи обліку природного руху населення) та дослідження, пов'язані з населенням (такі, як перепис, обстеження домогосподарств або пацієнтів). Планова ІСОЗ під керівництвом МОЗ є головним джерелом даних з охорони здоров'я в Україні.

#### Планова інформаційна система охорони здоров'я

Плановий збір даних у секторі охорони здоров'я та звітування здійснюється через низку паралельних систем звітності, зокрема:

- Статистична система звітності державної адміністрації
- Санітарно-епідеміологічна служба (СЕС)





Кожна система має ієрархію підрозділів представлення даних – від окремих закладів до районного, обласного (регіонального) та загальнодержавного рівня – які використовують стандартизовані форми та реєстри, затверджені МОЗ, для збирання, упорядкування та подання даних на регулярній основі. Відділи статистики в районному та обласному управліннях охорони здоров'я збирають дані з усіх закладів охорони здоров'я та підрозділів СЕС на своїй адміністративній території. Відділи статистики при районних управліннях охорони здоров'я подають звіти з даними до відповідних відділів на обласному рівні, які звітуються перед ЦМС. Приватні заклади охорони здоров'я звітуються за цією ж системою, закон вимагає від них подання тих самих форм статистичної звітності, що й ті, які використовуються державними закладами охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я, які підпадають під юрисдикцію інших міністрів (напр., пенітенціарна система охорони здоров'я, військові госпіталі) подають дані до районних та обласних управлінь за каналами звітності, які використовуються всіма іншими закладами охорони здоров'я.

На додаток до потоку даних зі статистичними цілями, існує дві схеми звітування з метою програмування та моніторингу. Перша з них представлена на правій стороні зображення 3.6.2. Заклади охорони здоров'я подають окремі звіти щодо уточнених даних та заходів з надання окремих послуг з охорони здоров'я (такі, як ОХМД, ТБ, безпека крові, розвиток медичних послуг) відповідним головним спеціалістам у районному управлінні охорони здоров'я.<sup>14</sup> Так само заклади обласного рівня та районні головні спеціалісти подають такі звіти відповідним головним спеціалістам в обласному управлінні охорони здоров'я. В обласному управлінні охорони здоров'я є біля 25 таких спеціалістів. Звіти про виконання програм подаються обласними головними спеціалістами відділу МОЗ з відповідної програми. На додаток до регулярних/ планових звітів, які МОЗ отримує від регіональних підрозділів охорони здоров'я, міністерство, відповідно до ситуації, запитує додаткові звіти з конкретних питань.

Друга схема звітування з метою програмування та моніторингу представлена на лівій стороні зображення 3.6.2. Національні центри координації / контролю, призначені для нагляду за виконанням та визначення напрямку для вертикальних програм, отримують звіти по програмах від спеціалізованих регіональних закладів охорони здоров'я.

Використання звітних даних за програмами для ефективного процесу прийняття рішень та планування відрізняється на різних рівнях, оскільки залежить головним чином від навичок керівників, залучених до цього процесу. Загалом, здатність керівників до стратегічного планування на основі фактичних даних – починаючи від рівня закладу і вище – вважається недостатньою і була визначена як одна з пріоритетних сфер, яка потребує вирішення у контексті запланованих реформ системи охорони здоров'я (Див. Розділ 3.4 Людські ресурси). Незрозуміло також, в якій мірі сегментована ІСОЗ надає керівникам системи охорони здоров'я надійні дані, які вони можуть ефективно використовувати з метою аналізу та управління.

### **Якість даних**

Хоча звіти закладів готуються і подаються через стандартну систему на регулярній основі, відповідно до офіційних графіків звітування, неточність даних за деякими типами показників створює проблему. Такі проблеми з якістю даних можуть бути результатом недостатньої підготовки працівників системи охорони здоров'я з питань запису або упорядкування даних.

---

<sup>14</sup> Головні спеціалісти відповідають за нагляд за наданням послуг, зокрема координацію робочих груп, щоб направляти виконання програми на підпорядкованій їм території

Такою, наприклад, є ситуація з використанням деяких нещодавно впроваджених форм з ТБ у закладі або на районному рівні (De Colombani і Veen , 2011). У багатьох випадках, однак, неточна звітність не стільки обумовлена відсутністю здатності (напр., незнанням вимог до заповнення цих форм), скільки відсутністю зацікавлення у поданні точної звітності.

Відсутність стимулів до точного звітування загалом пов'язана з одним з двох елементів системи охорони здоров'я. Перший – це очікування негативних наслідків за отримання та представлення поганих результатів замість того, щоб очікувати на покликаний допомогти нагляд або додаткові ресурси для вирішення проблем, які викликають такі результати. Це можна описати як різкий перегин традиційної системи заохочення «батогом та пряником» у сторону «батого». Наприклад, питання зі звітами про охоплення імунізацією (яка досягла критично низьких рівнів за деякими антигенами) може бути наслідком цієї проблеми антистимулів, спричинених системою. Друга причина відсутності стимулів до точного звітування (особливо на рівні лікарень) – це прямий зв'язок між деякими показниками та штатом закладу і виділенням бюджету. Наприклад, один показник, звіти за яким вважаються систематично завищеними, - це рівень зайнятості лікарняного ліжка, який є основним визначальним фактором для бюджету кожного закладу та кількості штатних посад. У таких випадках видається, що нестача контролю якості даних з боку вищих рівнів системи звітування обумовлена не стільки обмежувачими факторами здатності/ ресурсів, скільки культурою примирення з проблемою з метою уникнути відповідних наслідків (таких, як потенційне скорочення закладу, який не використовується на повну потужність).

Хоча приватні заклади подають статистичні звіти, подання яких від них вимагається законом, деякі з тих даних, за якими вони звітують, тяжіють до неточності, оскільки деякі з цих показників пов'язані з сумою податкових платежів цих закладів (отже звітність може спотворюватися так, щоб занизити податки).

Дані за деякими показниками збираються за більш ніж однією паралельними звітними системами, які описано вище. В теорії між підрозділами, які подають звіти, на всіх рівнях повинна регулярно відбуватися координація для наскрізної перевірки показників, але неясно, наскільки цей процес спрацьовує на практиці, щоб забезпечити дані кращої якості.

У рамках нещодавньої реорганізації Державний комітет статистики – який раніше мав автономний статус у державній адміністрації – було підпорядковано Міністерству економіки. Є певні побоювання, що ця втрата автономії може стати на заваді здатності комітету оприлюднювати незаангажовані звіти.

### **Моніторинг та оцінка програм**

У складі МОЗ немає департаменту М і О, і неясно, чи є окремий департамент МОЗ з повноваженнями та здатністю наглядати або виконувати програму моніторингу та оцінки відповідно до міжнародних стандартів (такі, як методологічні настанови ВООЗ). Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України (УІСД) виконує оцінку різних пілотних проектів та програм, які знаходяться під наглядом МОЗ, та готує щорічні звіти з галузі охорони здоров'я, які включають деякі компоненти моніторингу.

### **Міжнародні та неурядові організації**

Збирання даних НУО, які працюють у галузі охорони здоров'я, в першу чергу, спрямоване на вимоги звітності та М і О, визначені їх донорами. У деяких сферах більшої координації донорів, таких, як ВІЛ/СНІД, сьогодні більшістю провідних або більших організацій застосовуються однотипні показники М і О, а результати таких показників регулярно упорядковуються і друкуються координуючою організацією (напр., UNAIDS по ВІЛ/СНІД). Подібна ініціатива

запланована і для сфери ТБ, під керівництвом Фонду розвитку України. Проте рівень координації дій з М і О серед організацій, які працюють над питанням ТБ та ВІЛ/СНІД, як виглядає, є результатом директивних вимог Глобального фонду або ініціативою організації зі спільноти донора чи НУО. Група аналізу не виявила жодних прикладів керівництва Уряду в координації таких зусиль, спрямованих на гармонізацію систем чи показників М і О.

### 3.6.2 РЕСУРСИ ДЛЯ ВИРОБЛЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЇ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### Компетентність та ресурси для збирання, управління та аналізу даних

Дані, щодо яких подаються звіти у плановій ІСОЗ МОЗ (представлено на зображенні 3.6.1), від регіонального до центрального рівня, використовують уніфіковану електронну систему, тоді як звітність на нижчих рівнях є паперовою. Локалізовані інформаційні системи використовуються для управління у деяких окремих закладах, але ці системи не пов'язані з плановою електронною системою МОЗ.

Кадровий потенціал для збирання, упорядкування та звітування планових даних постачальників послуг з охорони здоров'я, які ведуть записи пацієнтів та відповідають за перший рівень укладання даних та звітності, загалом вважається відповідним. Однак є важливі прогалини у правильному використанні деяких форм (напр., Форма 66 – Звіт про виписаних хворих, деякі форми звітності по ТБ), що було виявлено перевітками, які проводилися ВООЗ та Світовим банком. Рекомендації щодо врегулювання питання з цими прогалинами включають додаткове тренування з використання цих форм та запровадження стимулів для постачальників за точні записи та звіти.

Компетентність персоналу, відповідального за статистику у великих лікарнях, районних та обласних управліннях охорони здоров'я та на національному рівні за упорядкування даних, аналіз та звітність, вважається відповідною (див. Вставку 3.6.1). В країні є також потужний потенціал щодо аналізу економіки та систем охорони здоров'я, як у науково-дослідному підрозділі систем охорони здоров'я МОЗ (УІСД), у Державному інституті статистики, так і в університетських закладах. І все ж деякі попередні оцінки засвідчили нестачу спеціалістів, підготовлених з біостатистики, М і О та епідеміології.

#### **Вставка 3.6.1. Високий потенціал до збирання даних, їх аналізу та звітності на рівні закладів**

*Обласна лікарня, яку відвідала аналітична група, мала штат з семи спеціалістів у своєму відділі статистики. Керівник відділу пройшов курс навчання з медичної статистики. У цьому типі закладу використовується біля 200 форм для запису та звітності.*

Потенціал ефективного та дієвого використання ІСОЗ для надання послуг обмежений низьким рівнем ІТ (інформаційні технології) обладнання та навичками у закладах, як серед медичних працівників, так і керівників. Більшість закладів ПМСД не мають комп'ютерів. Лише 32% кабінетів сімейної медицини/ терапевтичних кабінетів мають комп'ютери, хоча цей показник коливається від менш ніж 7% у деяких областях до понад 60% в областях, які підтримуються проектами ЄС (УІСД, 2010). У секторі ПМСД комп'ютери використовуються головним чином для ведення баз даних пацієнтів в окремих закладах. Деякі окремі заклади, які обладнано комп'ютерами, готують також електронні статистичні звіти і ведуть платіжні відомості, фінансові та кадрові записи в електронному форматі. Один принциповий обмежуючий фактор у розподіленні ресурсів ІСОЗ полягає в тому, що структура бюджету із розбивкою по статтях для окремих закладів не включає модернізацію інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) і не дозволяє переадресувати заощаджені кошти з інших витратних статей (технічне утримання будинку) на придбання ІКТ. Заклади охорони здоров'я отримують обладнання ІКТ від районних або обласних управлінь

охорони здоров'я (які рідко надають пріоритет ІКТ, а не медичному обладнанню, з огляду на хронічну нестачу затверджених бюджетів на охорону здоров'я) або за рахунок приватних подарунків.

У деяких закладах ПМСД успішно пройшов пілотний проект – комплексна інформаційна система управління охороною здоров'я на рівні закладу (ІСУОЗ), яка включає реєстри пацієнтів, поєднуючи клінічні дані про пацієнтів з інших закладів, а також функції моніторингу кадрів, робочого навантаження та результатів роботи. Проте незрозуміло, чи існують плани поширення цієї системи на всю країну (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010).

Існують плани на рівні МОЗ щодо розширення використання електронних медичних записів у державних закладах охорони здоров'я. На громадське обговорення винесено Концепцію галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями охорони здоров'я». Проте реалізація цієї концепції, за оцінками, вимагає значних ресурсів, зокрема придбання 25000 нових комп'ютерів та розробки відповідного програмного забезпечення, і незрозуміло, яка ситуація з нею зараз (Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). На цей момент часу складається враження, що майбутнє цих ініціатив ІСУОЗ буде визначено рішеннями, які стосуються розвитку ІСОЗ як частини запланованої реструктуризації системи охорони здоров'я.

Установи, які займаються науковими дослідженнями та комплексними аналізами систем охорони здоров'я, що має вирішальне значення для програми та прийняття політичних рішень, потерпають від надзвичайної нестачі фінансування. Наприклад, лише приблизно половина дослідницького персоналу УІСД має робочі комп'ютери (за інформацією, багато працівників використовують свої домашні/ власні комп'ютери для виконання роботи).

### **Планування та виділення ресурсів на розвиток ІСОЗ**

Деякі аспекти ІСОЗ – такі, як наявність та ефективне використання ІКТ – знайшли своє відображення у різних стратегічних документах та документах з планування розвитку галузі охорони здоров'я, підготовки медичних кадрів та реформ системи охорони здоров'я (Lekhan і Rudiу, 2007; Lekhan, Rudiу і Richardson, 2010). Щорічні звіти з системи охорони здоров'я, підготовлені УІСД, включають дані та аналіз стану ІКТ в системі охорони здоров'я, зазначаючи як наслідок стримуючі чинники для ефективного надання послуг (УІСД, 2010).

Однак незрозуміло, якою мірою ця увага до нестачі ресурсів ІСОЗ перетворюється у стратегічне планування для пріоритетних сфер, таких як інвестиції в ІКТ, навчання постачальників послуг з охорони здоров'я управлінню даними та навчання керівників використанню даних для управлінського та програмного прийняття рішень.

Немає загальнодержавного стратегічного плану розвитку ІСОЗ або діючого міжвідомчого комітету з ІСОЗ на державному рівні для координації зусиль, функцій та відповідальності та визначення пріоритетного фінансування для розвитку національної ІСОЗ.

Комплексна оцінка ІСОЗ може, таким чином, мати позитивний вплив на усвідомлення стратегічного значення ІСОЗ для програми дій запланованої реформи системи охорони здоров'я, маючи на меті інформування про розробку стратегічного плану для ІСОЗ. Цей процес міг би використати, наприклад, схему та інструменти, розроблені Системою показників охорони здоров'я

(Health Metrics Network),<sup>15</sup> яка допомагала із проведенням подібних оцінок у багатьох країнах, зокрема Молдові, Грузії, Вірменії та інших країнах СНД.

### 3.6.3 РЕЗУЛЬТАТИ РОБОТИ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Існують різні статистичні та аналітичні звіти, розроблені низкою установ, які збирають та аналізують дані галузі охорони здоров'я в Україні. Серед них планові статистичні звіти з охорони здоров'я, аналітичні документи та наукові дослідження системи охорони здоров'я, обстеження домогосподарств, окремих осіб, постачальників послуг з охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я, та перепис населення (Вставка 4.6.2).

#### Використання даних для прийняття рішень

Важливим стримуючим фактором використання даних для прийняття рішень на рівні закладу є низький рівень ІТ обладнання та навичок керівників закладу, а також відсутність їхньої підготовки щодо використання даних для моніторингу, оцінки та прийняття стратегічних управлінських рішень. Сучасна система організації та фінансування системи закладів охорони здоров'я також обмежує здатність менеджерів використовувати дані для оптимізації ресурсів надання послуг (навіть, якщо вони здатні і вмотивовані до використання даних для цієї роботи).

Дані для розробки політики на національному рівні, як видається, також не використовуються належним чином. Наприклад, незрозуміло, чи висновки національної оцінки охорони здоров'я використовуються для планування бюджету або вироблення інших політичних рішень, а якщо використовуються, то як. Як розглядалося детальніше у розділах цього аналізу, які присвячені кадрам та державному управлінню, необхідно зміцнити використання стратегічного науково обґрунтованого планування в галузі охорони здоров'я, як на рівні МОЗ, так і на рівні областей, включаючи і підвищення кваліфікації з точки зору аналізу та тлумачення даних для прийняття рішень. Це сфера, де міжнародна технічна допомога може бути особливо цінною.

#### Відкритість даних для громадськості

Важливо, щоб результати роботи ІСОЗ були відкриті у доступній, зрозумілій та орієнтованій на користувачів формі не лише для політиків, а й для громадськості. Як розглядалося детальніше у розділі, присвяченому державному управлінню, своєчасний доступ громадянського суспільства до інформації про стан охорони здоров'я та показників цієї системи та довіра до якості даних, на яких ґрунтуються ці показники, мають принципове значення для здатності громадянського суспільства мати Уряд, відповідальний за результати галузі охорони здоров'я, та забезпечувати ефективний обґрунтований діалог між Урядовими та громадськими організаціями з питань галузі охорони здоров'я.

Хоча вражаюча кількість даних оброблюється та наявна у плановій ІСОЗ, якою керує МОЗ, дані з основних показників охорони здоров'я не представлені на основному вебсайті МОЗ або на сайті його ЦМС. Не всі детальні статистичні та аналітичні звіти, розроблені УІСД доступні онлайн, можливо, через стримуючі чинники ресурсів, з якими має справу інститут. Найдоступніша статистика галузі охорони здоров'я доступна на вебсайті Державного комітету статистики, хоча відбір показників охорони здоров'я тут обмежений.

---

<sup>15</sup> Вони доступні онлайн на вебсайті Системи : <http://www.who.int/healthmetrics/tools/en/>

Деякі з проблем якості даних, які раніше розглядалися у цьому розділі, спричинили недовіру громадськості до деяких показників з офіційних звітів. Відсутність прозорості щодо того, як були розраховані деякі показники, - це одна причина, яка згадується у контексті недовіри до офіційних звітів з медичної статистики.

Краща наявність та прозорість процесу обробки даних, включаючи офіційне визнання проблеми якості даних та інших обмежень, є основною сферою ІСОЗ, яка вимагає покращення. МОЗ особливо необхідно забезпечити доступність даних щодо основних показників здоров'я населення та системи охорони здоров'я в орієнтованій на користувача формі на його головному вебсайті та регулярне оновлення вебсайту. Слід також включити каталог основних публікацій зі статистики охорони здоров'я, підготовлених іншими органами (напр., Державним комітетом статистики) з веб-посиланнями на ці публікації.

### Вставка 3.6.2. ІНФОРМАЦІЙНІ ПРОДУКТИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Планові статистичні звіти з охорони здоров'я.** ЦМС повідомив про підготовку приблизно 10 статистичних публікацій та розміщення додаткових звітів онлайн, однак вебсайт ЦМС\*, як здається, не містить жодних цілком доступних статистичних звітів або даних по Україні у його розділі «загальнодоступна інформація»\*\*. Державний комітет статистики (ДКС) видає демографічний щорічник, а також публікації зі стандартів життя, соціально-демографічних показників та здоров'я населення. Ці звіти включають публікації, присвячені ОХМД (ДКС, 2010) та НРЗ (ДКС, 2010). Деякі з цих публікацій доступні на вебсайті Держкомстату, який також має дані з низки показників системи охорони здоров'я. Додаткові звіти з детальною статистикою охорони здоров'я друкуються УІСД (представлено нижче). Вертикальні програми (такі, як ТБ та ВІЛ/СНІД) також друкують щорічні звіти зі статистикою та оцінкою результатів, пов'язаними зі сферами їх діяльності; деякі з цих звітів доступні онлайн.\*\*\*

**Наукові дослідження та аналітичні звіти системи охорони здоров'я.** УІСД готує щорічний звіт з комплексним аналізом стану компонентів системи охорони здоров'я та програм, включаючи регіональні звіти («Результати діяльності української системи охорони здоров'я»). Інститут також готує різні науково-дослідні роботи та кошториси, які використовуються для розробки методологічних рекомендацій для МОЗ. Низка цих документів доступна онлайн. Європейський майданчик систем і політики охорони здоров'я зараз завершує оновлений звіт по Україні як частину циклу характеристики країн під назвою «Системи охорони здоров'я у перехідному стані (Lekhan, Rudi y i Richardson, 2010). Цей звіт є оновленням аналізу 2004 р. (Lekhan, Rudi y i Nolte, 2004) та подає аналітичний опис системи охорони здоров'я та ініціатив з реформування, які знаходяться у процесі виконання або розробки. Спеціалісти охорони здоров'я з України були основним авторами цих обох публікацій, 2004 р. і оновленої. Окрім цього, міжнародні технічні та донорські організації, які мають представництва в Україні (ВООЗ, USAID, Світовий банк та ін.), підтримали низку аналізів питань системи охорони здоров'я (напр., організація закупівлі та постачання) і сфер програм з окремих хвороб (таких, як ТБ та ВІЛ/СНІД). Тим не менш, аналітична група виявила, що деякі з цих звітів не були у відкритому доступі протягом місяців після їх завершення.

**Дослідження (населення, пацієнти, постачальники):** Огляд демографічної ситуації та охорони здоров'я був виконаний у 2007 р. за підтримки USAID та у співпраці з Українським центром соціальних реформ, Держкомстатом та МОЗ. Нової редакції цього обстеження не було підготовлено. Держкомстат проводить деякі дослідження, пов'язані з населенням, які включають показники охорони здоров'я, але регулярних/планових циклів таких досліджень немає – вони часто проводяться при фінансовій підтримці міжнародних організацій та зосереджені на темах, які визначено Урядом як пріоритетні. Науково-дослідні установи, включаючи Український інститут соціальних досліджень та Київський міжнародний інститут соціології, також проводять дослідження з питань охорони здоров'я (такі, як ВІЛ/СНІД), деякі з міжнародною технічною та фінансовою підтримкою (МОЗ, 2009). Окрім цього, міжнародні проекти, які надають технічну допомогу, проводять різноманітні дослідження з вузьких тем, пов'язаних з їх роботою та обмежених тими географічними територіями, де базуються ці проекти.

**Перепис населення.** Останній перепис населення проводився у 2001 р., і результати доступні онлайн.<sup>§§</sup> Наступний перепис, запланований на 2011 р., було відкладено на рік через нестачу бюджетних коштів. Відсутність даних останнього перепису є суттєвим обмеженням для відповідного розподілення обласних ресурсів (як розглядалося у розділі, присвяченому державному управлінню). Записи реєстрації адрес (інше джерело даних з розподілу населення) вважається переважно неточними, що робить своєчасне оновлення перепису особливо важливим.

\*<http://medstat.gov.ua/ukr/statreports/access.html?id=13> (Відвідання 24 березня 2011)

\*\* Вебсайт має комплекти даних Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», і те, що з'явиться, може стати розділом цієї бази даних по Україні (як окремий файл даних, який не можна побачити через відсутність інструкцій щодо того, як користувачі можуть його завантажити та встановити відповідні файли).

\*\*\* Наприклад, документи онлайн включають Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом, 2010, та МОЗ, 2010 (Звіт UNGASS)

§ Звіти за останні роки до 2008 р. оприлюднено на вебсайті інституту : <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=annual>

§§ <http://www.ukrcensus.gov.ua/#>



### 3.6.4 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я : ВІЛ/СНІД

Висновки аналізу положень ICO3 ВІЛ/СНІД поєднуються з результатами циклу нещодавніх комплексних оцінок, виконаних під керівництвом ВООЗ (De Colombani та Veen, 2011) та UNAIDS (Elo та ін., 2009).

Комплексна незалежна оцінка заходів України проти ВІЛ/СНІДу 2009 р. (Elo та ін., 2009) визначила декілька сильних сторін системи М і О. Серед них наявність відповідних загальнодержавних та обласних показників М і О, які регулярно відслідковуються, та нещодавно зміцнена система М і О. Недоліки існуючої системи М і О, визначені в оцінці, включали недостатній рівень гармонізації інформаційних потоків на рівні країни та обмежене використання отриманих даних для формулювання стратегій та розробки програм.

Переліки загальнодержавних та обласних показників М і О, прийнятих Урядом України, загалом вважаються такими, які забезпечують якісну базу для контролю національних заходів боротьби проти епідемії ВІЛ/СНІДу. Однак прогалини в координації між паралельними системами надання даних, пов'язані з вертикальними програми, щодо даних показників, зібраних численними системами, впливають на інформацію по показниках ВІЛ/СНІДу. Наприклад, вертикальна система ОХМД не ділиться даними з центром СНІДу для попередження передання захворювання від матері до дитини. Незрозуміло, якою мірою створення регіональних (обласних) М і О центрів для ВІЛ/СНІДу під егідою Всеукраїнського центру М і О для ВІЛ/СНІДу може вирішити проблему фрагментарності цієї ICO3. Дехто пропонує, щоб ця модель М і О для програми ВІЛ/СНІД – вже розроблена і протестована – могла використовуватися як модель для створення надійних систем М і О для інших програм.

Нестача ресурсів для ICO3 у державному бюджеті на охорону здоров'я також негативно впливає на програму ВІЛ/СНІД. Національний оперативний план на 2011-2013 рр. Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» (МОЗ, (b), 2009) не включає відповідні державні ресурси для підтримки М і О, а ресурси Глобального фонду для цього не є достатніми для підтримки робочої загальнодержавної системи (USAID (b), 2010). Інституалізація потенціалу М і О в національній програмі є тією сферою, яка отримує постійну підтримку з боку НУО та міжнародних організацій. Нещодавно створений підрозділ М і О при Українському центрі СНІДу отримує допомогу від Центру по контролю за захворюваннями (CDC) для організації досліджень з соціологічного та епідеміологічного нагляду за соціальними групами ризику. Сьогодні ця робота здійснюється при організаційній підтримці та на замовлення Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД.

Так само прогалини у використанні результатів ICO3 для ефективного процесу вироблення політики та прийняття рішень у галузі охорони здоров'я негативно впливають на протидію ВІЛ/СНІДу. Хоча Україна має широку інформацію щодо ситуації з епідемією та прихованих чинників (особливо у порівнянні з іншими країнами), ця стратегічна інформація не використовується оптимальним чином у сьогоdnішньому процесі планування ВІЛ/СНІДу. Наприклад, діючий Національний план протидії СНІДу не взяв до уваги висновки та рекомендації низки комплексних оцінок національної системи протидії ВІЛ (Elo та ін., 2009).

### 3.6.5 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМА ТБ

Сьогоднішня система М і О результатів діяльності Національної програми протидії захворювання на туберкульоз (2007-2011) має важливі прогалини, такі як застарілі або недостовірні показники та відсутність відповідних показників щодо ТБ з лікарською резистентністю та ТБ/ВІЛ. Як розглядалося у розділі, присвяченому кадровим ресурсам, підвищення кваліфікації керівників

програм у сфері науково-доказового стратегічного планування – це той аспект, який повинен стати пріоритетом у системі охорони здоров'я, включаючи вертикальні програми. Підрозділ М і О при Всеукраїнському центрі контролю за ТБ отримує фінансову підтримку та допомогу з підвищення кваліфікації кадрів через нещодавно отриманий грант Глобального фонду 9 раунду по ТБ.

Як і у рамках інших програм, дані з ТБ проходять через паралельні системи звітності. Запис та надання даних ТБ здійснюється двома паралельними системами через їхні підрозділи на районному, обласному та загальнодержавному рівнях: система Національної програми контролю за ТБ та система СЕС. Підрозділи двох систем, які готують звіти, координують свої дії на кожному рівні, виконуючи перехресну перевірку своїх даних, хоча неясно, якою мірою ця координація успішна в забезпеченні узгодженості результатів за основними показниками на загальнодержавному рівні. Стандартні дані національної програми ТБ збираються та обробляються підрозділом М і О Всеукраїнського центру контролю за ТБ, який потім звітує перед ЦМС МОЗ. Всеукраїнський центр контролю за ТБ відповідає за координацію управління даними ТБ з СЕС та Комітетом з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, які відслідковують показники ТБ. Відповідно до останньої оцінки Національної програми протидії ТБ, яку провела ВООЗ (De Colombani та Veen, 2011), ці паралельні інформаційні системи «дублюють одна одну, не дуже добре обслуговуються та часто дезорієнтують».

Оцінка ВООЗ визначала потребу у підготовці до використання форм, які відповідають вимогам ВООЗ, координаторами з питань ТБ та іншими медичним працівниками на субнаціональному рівнях (особливо в областях без підтримки поточними або колишніми міжнародними проектами ТБ). Інші зміни системи, які повинні розглядатися, включають запровадженням стимулів для постачальників послуг протидії ТБ за своєчасне та точне заповнення форм та інвестування у розбудову середовища сприятливого нагляду для постачальників послуг протидії ТБ (зокрема, процес забезпечення надання коментарів звітним підрозділам ТБ стосовно використання їхніх даних для моніторингу та покращення надання послуг).

Подібно до ситуації, яка описувалася для системи загальної охорони здоров'я, в деяких окремих закладах лікування ТБ було запроваджено електронні системи запису пацієнтів, але ці системи локалізовані, використовуються лише у межах закладу для ведення пацієнтів (напр., паперові бланки направлення на огляд спеціалістом використовуються для надання інформації про пацієнта тим закладам, які лікують або ведуть обстеження тих же пацієнтів). Існують плани щодо впровадження е-ТБ Менеджера в загальнодержавному масштабі, комплексного Інтернет-інструменту, який поєднує дані ведення пацієнтів, постачання ліків та управління програмою. Прикладна програма е-ТБ Менеджер вже пройшла етап пілотної перевірки у декількох областях за підтримки проектів USAID (Management Sciences for Health та PATH), але поширення її у національному масштабі вимагатиме забезпечення всіх медичних працівників, які будуть використовувати систему, відповідним обладнанням та навчанням з ІКТ, та гарантування постійного фінансування для технічного обслуговування системи (наприклад, виділення бюджету на доступ до Інтернету та ремонт ІКТ).

### **3.6.6 ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОГРАМА КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНOSTІ**

Програма «Репродуктивне здоров'я нації» на 2007- 2015 рр. включає два показники для моніторингу результатів діяльності з контролю народжуваності: показник абортів та використання контрацептивів. Система збирання даних про аборти пройшла процес суттєвого покращення за останні роки. Однак відсутня надійна, послідовна та систематична звітність з використання контрацептивів в Україні. Вирішення цієї проблеми потребуватиме комплексного аналізу та ревізії

процесу збирання даних з контролю за народжуваністю. Принципове значення для забезпечення успіху цих зусиль буде мати створення відповідного «базування» для програми контролю народжуваності на національному рівні.

Дані по абортам збираються через планову ІСОЗ, якою керує МОЗ. Вони друкуються у статистичному звіті Державного комітету статистики (Держкомстат, 2010). МОЗ збирає дані про кількість абортів, які виконано у закладах охорони здоров'я, включаючи заклади, які знаходяться під юрисдикцією міністерств оборони, внутрішніх справ, транспорту та зв'язку та інших, а також Академії медичних наук (АМН) та приватного сектору. І все ж є побоювання, що кількість абортів у приватних закладах занижена.

Системні проблеми з ІСОЗ стосовно надання послуг з контролю народжуваності спричиняють відсутність надійних та повних даних щодо основних показників використання контрацептивів. Заходи МОЗ з використання контрацептивів включають статистику стосовно кількості зареєстрованих користувачів ВМЗ та гормональних методів, яка базується на статистиці послуг МОЗ. Однак ці дані включають лише жінок, які отримують контрацептиви у певних типах державних закладів охорони здоров'я, та не включають багато джерел послуг з контролю народжуваності, таких як менші медичні заклади, аптеки або приватні постачальники. Хоча послуги з контролю народжуваності (консультації та забезпечення контрацептивами, включаючи презервативи) сьогодні надаються сімейними лікарями та іншими типами постачальників послуг, звіти про послуги з контролю народжуваності зараз вимагаються лише від акушерів-гінекологів. Послуги контролю народжуваності, які надаються, наприклад, в центрах СНІДу, до звітів у системі МОЗ не входять.

Хоча більшість українців купують контрацептиви в аптеках, дані з продажу контрацептивів не відслідковуються МОЗ з метою встановлення кращих оцінок загального використання контрацептивів, таких, як КППР. Єдині оцінки цього показника аналітична група змогла знайти у проекті «Разом до здоров'я», який фінансується USAID. Вони базуються на консолідованих даних продажу контрацептивів, Урядових закупок контрацептивів та контрацептивів, профінансованих USAID.

Окрім цього, розмежовані інформаційні системи звітності щодо постачання контрацептивів та послуг контролю народжуваності стримують ефективне управління програмою контролю народжуваності на всіх рівнях. Поєднання звітів з цих двох компонентів у рамках системи є важливим кроком, який необхідно зробити з метою необхідної кардинальної перебудови програми контролю народжуваності.

### 3.6.7 АНАЛІЗ SWOT

**ТАБЛИЦЯ 3.6.1. АНАЛІЗ SWOT ДЛЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість		
Сильні сторони і можливості	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основні компоненти ІСОЗ мають організовану структуру (планова ІСОЗ МОЗ, епідемонгляд, система демографічної статистики, перепис, державна статистична адміністрація)</li> <li>• Вироблена практика регулярного збирання даних та звітності через планову ІСОЗ МОЗ</li> <li>• Країна має високий професійний потенціал для аналізу економіки охорони здоров'я та систем охорони здоров'я</li> <li>• Визнання проблем ІСОЗ керівництвом сектору охорони здоров'я та того, як ці проблеми можуть завадити запланованим реформам охорони здоров'я</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Існує сильна донорська підтримка для покращення системи М і О, націлена на інституціалізацію М і О у державній програмі ВІЛ/СНІД</li> <li>• Відповідні показники відслідковуються національною програмою</li> <li>• Гармонізовано схеми та показники М і О серед НУО та постачальників державних послуг ВІЛ/СНІД</li> </ul>
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення донорської підтримки для програми ТБ (включаючи нещодавній грант Глобального фонду)</li> <li>• Остання оцінка ВООЗ Національної програми протидії ТБ забезпечує комплексну інформацію та рекомендації для конструктивного покращення</li> </ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Існує сформована система збирання та подання планових даних, яка може використовуватися для збирання удосконалених даних контролю народжуваності</li> </ul>
Слабкі сторони і загрози	Загальні послуги у сфері охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресурси невідповідні, особливо для модернізації ІКТ для ІСОЗ та належного навчання</li> <li>• Використання даних для науково-доказового прийняття рішень не є відповідним</li> <li>• Є питання якості даних для деяких типів показників, що пов'язано з відсутністю стимулів для точної звітності</li> <li>• Недостатні навички заповнення та впорядкування деяких типів форм (напр., ТБ)</li> <li>• Зміна автономного статусу Держкомстату може завадити його здатності видавати об'єктивні звіти</li> <li>• Дані про основні показники охорони здоров'я недоступні для громадськості</li> </ul>
	ВІЛ/СНІД	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Є прогалини в координації спільних показників, які збираються різними системами подання планових даних</li> <li>• Невідповідне державне фінансування М і О програми ВІЛ/СНІД</li> <li>• Потреба у більшому використанні наявної доказової бази (напр., комплексних незалежних оцінок програм) для</li> </ul>

---

**Рівність, доступ, ефективність, якість і сталість**

---

Слабкі сторони і загрози		покращення планування та впровадження програми на національному рівні
	ТБ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Відбір показників для відстеження результатів національної програми проти туберкульозу не є відповідним</li><li>• Необхідні навички для заповнення та впорядкування деяких типів форм</li><li>• Відсутність електронної системи записів пацієнтів</li></ul>
	Контроль народжуваності	<ul style="list-style-type: none"><li>• Основні постачальники послуг контролю народжуваності та презервативи виключені з системи звітності контролю народжуваності</li><li>• Окремі звітні системи постачання контрацептивів та контролю народжуваності стримують ефективне управління програмою контролю народжуваності</li></ul>

---



## 4. ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА МОЖЛИВОСТІ

Висновки у рамках кожного з шести структурних блоків мають свій конкретний характер і вимагають розгляду з метою зміцнення кожного аспекту системи охорони здоров'я в Україні та підвищення її здатності запропонувати сталі якісні послуги з охорони здоров'я для забезпечення потреб населення. Якщо оглянути систему в цілому, стає видною низка прихованих проблем, які впливають на її функціонування і, у разі їх вирішення, матимуть масштабний позитивний вплив на систему у довготерміновій перспективі. Ця частина представляє критерії для визначення міждисциплінарних можливостей та обмежуючих факторів, висвітлює важливі сильні сторони та можливості, визначені під час аналізу, які можуть бути використані для розбудови у процесі реформування, та описує чотири міждисциплінарні стримуючі фактори для системи охорони здоров'я, які було визначено аналітичною групою.

Принциповий висновок, який зробила аналітична група, полягає в тому, що необхідні масштабні реформи системи охорони здоров'я, і сьогоденні економічний тиск, політична рішучість та першочергові завдання охорони здоров'я поєднуються разом для створення відповідного часу для їх впровадження в життя.

Українська система охорони здоров'я знаходиться на вирішальному перехресті для прийняття рішень, тих, які стояли перед низкою країн у регіоні. Сучасні результати роботи охорони здоров'я не відповідають рівню доходів країни, а деякі показники надзвичайно погані, особливо рівень смертності серед чоловіків та рівні ВІЛ/СНІДу та захворюваності на ТБ. Широкомасштабна структура пострадянського медичного обслуговування більше недоступна, особливо у світлі нещодавньої світової економічної кризи. Україна – одна з небагатьох країн колишнього Радянського Союзу, яка не здійснила суттєвого реформування своєї системи охорони здоров'я. В дійсності, потенціал системи погіршився через відсутність інвестицій в інфраструктуру, недостатнє фінансування та неузгодженість ресурсів (зокрема кадрів). Попередні спроби реалізувати реформу охорони здоров'я у національному масштабі в Україні виявилися менш успішними, ніж сподівалися – або занадто вертикальними за характером (напр., удосконалення послуг ОХМД), або обмеженими пілотними ділянками (напр., запровадження сімейної медицини та зміцнення ПМСД у Львівській області).

У відповідь Уряд України запропонував широкомасштабну платформу реформування системи охорони здоров'я, яка повинна розпочатися і бути реалізована протягом наступних п'яти років. Необхідно всіляко вітати однозначне рішення Уряду реалізувати цю широкомасштабну реформу охорони здоров'я. Аналітична група прийшла до висновку, що програма реформування системи охорони здоров'я, як видається, відображає передову практику та побудована на інформації щодо досвіду сусідніх країн, які здійснили більший поступ уперед у реформуванні своєї системи охорони здоров'я за останні 15-20 років. Зосередження уваги Уряду у найближчій перспективі на оптимізації мережі лікарень та подальшому зміцненні ПМСД, реструктуризації фінансування сфери охорони здоров'я та впровадженні нової системи оплати постачальників послуг, підвищенні якості догляду за хворими відповідає моделям реформи охорони здоров'я та передовим методам, які успішно реалізуються в інших пострадянських країнах.

## 4.1 СИЛЬНІ СТОРОНИ І МОЖЛИВОСТІ

Виконання SWOT аналізу, який було проведено під час цього АСОЗ, визначило низку сильних сторін та можливостей для системи охорони здоров'я в Україні, зокрема:

1. Високий рівень задекларованої державної підтримки реформи охорони здоров'я та інтерес до моніторингу процесу реалізації. Це стосується також значного інтересу до реформування фінансування системи охорони здоров'я, особливо складного, але принципово важливого компоненту реформи
2. Опрацьована стратегія та план реформування системи охорони здоров'я, який включає заходи, покликані вирішити питання, пов'язані з основними слабкими сторонами та прогалинами у системі охорони здоров'я
3. Сміливий, але потенційно реалістичний графік впровадження, який починається з трьох пілотних областей, але у рамках національної системи
4. Міжнародна підтримка програми реформи. Світовий банк надає Україні грант на технічну допомогу та висловлює готовність розглянути надання кредиту на підтримку плану реформування. Інші донори висловлюють свою підтримку зміцненню системи охорони здоров'я (Глобальний фонд, PEPFAR, Програма партнерства США – Україна)
5. Відносно високий процент ВВП (7%) сьогодні витрачається на охорону здоров'я. Це поєднання Урядових та особистих витрат може бути достатнім, у разі ефективного використання, для задоволення потреб населення в охороні здоров'я. На жаль, особисті платежі мають тенденцію до регресивності, що особливо негативно впливає на незаможні та вразливі групи населення
6. Має місце готовність до значного донорського фінансування у сферах ВІЛ та ТБ. Підтримка Глобального фонду дала можливість швидко збільшити масштаб надання ВІЛ та ТБ лікування. Фінансування заходів проти цих важливих хвороб допомагає забезпечити наявність послуг з профілактики, лікування та підтримки та вивільняє Урядові кошти для інших актуальних потреб системи охорони здоров'я
7. ОХМД (догляд до пологів, протягом пологів та після пологів) доступна і прийнятної якості. Це одна з головних сильних сторін системи охорони здоров'я в Україні
8. Існують спроможність та механізм збирання даних та аналізу. Цей потенціал може бути розбудований для покращення використання даних для розробки політики, планування та науково-доказового прийняття рішень
9. Деякі проекти працюють над підвищенням інтеграції ВІЛ/СНІД та досягають певного прогресу. Останній грант Глобального фонду по ТБ буде базуватися на цій роботі
10. Існує сильний потенціал НУО та громадянського суспільства, особливо у сферах пріоритетних хвороб для USAID, таких, як ВІЛ/СНІД. Ці організації громадянського суспільства виконують важливу функцію незалежних спостерігачів, надають профілактичні та пропагандистські послуги, а також мають можливість розповсюджувати інформацію про політичні заходи та здійснювати просвіту/ інформування громадськості
11. Неприбуткові фонди захворювань пропонують схеми передоплати за медичні послуги для незначної частки населення. При відповідній підтримці, ці фонди могли б відігравати більшу роль в пом'якшенні ризику катастрофічних витрат на охорону здоров'я серед населення та підвищити доступ до прийнятної за цінами охорони здоров'я



12. Є багато медичних кадрів. В Україні достатня кількість медичного персоналу, хоча тип та географічне розташування не є ідеальними для задоволення потреб країни
13. Діє державне замовлення на спрямування процесу удосконалення якості системи догляду за пацієнтом
14. Визнано важливість ІСОЗ; в країні існує високий потенціал у сфері економіки та аналізу систем охорони здоров'я
15. Є інтерес до впровадження стандартів ЄС для контролю якості ліків
16. Система медичної освіти розвиваються назустріч міжнародним стандартам, відповідно до нещодавно підписаної Болонської угоди

## 4.2 ОСНОВНІ ВИКЛИКИ

Група проаналізувала міждисциплінарний характер основних висновків та узагальнила основні питання у таблиці (Див. Таблицю 4.1), яка вказує найважливіші проблеми у рамках кожного компоненту системи охорони здоров'я та визначає шляхи виникнення проблеми та її перетин з іншими компонентами. Основні слабкі сторони кожного компоненту системи охорони здоров'я представлені у колонках, які перетинаються, що показує, як ці проблеми «виникають» та впливають на інші компоненти. Наприклад, компонент «державне управління та керівництво» зазнає впливу «фінансування» - система виділення бюджету, яка базується на затратах, створює перешкоди для здатності керівників системи охорони здоров'я управляти ресурсами з метою задоволення потреб населення в охороні здоров'я. Так само і на «надання послуг» впливають високі особисті витрати на ліки.

Після представлення основних проблем, які впливають на кожний з компонентів системи охорони здоров'я, у формі таблиці, аналітична група проаналізувала міжгалузеві питання, які мають наймасштабніший вплив на систему. Група визначила чотири міжгалузеві стримуючі фактори, які відображають переважну частину основних слабких сторін всієї системи охорони здоров'я.

### **1. Загальне керівництво та державне управління системою охорони здоров'я вимагає зміцнення**

За останні роки міністри охорони здоров'я часто змінювалися, і МОЗ сьогодні проходить організаційну реструктуризацію. Вплив МОЗ послаблюється структурою фінансування охорони здоров'я: міністерство керує менше 20% від загальних витрат на галузь охорони здоров'я. МОЗ фінансує лише вертикальні програми, тоді як найбільші за обсягом витрати на охорону здоров'я виділяються на обласному та районному рівнях. Однак заклади та місцеві органи охорони здоров'я функціонально підпорядковані МОЗ. Ці чинники (політична нестабільність, низькі рівні фінансування та розходження між управлінською та функціональною підпорядкованістю) послаблюють авторитет МОЗ у галузі. Широко розповсюджене використання неофіційної оплати, погані системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я та М і О та система формування бюджету, яка не враховує ні якість, ані кількість наданих послуг (отже, послаблення контролю та обліку) і надалі спричиняє послаблення потенціалу державного управління у галузі охорони здоров'я.

### **2. Структура надання послуг, включаючи кадри, не відповідає потребам населення в охороні здоров'я**

система охорони здоров'я орієнтована на стаціонарне лікування, тоді як ПМСД страждає від значної нестачі ресурсів щодо фінансування, постачання та кадрів. Є свідчення надлишковості на

рівні лікарень. Важливі послуги, такі, як ВІЛ, ТБ та контроль народжуваності, управляються вертикально, при недостатній інтеграції в систему ПМСД. Це впливає на здатність системи запровадити DOTS-терапію та максимально збільшити кількість пунктів доступу для тестування та лікування СНІДу. Хоча медичних працівників у системі достатньо, географічне та функціональне розподілення не відповідає потребам. Наприклад, акушерів-гінекологів у країні практично вдвічі більше, ніж сімейних лікарів. Самі сімейні лікарі не мають достатньої підготовки з контролю народжуваності, ТБ та ВІЛ.

**ТАБЛИЦЯ 4.1. МІЖГАЛУЗЕВІ ОБМЕЖУЮЧІ ЧИННИКИ У РАМКАХ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Підсумкові стримуючі чинники охорони здоров'я	Державне управління та керівництво	Фінансування	Надання послуг	Кадри	Управління лікарняними і медичними поставками	Інформаційна система охорони здоров'я
<b>Державне управління та керівництво</b>		Норми виділення бюджету на основі витрат підбивають ефективність системи, блокують здатність керівників приймати рішення ефективно та дієво керувати закладами та програмами охорони здоров'я	Відокремлення фінансування від управління закладами охорони здоров'я підбиває управлінські можливості МОЗ/органів системи охорони здоров'я	Незбалансований управлінський потенціал на рівнях області, району та закладу заважає запланованим реформам	Дані про наявність ліків та медичних товарів в закладах/ регіонах не використовуються ефективно для планування	Потреба у більшому та більш ефективному використанні даних галузі охорони здоров'я для стратегічного та науково обґрунтованого планування та розробки політики. Відсутність достатніх ресурсів ІКТ для ефективного управління системою охорони здоров'я
<b>Фінансування</b>	Недостатні практики отримання низьких цін на ресурси. Відсутність дій з боку політичного керівництва та Урядів, які змінювали один одного, щодо реформування сектору охорони здоров'я сприяла утриманню сьогоднішньої економічно нестабільної системи охорони здоров'я		Сьогоднішня система надання послуг, яка зосереджена на стаціонарному та спеціалізованому лікуванні, є дорогою і недостатньо фінансованою, що ставить під сумнів якість догляду, охоплення та сталість і призводить до високих особистих витрат пацієнтів (що негативно впливає на доступність, особливо для домогосподарств з низькими доходами)	Навички та досвід незбалансованого фінансового менеджменту на рівнях області, району та закладу перешкоджають ефективному використанню ресурсів	Система закупівлі підвищує вартість для Уряду та веде до неефективного використання існуючих бюджетів на ліки. Це призводить до нестачі ліків та широко розповсюдженим особистим витратам пацієнтів	Відсутність відповідним чином деталізованих даних витрат на охорону здоров'я (напр., національної фінансової звітності з охорони здоров'я) перешкоджає ефективному процесу формування бюджету для охорони здоров'я
<b>Надання послуг</b>	Система формування бюджету перешкоджає здатності раціонального планування та управління ефективною системою надання	Незначна фінансова гнучкість або її відсутність, а також те саме щодо стимулів на рівні закладу до		Розподіл кадрів у відповідності до стандартів спричиняє невідповідне розташування постачальників – не	Високі особисті витрати на ліки та високі видатки на медикаменти, які закуповуються державою, перешкоджають доступу	Анти-стимули подання точних даних про надання послуг обмежують корисність цього типу даних для покращення надання послуг та охоплення

Підсумкові стримуючі чинники охорони здоров'я	Державне управління та керівництво	Фінансування	Надання послуг	Кадри	Управління лікарняними і медичними поставками	Інформаційна система охорони здоров'я
	<p>послуг з охорони здоров'я. Ліцензування та акредитація існують, але ресурси для контролю виконання стандартів обмежені.</p> <p>Виконання наказу про контроль якості нерівномірне. Часті зміни керівництва МОЗ створюють відсутність неперервності у реалізації наказів</p>	<p>покращення рівня надання послуг та реагування на потреби населення в охороні здоров'я</p>		<p>відповідає потребам у наданні послуг. Підготовка сімейних лікарів ще не відповідає потребі підвищення компетентності тих сімейних лікарів, які невідповідно підготовлені до виконання призначених обов'язків</p>	<p>до ліків</p>	
<b>Кадри</b>	<p>Відсутність стратегічного планування для ефективного розвитку кадрів .</p>	<p>Навчання, розподіл штату та рішення з працевлаштування базуються не стільки на потребах надання послуг, скільки на жорстких нормативах розподілу</p>	<p>На мотивацію працівників негативно впливають погані умови праці та інфраструктури</p>		<p>Відсутність доступних безкоштовних або недорогих ліків впливає на мотивацію працівника виписувати або продавати ліки, які можливо є не найбільш економічно ефективним варіантом, що перешкоджає доступу та якості догляду</p>	<p>Загальний низький рівень ресурсів та навичок ІКТ обмежує здатність керівників охорони здоров'я використовувати дані для прийняття рішень.</p> <p>Низький рівень комп'ютеризації у вищих навчальних закладах є обмежуючим чинником для якості підготовки медичних кадрів</p>
<b>Управління лікарняними і медичними поставками</b>	<p>Процес закупівлі не структурований для мінімізації витрат. Культура менеджменту не стимулює своєчасне надання точних даних з потреб постачання та вичерпання запасів</p>	<p>Відсутність формування бюджету та фінансування постачання ліків та медичних препаратів у зв'язку з потребами за географічними регіонами, закладами та хворобами</p>	<p>Відсутність дієвого звітнього компоненту у загальній системі управління постачанням веде до частого дефіциту ліків</p>	<p>Невідповідний рівень фарматерапевтів призводить до поганого вибору ліків для закупівлі, особливо АРВ</p>		<p>У державних закладах системи управління пацієнтами та ресурсами головним чином оформлюються на папері. Обслуговування тих, які існують в електронному вигляді, послаблюється відсутністю комп'ютерів</p>

Підсумкові стримуючі чинники охорони здоров'я	Державне управління та керівництво	Фінансування	Надання послуг	Кадри	Управління лікарняними і медичними поставками	Інформаційна система охорони здоров'я
<b>Інформаційна система охорони здоров'я</b>	Звітність про проблеми або погані результати може спричинити покарання (а не підтримку у вирішенні проблем через сприятливий нагляд), що обмежує стимули до подання точних даних про негативні результати	Недостатнє виділення коштів на ІСОЗ через норми формування бюджету. Удосконалення ІСОЗ не виділено окремим рядком у формі бюджету	Відмежування фінансування від державного управління (М і О) закладами охорони здоров'я не створює стимули для точної звітності	Обмежені можливості для інтерпретації даних та використання для прийняття стратегічних рішень серед менеджерів охорони здоров'я обмежує потенціальний вплив, який дані можуть мати для покращення системи надання послуг	Небажання постачальників повідомляти про вичерпання запасів (пов'язано с менеджментом фармацевтичної системи)	

### **3. Системи фінансування охорони здоров'я та норми формування бюджету негативно впливають на більшість аспектів системи охорони здоров'я**

Урядові видатки не є достатніми для задоволення потреб населення в охороні здоров'я. Виділення державних фондів здійснюється не стільки у відповідності до потреб населення в охороні здоров'я, скільки відповідно до формування бюджетів з постатейною розбивкою на підтримку існуючої інфраструктури. Керівники не вільні в управлінні бюджетами відповідно до потреб і мають незначні стимули до ефективного управління. Надзвичайно низька заробітна плата персоналу та система неофіційних платежів руйнують мораль працівників, спотворюють стимули і, в кінцевому результаті, негативно впливають на систему догляду. Закупівля центральним Урядом найважливіших ліків для закладів не забезпечує оптимального відбору або ціни ліків.

### **4. Хоча якість медичного догляду покращується у деяких пріоритетних сферах, загалом зміст та характер клінічної практики в Україні вимагає подальшої стандартизації та модернізації**

Оскільки якість медичного догляду не може стабільно підвищуватися без вирішення міжгалузевих питань, представлених вище, ці кроки не будуть достатніми для забезпечення покращення якості. На додаток, при вирішенні проблем державного управління, структури надання медичних послуг та фінансування охорони здоров'я, треба звернути підвищену увагу на методи прийняття науково-доказової практики, покращуючи навички та кваліфікацію постачальників послуг та запроваджуючи контроль якості, удосконалення та механізми контролю.

## 5. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Уряд України та інші зацікавлені сторони можуть розвивати сильні сторони та можливості, визначені аналітичною групою, як фундамент для успішної реалізації реформи охорони здоров'я. Група рекомендує, щоб Уряд та партнери з реалізації реформи зосередилися не лише на змісті реформи охорони здоров'я, а й звернули особливу увагу на те, як ця реформа буде реалізовуватися. Досвід регіонів може бути повчальним, але повинен тлумачитися у контексті ситуації в Україні. Пропозиції для гарантування більшої ймовірності успіху процесу реалізації реформ включають наступне:

### 5.1 СПРИЯТИ СИЛЬНОМУ ПОЛІТИЧНОМУ КЕРІВНИЦТВУ ТА ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННЮ ЯК ОСНОВНИМ СКЛАДОВИМ УСПІШНОЇ РЕФОРМИ

- 1. Уточнити інституційні функції та взаємовідносини** Принциповим для успіху системи реформи охорони здоров'я є встановлення та зміцнення відповідних інституційних функцій та взаємовідносин, іншими словами, забезпечення виконання саме тією установою саме того, що потрібно, саме в той час, коли потрібно. Конкретніше, стратегії та плани реформи охорони здоров'я повинні включати чіткі завдання на виконання конкретних заходів для установ, груп та окремих осіб (а також кінцеві терміни) та використовувати плановий моніторинг для контролю виконання відповідальними сторонами своїх обов'язків.

Для цього може знадобитися як короткотермінове, так і довготермінове планування, наприклад, створення загального бачення того, який суб'єкт буде виконувати яку функцію у системі охорони здоров'я в майбутньому. Як приклад – чи необхідно створювати групи впровадження на державному та обласному рівнях на короткий термін для початку реформування? Якщо так, до складу таких груп повинні вийти Урядові та неурядові зацікавлені сторони для забезпечення підтримки реформ, і необхідно чітко визначити технічні умови для їх роботи. У довготерміновій перспективі, чи повинні професійні медичні асоціації, а не Уряд, взяти на себе функцію професійного розвитку, сертифікації та атестації медичних працівників? Якщо так, якими будуть деякі кроки, які можна здійснити у найближчій перспективі (Урядом, донорами та самими асоціаціями) для підвищення їхньої здатності до прийняття цих функцій?

- 2. Розглянути та узгодити принципові питання на початку реалізації реформ, зокрема:**

- Чи вимагається від МОЗ виконання нових політичних і керівних функцій? Якими короткотермінові вимоги та довготермінові цілі?
- Якими є відповідні ролі міністерства та обласного/ районного управлінь охорони здоров'я?
- Якими є ролі установ, залучених до фінансування системи охорони здоров'я, і якими будуть відносини між ними?

- Яким буде рівень автономії постачальників медичних послуг, включаючи їх організаційний статус, а також аспекти управлінської та клінічної автономії?
- Як будуть заохочуватися та контролюватися підвищення якості системи медичного догляду, наприклад, незалежними органами ліцензування та акредитації, комітетами якості на рівні закладу та регіональними комісіями з контролю якості та наглядовими радами тощо?

- 3. Координувати діяльність партнерів по розвитку навколо Урядової платформи реформи охорони здоров'я.** Партнери з реалізації реформи можуть залучати ресурси для надання підтримки різним аспектам реалізації реформи охорони здоров'я. Для уникнення дублювання та непорозумінь та найбільш ефективного використання ресурсів Уряд України повинен взяти на себе активну роль у координації партнерів з реалізації та донорів навколо платформи реформи охорони здоров'я. Це завдання може виконуватися через двосторонні та багатосторонні заходи зі спільного планування, а також кварталний або піврічний моніторинг та діалог щодо питань, пов'язаних з реалізацією реформи охорони здоров'я.
- 4. Створити національний та обласні комітети з реформи охорони здоров'я за участі як Урядових, так і неурядових зацікавлених сторін, таких як великі асоціації постачальників, групи пацієнтів та НУО у галузі охорони здоров'я.** Неурядові члени можуть доповнити існуючу групу або утворити дорадчі групи, «групи реформування» на допомогу комітетам з охорони здоров'я. Це має особливо важливе значення на обласному та районному рівнях. Є ціла низка загальновідомих та поважних спеціалістів системи охорони здоров'я в Україні, яким можна поставити завдання про надання допомоги з реалізацією конкретних кроків реформи, на основі отриманого міжнародного досвіду та з оглядом на ситуацію та пріоритети в Україні.
- 5. Зосередитися на розбудові спроможності у питаннях реалізації та інвестувати у навчання керівництву проектом.** Більшість керівників та управлінського апарату у сфері охорони здоров'я в Україні є підготовленими медичними спеціалістами, які здобули управлінські знання та навички на роботі. Початкові інвестиції у навчання управлінсько-адміністративного апарату, який буде залучений до реалізації реформи охорони здоров'я, управлінню проектом, може дати значну користь у віддаленій перспективі. Хоча зміст запланованої реформи охорони здоров'я є високо технічним, впровадження все ж треба буде поділити на конкретні кроки із закріпленням установ та/або осіб, виділенням бюджету та встановленням фінансування, у разі необхідності, визначенням контрольних етапів та індикаторів для вимірювання просування вперед та введенням процесів звітності для зміцнення відповідальності. Ресурси для забезпечення навчання навичкам управління проектом, ймовірно, вже існують в Україні у приватному секторі. Уряд може визначити підрядників і працювати з ними для адаптації навчальної програми так, щоб вона відповідала реалізації реформи галузі охорони здоров'я.
- 6. Надалі докладати зусилля до зміцнення управління закупівлею та схемою постачання.** Уряд України розпочав гідний відзначення шлях до реформування закупівель у державному секторі, який необхідно продовжувати, звертаючи особливу увагу на галузь охорони здоров'я.
- 7. Розглянути проведення оцінки ІСОЗ та розробку національної стратегії для розвитку ІСОЗ.** Створити середовище для позитивних стимулів для подання точних



даних про медичні послуги (напр., сприятливий нагляд, реформування сьогоденного процесу виділення ресурсів закладам залежно від виробничих витрат та цільові стимули для постачальників за своєчасну і точну звітність). Покращити наявність статистики з охорони здоров'я для громадськості: пріоритетним відправним пунктом має стати вебсайт МОЗ.

#### **8. Розробити механізм моніторингу та покращення якості надання послуг.**

Удосконалений процес звітності, сприятливий нагляд та використання даних для сприяння науково обґрунтованій діяльності можуть йти поряд з низкою рекомендацій, представлених вище. Головне – пам'ятати, що удосконалення в якості не виникнуть автоматично без прискіпливої уваги та ресурсів для цього аспекту надання медичних послуг.

## **5.2 ПЕРЕОРІЄНТУВАТИ СИСТЕМУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У СТАЦІОНАРІ/ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ЗАКЛАДІ НА МОДЕЛЬ, НАЦІЛЕНУ НА ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНІТАРНУ ДОПОМОГУ**

В контексті перенесення акценту з надання медичних послуг на базі стаціонару на надання послуг на базі ПМСД, Уряд України повинен почати виділяти більше ресурсів на цю допомогу і зміцнити провідні аспекти системи, які підтримують акцент на ПМСД. Нижче подано рекомендації у взаємопов'язаному порядку, від найближчих за часом (більш термінових) до більш віддалених у часі заходів.

- 1. Збільшити фінансування ПМСД та державних програм охорони здоров'я.** Інвестиції в ПМСД є набагато більш економічно ефективною стратегією для надання медичної допомоги, скорочуючи витрати на програму охорони здоров'я при зменшеній залежності від дорогої спеціалізованої та стаціонарної допомоги. Зважаючи на показники захворюваності в Україні, рекомендується інвестувати у програми громадського здоров'я та кампанії на підтримку здорового способу життя, протидіючи, таким чином, проявам неінфекційних хвороб та іншим основним причинами смертності.
- 2. Збільшити кількість сімейних лікарів у системі шляхом навчання та перенавчання.** Передбачити організацію на офіційних засадах покращеної доклінічної підготовки для сімейних лікарів (включаючи сфери ВІЛ, ТБ та контролю народжуваності). Розпочати програми перекваліфікації для сімейних лікарів, заохочуючи фахівців з інших сфер (педіатрія, акушерство та гінекологія, інтерни) до перенавчання. Уряд повинен розглянути використання кредиту Світового банку для цього кроку у процесі реструктуризації системи, який, хоч і вимагає значних ресурсів, є надзвичайно важливим.
- 3. Оптимізувати мережу медичної допомоги, скоординувавши її на різних рівнях загальнодержавних та місцевих органів виконавчої влади.** Це терміново необхідно для звільнення від зайвої та недовантаженої медичної інфраструктури. Виконувати це треба не лише на підставі будь-якого наказу згори; більш важливо досягати цього на основі широкого консенсусу та залучення місцевих органів влади та груп громадянського суспільства на обласному, міському, районному та сільському рівнях. Цей захід з оптимізації повинен бути доповнений виконанням оцінки витрат для підтвердження результатів економічної ефективності.

4. **Обмежити само направлення на спеціальне і стаціонарне лікування через систему бар'єрів.** В якості першого кроку контролю дотримання системи направлення, необхідно гарантувати достатній доступ до послуг ПМСД. Цьому кроку повинно передувати зростання наявності закладів та постачальників ПМСД.
5. **Організаційно визначити процес стратегічного планування для формування медичних кадрів.** Сюди має входити планування необхідної кількості постачальників ПМСД і скорочення кількості спеціалістів. Треба розпочати з оцінки існуючої ситуації і шляхом консультацій розробити п'ятирічний план формування кадрів з щорічними переоцінками ситуації та прийняттям відповідних рішень.
6. **Покращити можливості керівників системи охорони здоров'я в ефективному використанні інформації з охорони здоров'я/ даних для планування та вироблення політики, зокрема:**
  - Навчання керівників системи охорони здоров'я та відповідальних за прийняття рішень на всіх рівнях системи охорони здоров'я науково обґрунтованому плануванню
  - Забезпечення ІТ технологіями та відповідним навчанням медичних керівників на рівні області, району та лікарні. Впровадження загальних бюджетів для медичних закладів (як рекомендовано у цьому АСОЗ) дасть їм можливість інвестувати в покращення ІКТ
7. **Розробити стратегічний план поступової комп'ютеризації закладів охорони здоров'я (з врахуванням фінансових обмежень державного бюджету).** Провести вивчення економічної ефективності різних сценаріїв покращення ІКТ у медичних закладах.
8. **Запровадити державне фінансування на підтримку профілактики, пропаганди та підтримуючого лікування за програмами ВІЛ/СНІД, ТБ та контролю народжуваності.** З метою забезпечення фінансової стабільності цих дій важливо встановити більш офіційні стосунки між НУО та державними закладами в широкому контексті. Інформаційні та профілактичні кампанії для цільових груп є справою надзвичайної ваги для програм ВІЛ/СНІД, ТБ та контролю народжуваності. Державна система надання послуг не має діючого пропагандистського механізму для роботи серед цільових груп населення високого ризику. Сьогодні НУО та релігійні організації, які заповнюють цю прогалину, майже практично повністю фінансуються донорами та різноманітними благодійними організаціями.

### 5.3 ВПРОВАДИТИ РЕФОРМУ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВИ ДЛЯ ШИРОКОМАСШТАБНИХ ПОЗИТИВНИХ ЗМІН

Хоча в ідеалі було б добре збільшити Урядові витрати на галузь охорони здоров'я (до приблизно 4% ВВП), більш ефективного використання наявних ресурсів системи охорони здоров'я є першочерговим питанням для української системи охорони здоров'я. Якщо конкретно, то реорганізація функцій об'єднання коштів та закупівлі системи фінансування охорони здоров'я може мати своїм наслідком суттєві позитивні зміни для всієї галузі. Нижче подано рекомендації у порядку часу виконання заходів, від найближчої до більш віддаленої перспективи:

1. **Надати більше автономії медичним керівникам у забезпечення потреб лікування.** Першим кроком у цьому напрямку буде перетворення медичних закладів у неприбуткові автономні суб'єкти, які працюють з Урядом на договірних засадах щодо надання медичних послуг. Нові системи оплати постачальників повинні забезпечити

постачальникам медичних послуг відповідну управлінську та фінансовому автономію у незалежному плануванні та управлінні їхніми бюджетами, прийнятті рішень щодо штату, інфраструктури та інших виробничих потреб, закупівлі необхідних ресурсів та збереженні і використанні зекономлених фондів для покращення закладу та послуг і заохочення персоналу.

- 2. Скоротити кількість подрібнених об'єднань Урядових фондів на охорону здоров'я, які зараз існують на різних рівнях місцевого управління.** Більш справедливе, ефективне і дієве розподілення Урядових фондів дасть можливість об'єднати всі фонди на охорону здоров'я в єдину систему, або на національному, або на обласному рівнях. Заплановані реформи зробили перший позитивний крок у напрямку більшої концентрації коштів, але повинні піти далі для консолідації районних фондів на рівні області або держави.
- 3. Намір Уряду України рухатися вперед до бюджетного процесу, побудованого на населенні / послугах, є обґрунтованим і в ідеалі повинен бути структурований наступним чином:**
  - На душу населення для послуг ПМСД
  - Виділення бюджету, виходячи з конкретної ситуації, для спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги
  - Загальні бюджети для окремих програм, як ВІЛ і ТБ.
  - Ця рекомендація дещо відрізняється від сьогоденного плану Уряду України, але базується на досвіді декількох урядів в регіоні.
- 4. Продовжувати вивчення досвіду реалізації реформ у сусідніх країнах з метою зосередження на найкращих методиках.** Перевага України, яка прийняла тверде рішення щодо започаткування широкомасштабної реформи охорони здоров'я у 2010-2011 рр., полягає в тому, що вона може скористатися досвідом 15-20 років успіхів та помилкових кроків в інших країнах регіону. Останнє видання ВООЗ *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition (Впровадження реформ фінансування системи охорони здоров'я: Уроки країн у перехідному періоді)*, за редакцією Джозефа Куцина (Joseph Kutzin), Шерил Кашин (Cheryl Cashin) та Мелітті Джакаб (Melitta Jakab) є чудово виконаною роботою з узагальнення того, чому інші країни навчилися з точки зору фактичної реалізації реформи фінансування охорони здоров'я, включаючи значення послідовності заходів для фінансування системи охорони здоров'я. Як говорить передмова до цієї книги, «Факти впевнено говорять про те, що «диявол - в деталях», і комплексний аналіз, який представлено у цій книзі, допоможе тим, хто приймає рішення – та їх радникам – зрозуміти ці деталі та досвід того, як країни виконували (чи не виконували) координацію різних інструментів політики фінансування охорони здоров'я». Використання досвіду сусідніх країн, які впроваджували подібні реформи (коли успішно, коли ні) допоможе спрямовувати Україну так, щоб і уникнути пасток, і краще забезпечити неминучість успішної реалізації. Цей отриманий практичний досвід можна зібрати як при перегляді документів, подібних цій книзі, за допомогою технічних консультацій, навчання та підвищення кваліфікації з питань реформування системи охорони здоров'я та її фінансування, спрямованого на реформування тих, хто буде реалізовувати цю реформу, так і за допомогою навчальних поїздок або обміну досвідом з іншими країнами.

- 5. Визначити можливості вертикального фінансування, які також можуть сприяти зміцненню системи охорони здоров'я.** Урядове та донорське фінансування попередження та лікування ВІЛ та ТБ є дуже важливим і повинно продовжуватися і збільшуватися, якщо можливо. Однак, оскільки додаткові фонди для реформи системи охорони здоров'я, ймовірно, обмежені, а економія внаслідок реструктуризації може бути отримана лише через декілька років, Уряд може зосередитися на пошуку можливостей для звернення та використання механізмів фінансування конкретних хвороб у вигляді каталізатора для покращення системи охорони здоров'я у ширшому масштабі. Гранти Глобального фонду та GAVI Alliance допомогли іншим країнам в регіоні зміцнити їхні системи охорони здоров'я, при одночасному зосередженні на покращенні надання конкретних послуг. Health Metrics Network також надавала гранти в регіоні для зміцнення ІСОЗ, допомагаючи забезпечити доступність для політиків даних виміру результатів діяльності системи охорони здоров'я та реалізації реформи.
- 6. Підтримувати середовище для фондів добровільного страхування здоров'я та лікарняних фондів.** Сьогодні великий відсоток населення України знаходиться під ризиком катастрофічних витрат на охорону здоров'я, і багато людей кажуть, що вони відмовлялися або відкладали звернення за лікуванням в минулому через високі витрати на медичну допомогу. Політична реформа буде недорогим засобом для Уряду щодо підтримки механізмів послаблення ризику і (потенційно) зростання приватного сектору охорони здоров'я, який може стати в нагоді для зняття на себе певної частки навантаження в державному секторі. Є потреба у забезпеченні політичної підтримки для заохочення швидшого зростання приватних (добровільних) схем страхування. Для груп населення з порівняно низькими доходами, лікарняні фонди за неприбутковою схемою можуть також стати перспективним механізмом об'єднання ризику. При певній підтримці з боку Уряду та донорів, лікарняні фонди можуть використовуватися як залежна схема об'єднання ризиків для домогосподарств з низькими доходами.
- 7. Закупівельна функція має бути покладена на адміністрацію, яка управляє акумульованими фінансами, а надання медичної допомоги - на заклади охорони здоров'я на різних рівнях.** І державні (Урядові) і приватні (комерційні та неприбуткові недержавні та релігійні організації) установи медичної допомоги, які відповідають кваліфікаційним критеріям, які визначено в існуючому законодавстві країни, повинні бути однаково доступними як постачальники медичних послуг відповідно до нової організації оплати постачальників і розглядатися як такі, що мають право на державне фінансування. Цей план сформульовано у порядку денному Урядової реформи системи охорони здоров'я і є вартою схвалення метою на середню за терміном перспективу.
- Функція закупівлі для системи медичної допомоги повинна включати два основні елементи: організаційна структура та системи оплати постачальників. Організаційна структура повинна чітко визначати того, хто є постачальником, а також перелік правил, які регулюють відношення між суб'єктом медичної закупівлі та іншими медичними, фінансовими та пов'язаними агенціями та регуляторами, а також різними постачальниками медичних послуг.
  - Є потреба у підвищенні кваліфікації у закупівельних навичках у рамках відповідної медичної адміністрації, а також у запровадженні чітких та прозорих механізмів нагляду та контролю за договірними умовами між закупівельником та постачальниками медичних послуг.

- Необхідна надійна система медичного інформування у поєднанні з якісними навичками ревізії медичної діяльності для забезпечення зведення до мінімуму слабких сторін, які притаманні будь-якій новій системі оплати постачальника.

**8. Пакет пільг, гарантованих державою (ПДП), повинен бути зменшений до обґрунтованого рівня, який може дозволити собі державний бюджет.** Хоча переглянутий ПДП і повинен фінансуватися з державного бюджету, для безкоштовного використання ПДП послуг, використання інших (не ПДП) медичних послуг повинно підпадати під офіційну оплату користувачами. Офіційні тарифи за використання не-ПДП послуг повинні бути відкрито представлені перед всіма державними закладами, які надають такі послуги, і користувачі повинні отримувати офіційну квитанцію за свою оплату. Це рекомендація на більш віддалену перспективу, оскільки повинна бути добре функціонуюча, ретельно розроблена схема перехресного субсидування для виключення незаможних та інших підгруп населення, які включені до категорії на субсидії. Приватні комерційні та неприбуткові заклади охорони здоров'я повинні мати безперешкодний доступ до державних (бюджетних) контрактів на надання послуг, так само, як і державні заклади повинні мати доступ до приватних фондів для збільшення їхньої прибуткової бази, надаючи допомогу, яка не підпадає під ПДП і за яку стягуються оплата – відповідно до умов і правил, визначених МОЗ та Мінфіном.

## 5.4 ВПРОВАДЖУВАТИ СТРАТЕГІЇ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Необхідно і далі удосконалювати процес розробки, затвердження та впровадження науково доказових клінічних настанов для пріоритетних станів здоров'я. Необхідно заохочувати професійні медичні асоціації до виконання провідної ролі у цьому процесі. Необхідно навчати заклади методологіям підвищення якості та підтримувати впровадження цих процесів на виконання нових або переглянутих настанов та оцінки результатів за основними показниками. Нарешті, Урядова закупівля медичних послуг через нові механізми оплати постачальників повинна супроводжуватися типовим зразком клінічного аудиту для забезпечення належної якості медичної допомоги, що надається, відповідним стандартам, які можуть бути сформульовані у контрактах між закупівельником та постачальником.

## 5.5 РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА ДОНОРІВ

Міжнародні організації та донори роблять відносно незначний внесок щодо загального фінансування надання медичної допомоги, хоча вони відіграють цілеспрямовану та ефективну роль у сферах певних хвороб та, як консультанти, є потенціалом підтримки для розробників Урядової реформи. Ці функції необхідно продовжувати і надалі та розширяти у випадку заходів щодо конкретних хвороб, щоб включити пряму підтримку поєднання надання медичних послуг та планування і реалізації Урядової реформи. Міжнародні організації, які надають технічну допомогу, можуть і далі забезпечувати сприяння та практичні, орієнтовані на дії дослідження та інструменти на підтримку розробки та впровадження реформування системи охорони здоров'я. Окремі ідеї щодо діяльності міжнародних організацій включають наступне:

1. Продовжувати ефективну координацію кампаній та зусиль у питаннях ВІЛ/СНІД, ТБ, контролю народжуваності та реформи охорони здоров'я. Уряд може отримати вигоду від технічної допомоги при інформування громадськості щодо плану реформ, прогресу та результатів.

2. Продовжувати/збільшувати фінансування для профілактики та лікування ВІЛ/СНІД та ТБ. Показники розповсюдження цих хвороб є сигналом тривоги, і Уряд не може спланувати і здійснити належні дії у відповідь у передбачуваному майбутньому – підтримка Глобального фонду, USAID та інших донорів гарантована.
3. Цілеспрямована політика Уряду України на реструктуризацію та повернення до життя системи невідкладної медичної допомоги може скористатися з технічної та фінансової міжнародної підтримки для розробки та реалізації. Кредит на реалізацію проекту для реструктуризації системи, обмежений пілотними областями на короткий період, є на часі.
4. Донори заохочуються до виконання координованих функцій з надання допомоги для навчання сімейних лікарів (покращення доклінічних навчальних планів) та програм перепідготовки (які терміново необхідні для реалізації реформ системи охорони здоров'я та переорієнтації системи на амбулаторну та ПМС допомогу).
5. Покращити програми/навчальні плани медичної освіти та програми менеджменту системи охорони здоров'я. Оцінити прогалини у системі навчання та надати поради щодо навчальних планів. Навчання/підготовка з менеджменту медичної допомоги є важливим пріоритетом. Донорська підтримка для підвищення кваліфікації при наданні такої підготовки може мати довготривалий вплив на ефективність реформи охорони здоров'я.
6. Міжнародні організації та донори можуть підтримувати зусилля з раціоналізації надання послуг через:
  - a. Визначення витрат при напрацюванні механізмів для раціоналізації медичних послуг, побудованої на інформації
  - b. Рекомендації щодо визначення первинної, спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги та відповідного впливу на потреби в послугах, персоналу та закладах
7. Донори можуть підтримувати оновлену фінансову звітність системи охорони здоров'я, включаючи субрахунки для ВІЛ, ТБ та контролю народжуваності, які забезпечать важливу інформацію по вихідних даних для відстеження впливу реформи системи охорони здоров'я, а також програмованого прийняття рішень.
8. Донори повинні і далі підтримувати безкоштовне розповсюдження контрацептивів за рахунок субсидій.
9. НУО та інші групи громадянського суспільства (такі, як професійні асоціації) у галузі охорони здоров'я, за підтримки донорів, відіграють все більш важливу роль у державному управлінні галуззю, і їм потрібно і надалі надавати підтримку.

## 5.6 ПОЗА МЕЖАМИ СЕКТОРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Впровадження реформ охорони здоров'я може сприяти більшій прозорості та підзвітності сектору охорони здоров'я. Основні дії можуть включати зміцнення методів закупівлі ліків та надання їм більшої прозорості; підтримку більш прозорих і побудованих на заслугах критеріїв відбору міністерського штату, керівників закладів та Урядових програм з охорони здоров'я, та сприяння реформам, які покликані зняти неефективне використання ресурсів та втрати у секторі охорони здоров'я. Уряд України може також виступити за впровадження багатоцільових стратегій для кращого розуміння та вирішення прихованих причин для неофіційних та нелегальних платежів за медичні послуги. Розробка механізмів звернення до пацієнтів стосовно висловлення ними

коментарів стосовно наданих послуг та реагування на них може сприяти контролю за постачальниками, місцевими органами влади та самими Урядом щодо їх відповідальності за надання гарантованого пакету безкоштовних послуг з високою якістю.

Сектор охорони здоров'я може бути пов'язаний з ширшими реформами державних фінансів, які здійснюються у рамках Урядової діяльності, і навіть виступати пілотним сектором для удосконалення. Оскільки фінансування системи охорони здоров'я є основним компонентом реформ, безумовно, будуть зв'язки та питання щодо того, як здійснюється фінансування та управління медичними послугами, ширші зусилля Уряду на краще управління фідучіарними ризиками та забезпечення ефективного використання Урядових ресурсів.

Уряд України може розглянути програмні заходи, які сприяють кращому бізнес - середовищу для діяльності приватних медичних установ, зокрема, навчання бізнес - менеджменту та підтримка зв'язків з ринком. Програми, які підвищують потенціал постачальників бізнес - підтримки (таких, як асоціації та фірми з бізнес - тренінгу та консультацій) можуть надати важливу підтримку для всебічної підготовки постачальників медичних послуг до роботи. Покращення доступу до фінансування та кредитування для приватних підприємств системи охорони здоров'я може допомогти заохоченню медичних постачальників залишатися у своїй сфері (замість еміграції або пошуку роботи у фармацевтичній компанії) в країнах, де заробітна плата працівників низька, за рахунок надання їм ринкових можливостей.





## ДОДАТОК А: СХЕМА ДОНОРСЬКИХ ПРОГРАМ ПО ВІЛ/СНІД, ТБ ТА КОНТРОЛЮ НАРОДЖУВАНОСТІ

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)	“Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні шляхом надання послуг та інформації (SUNRISE)	Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІДу	ВІЛ/СНІД	<p>Зменшення передачі ВІЛ через цільову роботу з групами високого ризику (ін'єкційні наркомани, працівники секс-бізнесу, сироти та вразливі діти, інваліди та ув'язнені) та надання профілактичної інформації, добровільних консультацій та виконання діагностики для ін'єкційних наркоманів та осіб, які підпадають під ризик передачі ВІЛ сексуальним шляхом.</p> <p>Забезпечення якісної медичної допомоги та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та інших груп, вражених епідемією</p> <p>Зміцнення потенціалу місцевих неурядових організацій та громад для забезпечення та оцінки послуг по ВІЛ/СНІД</p>	08/19/2004–08/18/2011	\$8,2 млн.	<p>Дніпропетровська, Донецька, Київська, Миколаївська, Одеська області, АРК</p> <p>Проект поширено на Херсонську та Черкаську області</p>	<p>Міністерство охорони здоров'я</p> <p>Міністерство освіти</p> <p>Український центр СНІДу</p> <p>Мережа для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД</p>
	<b>Контроль ТБ в Україні</b>	PATH	ТБ	<p>Підвищення кількості виявлення випадків ТБ до показника 70% та рівнів лікування ТБ до 85% до 2011 року</p> <p>Покращення профілактики та діагностики та лікування ТБ</p> <p>Розширення рівня охоплення та якості DOTS - лікування</p>	09/30/2007–09/30/2011		Київ, Дніпропетровська, Херсон, Донецьк, Крим, Запоріжжя, Харків	Міністерство охорони здоров'я, центри ТБ
	<b>Разом до здоров'я (РДЗ)</b>	JSI	Контроль народжуваності/	Розширення послуг з репродуктивного здоров'я / контролю народжуваності та робота над зменшенням кількості штучних абортів та інфекцій, які	10/01/2005–09/30/2011		Львів, Київ, Харків	Міністерство здоров'я Центри контролю

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
			Репродуктивне здоров'я	<p>передаються статевим шляхом</p> <p>Покращити доступ до контрацептивів та підвищити перелік доступних контрацептивів</p> <p>Розвинути потенціал українських послуг з репродуктивного здоров'я / контролю народжуваності та забезпечити постачання послуг з контролю народжуваності відповідною кількості необхідних товарів</p>				народжуваності та репродуктивного здоров'я
	Проект здоров'я матері та дитини II	JSI	Здоров'я матері і дитини	<p>Реалізувати та підвищити використання доказової медицини у рамках ОХМД в Україні</p> <p>Допомагати із розгортанням родових палат, пристосованих для родини, та заохочувати фізичний контакт, раннє годування груддю та спільне перебування матерів і новонароджених в одній палаті. Зменшення амніотомій та епізіотомій</p> <p>Робота над переглядом навчальних планів з акушерства у медичних закладах і поточній підготовці акушер-гінекологів, акушерок та медсестер</p>	2006–2010		Волинь, Львів, Житомир, Кіровоград, Київ, Полтава, Крим	Міністерство охорони здоров'я Обласні управління охорони здоров'я
	Проект потенціалу лікування ВІЛ/СНІД	Futures Group	ВІЛ/СНІД	<p>Зміцнювати та покращувати національну та місцеву політику щодо ВІЛ/СНІД та скорочувати регуляторні, правові та бюджетні бар'єри для розширення послуг з ВІЛ/СНІДу та програм щодо доступу до ВІЛ діагностики, лікування та догляду і послуг для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Робота програм зосереджена на особах з груп ризику: ін'єкційні наркомани, секс - працівники, сироти та вразливі діти, немовлята, народжені ВІЛ позитивними жінками, та чоловіків, які мають секс з чоловіками</p> <p>Встановлення зв'язків між державними та громадськими організаціями щодо ВІЛ/СНІДу</p>	2007–2012		Київ	Міністерство охорони здоров'я Коаліція НУО з лікування ВІЛ Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД Проект НАДІЯ

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
	Зміцнення фармацевтичної системи	Management Sciences for Health	ВІЛ/СНІД, ТБ	<p>Підсилення потенціалу глобальних ініціатив та партнерів в управлінні фармацевтичними товарами для розширення DOTS.</p> <p>Підвищення потенціалу національних програм охорони здоров'я для розробки, направлення запиту та контролю відповідних заходів для забезпечення безперервного постачання якісних товарів для спільних ін'єкцій від ТБ/ВІЛ</p> <p>Надання технічного керівництва у фармацевтичному менеджменті для партнерів в ЗУПИНИМО ТБ, які розробляють нові інструменти для ТБ</p>	2006–2015		По всій країні	<p>Міністерство охорони здоров'я</p> <p>Національний ТБ центр</p> <p>Державна служба ліків та медичних препаратів</p> <p>Державне інспекція з контролю якості лікарських засобів</p>
	Програма керівництва, лідерства та стабільності	Management Sciences for Health	ВІЛ/СНІД, ТБ, контроль народжувальності, репродуктивне здоров'я	<p>Формування керівників та менеджерів для досягнення результатів у сферах репродуктивного здоров'я, ВІЛ/СНІД, інфекційних хвороб та здоров'я матері і дитини</p> <p>Співпраця з організаціями охорони здоров'я у приватному і державному секторах для створення сталих програм і систем і покращення керівництва і управління через підсилення систем управління та покращення керівництв у всій системі</p> <p>Покращення діяльності організацій охорони здоров'я на всіх рівнях, розвиток кадрів та здатності до передбачення та ефективного реагування на зміну зовнішніх умов</p>	2005–2010		по всій країні	<p>Міністерство охорони здоров'я</p> <p>Організації громадянського суспільства</p> <p>НУО ВІЛ/СНІД</p>
	Системи охорони здоров'я 20/20	Abt Associates Inc.	ВІЛ/СНІД, ТБ, контроль народжувальності, репродуктивне здоров'я	<p>Аналіз української національної системи охорони здоров'я та надання політикам та керівникам програм інформації щодо методів зміцнення системи в цілому, включення сфер державного управління, фінансування охорони здоров'я, надання медичних послуг, кадрів, фармацевтичного менеджменту та інформаційних систем охорони здоров'я</p> <p>Підвищення кваліфікації місцевого персоналу шляхом</p>	триває	US\$ 1895000	по всій країні	Міністерство охорони здоров'я

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				<p>набору та навчання працівників МОЗ та лікарень у Криму</p> <p>Рекомендація практичних рішень для реструктуризації лікарень, зокрема консолідації зайвих послуг та послуг, які недостатньо використовуються, переорієнтація надлишкового потенціалу на догляд, який відповідає потребам населення у медичних послугах, та створення інтегрованого підрозділу з різноманітними послугами, які доповнюватимуть одна одну</p>				
Глобальний фонд боротьби проти СНІДу, ТБ та малярії	Раунд 1	Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	ВІЛ/СНІД	<p>Покращений доступ до АРВ для людей, які живуть з ВІЛ</p> <p>Розширена програма профілактики для населення груп ризику, зосередження на ін'єкційних наркоманах, працівницях комерційного сексу, чоловіках, які мають секс з чоловіками, ув'язнених та молоді у групі ризику</p> <p>Запровадження інформаційних кампаній для зменшення стигматизації людей, які живуть з ВІЛ</p>	15 березня 2004–31 березня 2009	US\$ 90141694	по всій країні	МОЗ Український центр СНІДу НУО ВІЛ/СНІД
	Раунд 6	Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	ВІЛ/СНІД	<p>Започатковано опіоїдну замісну терапію</p> <p>Співпраця з урядовими органами охорони здоров'я для лікування умовно-патогенних інфекцій</p> <p>Покращення можливості надання загального доступу до профілактики ВІЛ для груп ризику, включаючи дітей, що живуть на вулиці</p>	01 серпень 2007–31 липень 2012	US\$ 79 222 821	по всій країні	
	Раунд 6	Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	ВІЛ/СНІД	<p>Співпраця з надання загального доступу до лікування, догляду та послуг підтримки для людей, які живуть з ВІЛ</p> <p>Розширення лікування для маргінальних груп населення (зокрема на ін'єкційних наркоманах, через розширення антиретровірусного лікування, соціальну</p>	01 серпень 2007–31 липень 2012	US\$ 52 314 214	по всій країні	

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				підтримку, паліативне лікування, діагностику коінфекції ТБ/ВІЛ, поради із наркозалежності та психосоціальна підтримка та догляд для людей, які живуть з ВІЛ.				
	Цикл 9	Благодійний фонд «Розвиток України»	ТБ	Оптимізація мережі лабораторій ТБ у цивільних та пенітенціарних об'єктах  Покращення доступу до послуг ТБ з усіх потреб, включаючи DOTS, та лікування і діагностика МЛС-ТБ, та для одночасного захворювання на ТБ/ВІЛ  Підвищення потенціалу українського Уряду щодо впровадження програм з ТБ  Мобілізація політичної підтримки для зменшення громадського несприйняття хворих на ТБ та сприяння кращій діагностиці та лікуванню	2011–2013	\$ 26693383 (вибрано до березня 2011)	по всій країні	Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД  Всеукраїнський центр контролю ТБ  Світовий банк  Укрвакцина (державне підприємство)
	Цикл 10	Український центр СНІДу (УНС), МОЗ,  Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД  Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	ВІЛ/СНІД	Розширення профілактичних послуг та збільшення масштабів лікування, медичної допомоги та підтримки  Розбудова потенціалу Уряду та відповідальності за ведення програм, пов'язаних з групами найбільшого ризику та людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД  Децентралізація прийняття рішень з ВІЛ/СНІД  Надання ширшої можливості висловлюватися людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, про доступ до лікування та діагностики, та з точки зору зменшення громадського осуду  Покращення якості систем моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД	2012–2016	\$ 305535421 (запит)	по всій країні	МОЗ  Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів  Центральна лабораторія контролю якості ліків та медичних препаратів  Лабораторія фармацевтичного аналізу  Робоча група з лікування
Благодійний фонд «Розвиток	Український центр	даних немає	ТБ	Створення Центру для медичної, психологічної та	2007–2011		по всій країні	Міністерство

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
України»	медичної, психологічної та соціальної реабілітації дітей з ТБ			соціальної реабілітації дітей з ТБ Надає лікування та реабілітацію для 1440 дітей з ТБ				охорони здоров'я Московський дитячий центр ТБ в Сімеїзі Інститут фтизіатрії та пульмонології імені Яновського
	Контроль якості ліків проти ТБ	даних немає	ТБ	Контроль якості лікування проти туберкульозу в Україні та підтримка умов кращого лікування та використання високоякісних ліків	2007–2011		по всій країні	Міністерство охорони здоров'я Комітет боротьби проти ВІЛ/СНІД та ТБ Державна служба ліків та медичних препаратів Державна інспекція контролю якості ліків Мережа людей, які живуть з ВІЛ ВООЗ
	Покращення ситуації ТБ	даних немає	ТБ	Розробка політики та правової бази для ТБ, забезпечення прийняття окремих поправок для покращення умов і захисту від ТБ. Лікарі для надання високоякісної діагностики та лікування	2007–2009		Центральний Уряд	Міністерство охорони здоров'я Комітет боротьби проти ВІЛ/СНІД та ТБ Лікарі ТБ на місцях
	Підтримка наукових і	даних немає	ТБ	Надання грантів на академічні дослідження з ТБ та	жовтень		по всій країні	Інститут фтизіатрії та пульмонології

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
	прикладних досліджень, проведення науково-практичних та соціально важливих конференцій			презентація документів  Зокрема, гранти для Інституту фтизіатрії та пульмонології імені Яновського, Львівського науково-дослідного інституту епідеміології та гігієни та Харківської медичної академії післядипломної освіти	2007–2008			імені Яновського  Наукові організації Міністерства охорони здоров'я
	Боротьба проти епідеміє ТБ у Донецькій області	даних немає	ТБ	Запуск системи М і О для лікування ТБ  Спостереження за ефективністю заходів щодо попередження розповсюдження ТБ, стійкого до ліків	2007–2011	50 млн. грн.	Донецька область	Донецька обласна рада та обласна державна адміністрація
	Інформаційна кампанія	даних немає	ТБ	Реалізація медіа кампанії, з використанням соціальної реклами на ТВ, радіо та ЗМІ, для підвищення поінформованості про діагностику ТБ та профілактику  Створення гарячої лінії з ТБ для забезпечення інформації щодо туберкульозу	2007–2011	UAH 5 370 851,52	по всій країні	
Шведська агенція з міжнародного розвитку (SIDA)	Проект ВІЛ/СНІД для секс працівників	СНІД Фондація Схід-Захід	ВІЛ/СНІД	Профілактичні послуги по ВІЛ для працівників комерційного сексу	2007–2010	EUR 545 000	Кіровоград, Вінниця, Харків	Міністерство охорони здоров'я
	Скорочення випадків ВІЛ серед молоді в Україні	UNFPA, UNDP та UNICEF	ВІЛ/СНІД	Поширення презервативів, підтримка прав людини серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, профілактика зараження від дитини від матері	2006–2009	EUR 1090909	Крим, Харків, Миколаїв, Херсон та Дніпропетровськ	Міністерство охорони здоров'я
	Convictus Комплексна трьох етапна програма стажування та	Convictus Україна, Convictus Швеція	ВІЛ/СНІД	Праця з ВІЛ позитивними колишніми в'язнями для забезпечення їх доступу до програм лікування та попередження нового використання наркотиків	2008–2011	13630000 шведських крон	по всій країні	Convictus-Україна, Мінюст, Державне управління виконання покарань

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
	реінтеграції у суспільство після в'язниці, Етап II							
Швейцарська агенція розвитку та співпраці/ (SADC)	Покращення перинатальної охорони здоров'я в Україні	даних немає	контроль народжуваності/ репродуктивне здоров'я	Покращити надання, доступ та якість профілактичних та лікувальних перинатальних послуг з державної охорони здоров'я	2005–2007	CHF 2400000	Пілотна програма у Донецькій та Рівненській областях  Програма роботи в Івано-Франківській та Волинській областях	Міністерство охорони здоров'я
	Програма здоров'я матері і дитини в Україні 2008–2010	даних немає	контроль народжуваності/ репродуктивне здоров'я	Сприяння послугам з охорони здоров'я матері і дитини Інтеграція перинатальних послуг в ОХМД Надання інформації про найновіші методи і технології ОХМД Покращення управління ОХМД	2008–2011	CHF 3283000	Волинська, Івано-Франківська, Вінницька, Донецька області та Автономна Республіка Крим	Міністерство охорони здоров'я Національна медична академія післядипломної освіти Обласні та районні управління охорони здоров'я Медичні університети
	Впровадження стратегічного підходу до вирішення проблем політики, програми та		контроль народжуваності/ репродуктивне здоров'я	Оцінка потреб клієнтів щодо абортів та контрацепції та надання рекомендацій для зменшення небажаної вагітності та стигматизації абортів, покращення послуг з абортів та формування рівноправного доступу до комплексної медичної допомоги при аборті	2007–2010	CHF 700000	Київська, Вінницька та Донецька область	Міністерство охорони здоров'я  Асоціації з контролю народжуваності у



Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
	наукових-досліджень щодо абортів та контрацепції в Україні							Вінницькій та Донецькій областях
Агенція технічної співпраці/  Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)	Реформа системи охорони здоров'я та профілактики ВІЛ	даних немає	ВІЛ/СНІД	Рекомендації МОЗ з питань боротьби проти ВІЛ/СНІД та надання допомоги постачальникам послуг, що працюють з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД  Встановлення мереж з особливою метою поєднання рекомендацій для Уряду з тренінгами по профілактиці ВІЛ для державного сектору та НУО	листопад 2006– жовтень 2009		Рівень центрального Уряду	Міністерство охорони здоров'я
	Ініціатива німецько-українського партнерства для протидії ВІЛ/СНІД	даних немає	ВІЛ/СНІД	Розвинути відносини консультацій та підтримки між німецькими та українськими організаціями, які націлені на групи ризику по ВІЛ/СНІД  Рекомендувати українському міністерству охорони здоров'я розробити національну кампанію боротьби проти СНІДу, з залученням обміну робочими дослідженнями між німецькими та українськими медичними посадовцями для розробки заходів по залученню коштів, по кампаніях та моніторингу і оцінці реалізації програм	2008 - 2010		Західна Україна та Донецька область	Міністерство охорони здоров'я
Дитячий фонд організації ООН/ (UNICEF)	ВІЛ/СНІД. Програма для дітей та молоді	даних немає	ВІЛ/СНІД	Співпраця з урядовими партнерами щодо забезпечення дотримання прав дітей та жінок, які живуть з ВІЛ, при національній боротьбі з ВІЛ/СНІДом  Підтримка медичної допомоги, орієнтованої на молодь, та моніторинг якості та доступності цих послуг  Надання допомоги Уряду та громадянському суспільству зі створення інформаційної бази соціально знедолених та вразливих підлітків	триває		по всій країні	Міністерство охорони здоров'я  Обласні та районні управління охорони здоров'я  Громадські організації

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				<p>Розробка послуг, які попереджують молодь від потрапляння в ситуації підвищеного ризику через покращення навчання життєвим навичкам</p> <p>Формування у молоді та дітей, як в школі, так і поза школою, життєвих навичок, які повинні захистити їх від інфікування ВІЛ</p> <p>Попередження передачі від матері до дитини шляхом покращення потенціалу медичних закладів</p> <p>Підтримка антиретровірусної терапії для жінок і дітей</p>				
	Програма здоров'я дітей та розвитку	даних немає	Контроль народжуваності/репродуктивне здоров'я	Реалізація «Розширеної ініціативи лікарні, орієнтованої на дітей» та використання підходу інтегрованого менеджменту дитячих хвороб для покращення якості доступу до ПМСД для матерів і дітей	триває		по всій країні	Міністерство охорони здоров'я
Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)	ВІЛ/СНІД	даних немає	ВІЛ/СНІД	<p>Розробка регулярного оновлення національних положень, які пов'язані з антиретровірусною терапією та опортуністичними інфекціями у дорослих і дітей, профілактикою передачі захворювання від матері до дитини та співіснуванням станів, таких як наркотична залежність, ТБ та гепатит.</p> <p>Впровадження системи моніторингу пацієнтів для кращого відстеження лікування ВІЛ/СНІДу та покращення догляду за пацієнтами</p> <p>Формування робочої групи для вироблення національного плану боротьби з гепатитом</p> <p>Підтримка розширення програм лікування ін'єкційних наркоманів та доступу до лікування венерологічних захворювань і вакцинації проти гепатиту Б</p> <p>Створення достатніх можливостей для</p>	триває		центральний Уряд	<p>Благодійний фонд «Розвиток України»,</p> <p>USAID</p> <p>Глобальний фонд</p> <p>Міністерство охорони здоров'я</p>

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				<p>навчання та організація роботи Робочої групи МОЗ щодо кадрів для лікування ВІЛ та ТБ</p> <p>Розробка національної стратегії протидії наркотикам</p> <p>Забезпечення наявності надійної інформації про епідемію ВІЛ/СНІД</p>				
	ТБ		ТБ	<p>Підтримка впровадження стратегії СТОП ТБ на національному та регіональному рівнях</p> <p>Розробка програми МЛС-ТБ</p> <p>Впровадження спільних дій проти ТБ/ВІЛ</p> <p>Консолідація національної лабораторної мережі ТБ на всіх рівнях та впровадження системи контролю якості</p> <p>Визначення та розгляд критичних перешкод для системи охорони здоров'я, які перешкоджають ефективній діагностиці, профілактиці, та/або лікуванню ЛС-ТБ в Україні, включаючи використання стратегічної інформації, планування використання людських ресурсів, організації закупівлі та постачання, роль ПМСД при контролі ТБ, а також фінансування</p>	триває		Дніпропетровськ, Донецьк, Херсон, Крим	
	Контроль народжуваності	даних немає	Контроль народжуваності/репродуктивне здоров'я	<p>Розробка навчального модуля для постачальників медичних послуг, які працюють з підлітками найвищого ризику (модуль MARA).</p> <p>Започаткування комплексного лікування при небажаній вагітності</p> <p>Проведення стратегічної оцінки політики, програми на наукових досліджень, пов'язаних з небажаною вагітністю в Україні</p>	2007–2011		по всій країні	

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
Світовий банк	Технічна допомога Уряду України	Світовий банк		Починаючи з 2008 року, Світовий банк активно надає технічну допомогу українському Уряду щодо питань охорони здоров'я. Остання технічна допомога включає роботу з Урядом щодо збирання даних для серії «Охорона здоров'я та демографія» та обговорення з урядовими посадовцями важливості даних, пов'язаних з кризою смертності в Україні. Світовий банк підготував розділ «Охорона здоров'я» у відкритому фінансовому звіті за 2008 р. У 2010 р. Світовий банк надав та обговорив з Урядом зміст двох документів Світового банку стосовно реформи охорони здоров'я, зазначаючи передумови для пілотних проектів з охорони здоров'я. Світовий банк завершив також ряд презентацій державно-приватного партнерства, спрямованих на питання реформи охорони здоров'я, для Адміністрації Президента та Міністерства охорони здоров'я, у 2010 і 2011 роках	2008–триває		Центральний Уряд	
	Розробка державної системи статистики для проекту моніторингу та соціально-економічної трансформації	Світовий банк		Розбудова сталої державної статистичної системи для своєчасного та точного подання даних для оцінки політики та прийняття рішень серед агенцій національного рівня	липень 2010– грудень 2012	\$4 млн.	Національний рівень	Міністерство фінансів  Система інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ)
	Проект контролю за туберкульозом та ВІЛ/СНІД	даних немає	ТБ, ВІЛ/СНІД	Впровадження національної стратегії для ТБ та ВІЛ/СНІД, адаптованої до світового стандарту  Проект включає:  Навчання спеціалістів ТБ, лабораторних техніків, терапевтів, епідеміологів, статистиків та медсестер виявленню та лікуванню ТБ, а також відповідному	грудень 2002– вересень 2009	\$43 млн.	загальнодержавний та обласний рівні,  Система в'язниць	Міністерство охорони здоров'я  Державне управління в'язниць

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				<p>моніторингу нагляду за лікуванням та його результатами</p> <p>Фінансування закупівлі технічного обладнання та навчання використанню обладнання для покращення діагностики ТБ та ВІЛ, у т.ч. з акцентом на в'язнях</p> <p>Фінансування ліків першої лінії для лікування ТБ, опортуністичних інфекцій при ВІЛ для попередження передачі від матері до дитини</p> <p>Кампанії у ЗМІ про профілактику та лікування ТБ та ВІЛ</p> <p>Кампанії попередження ВІЛ, націлені на групи високого ризику, особливо у в'язницях</p> <p>Контроль та оцінка рівнів виникнення та розповсюдження ТБ та ВІЛ, програм лікування та профілактики</p> <p>Допомога та підтримка людей, які живуть з ВІЛ/ СНІД</p>				<p>WHO, USAID, UNICEF, UNFPA</p> <p>Київський інститут фтизіатрії та пульмонології</p>
Фонд народонаселення ООН (UNFPA)	ВІЛ/СНІД	даних немає	Контроль народжуваності/ репродуктивне здоров'я	<p>Консультавання Уряду України з національної стратегії щодо репродуктивного здоров'я, особливо впровадження стратегії, моніторингу та оцінки та встановлення консультаційних служб</p> <p>Закупівля та розподілення контрацептивів через місцевих партнерів, в т.ч. формування соціального маркетингу для контрацептивів</p> <p>Включення питань охорони здоров'я у більш загальні та спільні питання репродуктивного здоров'я</p> <p>Навчання журналістів та медичних працівників з питань репродуктивних прав та важливості репродуктивного здоров'я для громадськості</p> <p>UNFPA є активним учасником спільної програми ООН з профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні під назвою «Дій</p>	триває		центральний Уряд	<p>Міністерство охорони здоров'я</p> <p>Міністерство освіти та науки</p> <p>Міністерство оборони</p> <p>Міністерство внутрішніх справ</p> <p>Державний комітет статистики</p> <p>Міністерство у справах родини, дітей та молоді</p> <p>Громадський рух</p>

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				зараз» Робота над профілактикою ВІЛ/ІПСШ зосереджена на армії, внутрішніх військах, міліції та прикордонниках При співпраці з UNHCR та НУО надає послуги з репродуктивного здоров'я біженцям, які живуть в Україні.				*Віра, Надія, Любов» (НУО)
Червоний Хрест	даних немає	даних немає	ТБ, ВІЛ/СНІД	Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу та ТБ Впровадження програм догляду та допомоги на дому для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	триває		Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Полтавська, Харківська, Кіровоградська, Київська, Житомирська та Чернігівська області, Крим	МОЗ Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД
Фонд Сороса/ Міжнародний фонд «Відродження»	Міжнародна програма зменшення шкоди	даних немає	ВІЛ/СНІД	Забезпечує обмін голوک Розповсюджує презервативи Надає медичні товари для послуг ВІЛ/СНІДу Підтримує права людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та вразливих груп населення Працює з Урядом та громадськими організаціями з питань законодавства для обмеження перевезення наркотиків у контексті ВІЛ/СНІД	1999–триває		по всій країні	Міністерство охорони здоров'я Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД Організації громадянського суспільства Альянс СНІД в Україні

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
Фонд Клінтона		даних немає	ВІЛ/СНІД	Закупівля та надання АРВТ Технічна допомога з закупівлі на надання послуг з АРТ та підвищення кваліфікації лікарів для лікування опортуністичних інфекцій Надання діагностики, лікування та догляду за ін'єкційними наркоманами лише в Дніпропетровській області Програма метадонової підтримки (300 пацієнтів) в Дніпропетровській області, зосереджених в одній області	2004–present		Дніпропетровськ (локалізовано), по всій країні	Міністерство охорони здоров'я Численні НУО
Об'єднана програма ООН проти ВІЛ/СНІД (UNAIDS)			ВІЛ/СНІД	Метадонова замісна терапія для ін'єкційних наркоманів Моніторинг та оцінка ВІЛ/СНІД (оцінка 2008 року допомогла Україні підготувати діючі плани по ВІЛ/СНІД) Поінформованість по ВІЛ/СНІД			по всій країні	Міністерство охорони здоров'я Обласні управління охорони здоров'я
Програма розвитку ООН (UNDP)	Державне управління проблемами ВІЛ/СНІД в Україні		ВІЛ/СНІД	Підвищення потенціалу урядових агенцій з розвитку, започаткування, планування та управління програмами ВІН/СНІД та протидією СНІД Включення питань ВІЛ/СНІД у галузях праці (відсутність дискримінації) та туризму Підвищення потенціалу регіональних органів на рівні області, району, міста та громади щодо розбудови спроможності у реалізації програм проти ВІЛ Надання технічних консультацій та допомога з моніторингом прав людини стосовно людей, уражених ВІЛ	січень 2005– грудень 2010	US\$ 1860347	Харків, Миколаїв, Херсон, Дніпропетровськ, Луганськ, Івано-Франківськ, Полтава, Чернігів, Миколаїв, Одеса, Запоріжжя, Хмельницький, Крим	Міністерства сім'ї, молоді та спорту, праці та соціальної політики, культури і туризму, освіти та науки Державна служба зайнятості Верховна Рада України Місцеві ради та адміністрації, соціальні послуги для молоді

Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
								<p>Центри ВІЛ/СНІД</p> <p>Мережа людей, які живуть з ВІЛ в Україні</p> <p>Об'єднання організацій з надання лікування проти ВІЛ</p> <p>Пенітенціарна мережа в Україні</p>
	Попередження ВІЛ/ІПСШ в воєнізованих службах в Україні		ВІЛ/СНІД	<p>Започаткування постійної освітньої програми з профілактики ВІЛ/ВЗ, життєвих навичок/ безпечної поведінки та сприяння здоровому способу життя серед в українській армії, силах безпеки та правопорядку</p> <p>Сприяння діагностиці на ВІЛ/ІПСШ, послуг з добровільних консультацій та діагностики для воєнізованих служб</p>	січень 2005– вересень 2009	\$2,9 млн.	по всій країні	<p>Міністерство оборони</p> <p>Міністерство внутрішніх справ</p> <p>Внутрішні війська</p> <p>Прикордонна служба</p> <p>Караульна служба України</p>
Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД Україна	даних немає		ВІЛ/СНІД	<p>Управління та адміністрування Циклами 1 та : Глобального фонду, в т.ч. закупівля АРВ, навчання медичного персоналу, залученого до надання лікування, допомоги та підтримки, забезпечення профілактики, підтримка необхідного покращення національної системи епідеміологічного нагляду</p> <p>Буде діяти як основний отримувач Раунду 10 Глобального фонду</p> <p>Діагностика та лікування ІПСШ серед груп ризику</p> <p>Підвищення доступності даних ВІЛ/СНІД для аналізу</p>	2000–2009 Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД 2009– і зараз як незалежна організація Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД Україна		по всій країні	<p>Український центр СНІД</p> <p>Міністерство охорони здоров'я</p> <p>Фонд Сороса</p> <p>Мережа людей, які живуть з ВІЛ /СНІД</p>



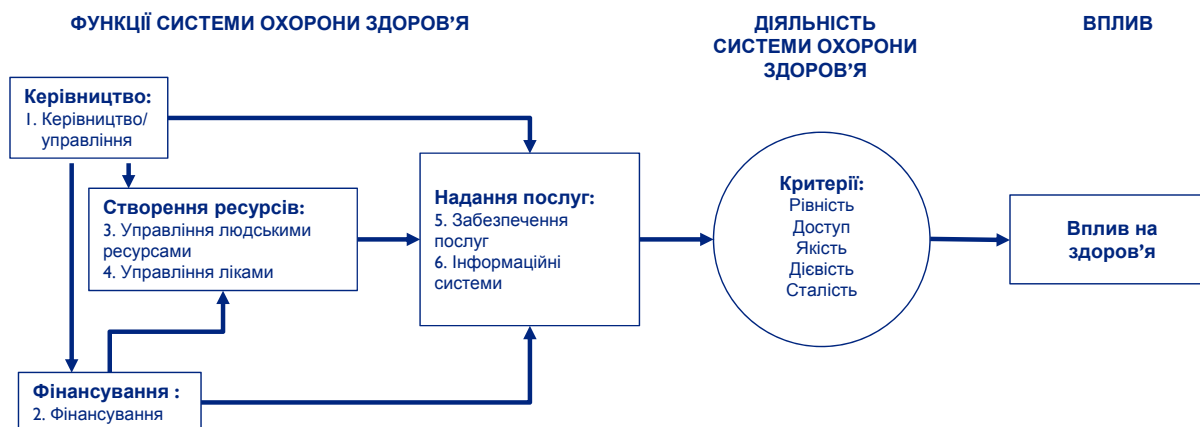
Донор	Назва проекту	Агенція з впровадження	Сфера заходів	Дії	Час та тривалість	Сума фінансового зобов'язання	Місце проекту	Партнер
				Надання невеликих грантів організаціям з ВІЛ/СНІД, які базуються у громадах				
Фонд Олени Франчук «АНТИСНІД»	даних немає	даних немає	ВІЛ/СНІД	Інформаційні та рекламні кампанії щодо ВІЛ/СНІД Підтримка людей, які живуть з ВІЛ/СНІД Мобільні клініки для надання медичних послуг для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД Гранти лікарям для придбання ліків на лікування СНІД пацієнтів Залучення приватного сектору до профілактики, допомоги і лікування ВІЛ/СНІД Підтримка Фонду Клінтона та надання АРВ Допомога ВІЛ-позитивним сиротам	2004–досі	\$7,5 млн.		Міністерство охорони здоров'я Фонд Клінтона Дніпропетровська область Медком Україна Мережа людей, які живуть з ВІЛ /СНІД
Фонд Віктора Пінчука	Колиски надії		ВІЛ/СНІД	Розвиток мережі неонатальних центрів по всій країні, з найновішим медичним обладнанням та навченим медичним персоналом Підготовка терапевтів до неонатальної допомоги Підтримка закупівлі та надання АРВ через фонд Клінтона	2006–триває			Міністерство охорони здоров'я Фонд Клінтона Київське обласне управління охорони здоров'я
Фонд профілактики СНІДу та зловживань речовинами (SAAPF)	даних немає		ВІЛ/СНІД	Забезпечує профілактику та програми зменшення наркозалежності та ВІЛ/СНІДу Надає психологічну допомогу та поради для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та наркоманів				Міністерство охорони здоров'я Фонд Олени Франчук

# ДОДАТОК В: МЕТОДОЛОГІЯ

## МЕТОДИ АНАЛІЗУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Цей аналіз було адаптовано відповідно до «Методи аналізу систем охорони здоров'я : Посібник з дії» USAID (*Health Systems Assessment Approach: A How-to Manual* (Islam, 2007), який був застосований у більш ніж 20 країнах. Метод АСОЗ базується на схемі систем охорони здоров'я ВООЗ, яка складається з шести блоків побудови системи охорони здоров'я (ВООЗ, 2000) (Дивись зображення В.1). Методологія аналізу складається з огляду результатів діяльності країни відповідно до переліку міжнародно-визнаних показників, який здійснюється на підставі ознайомлення з наявними письмовими джерелами і статистикою, співбесід з основними інформантами, виїздів на місце для отримання подальшої інформації та даних і зустрічей з зацікавленими сторонами для підтвердження висновків та аналізу рекомендацій.

### ЗОБРАЖЕННЯ В.1. СХЕМА АНАЛІЗУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я «СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 20/20»



Оскільки аналіз був *швидким*, група АСОЗ в Україні не збирала первинні кількісні дані, а більшою мірою узагальнювала та аналізувала наявні дані щодо всіх компонентів системи охорони здоров'я для оцінки того, як система діє в цілому, і для визначення перешкод і можливостей, які є наскрізними для численних компонентів системи.

Такий підхід було адаптовано до конкретних очікувань USAID/Україна в 2011 році, що було закріплено в обсязі роботи групи.

## ЕТАП I: АНАЛІЗ ДОКУМЕНТІВ ТА СПІВБЕСІДИ

Перший етап АСОЗ в Україні полягав у виконанні кабінетного дослідження. Було визначено вихідні матеріали (дивися додаток Е) про українську систему охорони здоров'я та програми ВІЛ/СНІД, ТБ та контролю народжуваності на підставі даних Інтернету, рекомендацій USAID/Україна та основних

інформантів, з якими було встановлено контакти до приїзду в Україну. Окрім цього, за допомогою Бази даних систем охорони здоров'я ([www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)), було упорядковано дані понад 80 показників ВООЗ, Світового банку, Дослідження з демографії та охорони здоров'я (DHS), UNICEF, UNAIDS та інших міжнародних джерел. Ці дані включали середні контрольні показники для групи регіонального порівняння по країнах, які раніше було республіками Радянського Союзу, а тепер є членами СНД та ЄС. У різних розділах цього звіту є прямі порівняння даних по охороні здоров'я між Україною та обраними країнами, головним чином Білоруссю, Угорщиною, Молдовою, Польщею, Румунією, Росією та Словаччиною.

Група аналізу провела численні консультації з USAID/Україна, щоб опрацювати пріоритетні сфери інтересу для АСОЗ, визначити основних інформантів та логістичних радників та вибрати області для виїздів на місця. На додаток, група переговорила з офісом USAID у Вашингтоні (країни Європи та Євразії) щодо питань охорони здоров'я в Україні.

Технічний координатор групи аналізу відвідав Київ 13-19 лютого 2011 року для надання допомоги з логістичною організацією аналізу системи охорони здоров'я. Мова йде про зустріч в USAID/Україна, уточнення завдання щодо розвитку та координації АСОЗ, представлення групи та подання запиту про зустрічі в український Уряд (на національному, обласному та районному рівнях), а також з представниками Об'єднаних Націй та підтвердження обсягу роботи. Під час зустрічей з USAID/Україна та кількома провідними інформантами група оцінки підготували перелік основних організацій для зустрічей в Україні.

## ЕТАП 2: В КРАЇНІ

Протягом 28 лютого – 18 березня 2011 року група оцінки провела співбесіди з численними зацікавленими сторонами на національному, обласному, районному рівнях та на рівні закладу. Відповіді записувалися особою, яка проводила опитування вручну у зошитах, що потім друкувалися і розповсюджувалися серед членів групи та вивчалися для визначення спільного у відповідях зацікавлених сторін. Група збрала також подальші документи та відповідні дані з різних джерел.

Група відвідала заклади охорони здоров'я та управління охорони здоров'я у двох областях (Львівська та Дніпропетровська), місті Києві та у двох районах (Броварському та Новомосковському). Група оцінки зустрілася також з радниками Прем'єр-міністра, представниками МОЗ та першим заступником Голови Адміністрації Президента та іншими членами Комітету з економічних реформи при Президенті України.

Загалом група аналізу зустрілася з понад 74 зацікавленими сторонами, включаючи:

- Представників національного Уряду, включаючи шість управлінь в МОЗ
- Численні заклади охорони здоров'я та представники управлінь охорони здоров'я обласного, районного та міського рівня
- Міжнародні організації, донорські агенції та фонди
- НУО охорони здоров'я та професійні асоціації
- Приватних постачальників медичних послуг (включаючи лабораторії та приватні клініки)

Повний перелік контактів зустрічей та організацій представлено у Додатку D.

## КРИТЕРІЇ ДЛЯ АНАЛІЗУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ

Група аналізу використала низку критеріїв для визначення пріоритетних ключових висновків стосовно можливостей та формулювання ідей щодо дій:

- Відображення SWOT аналізу у шести структурних блоках
- Віддзеркалення рамок партнерства між Урядом Сполучених Штатів Америки та Кабінетом Міністрів України
- Вплив на рівність, доступність, якість, дієвість та/або сталість надання медичних послуг
- З системою у центрі уваги (на протигагу програмам) та з наданням переваги міжгалузевим питанням (напр., наскрізність блоків побудови системи)
- Обґрунтованість на найближчу перспективу та принципова важливість на віддаленішу перспективу
- Позитивний вплив на надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ та/або КН/РЗ

Після представлення основних питань, які впливають на кожний компонент системи охорони здоров'я у вигляді таблиці, група аналізу проаналізувала міжгалузеві проблеми, які мають найбільший вплив на систему. Протягом тижня, починаючи з 15 березня, група аналізу представила попередні висновки та рекомендації USAID/Україна, п. Миколі Петренку, раднику Прем'єр Міністра, та керівним працівникам МОЗ та Секретаріату Кабінету Міністрів з охорони здоров'я. Попередні висновки та рекомендації АСОЗ були представлені на семінарі зацікавлених сторін 17 березня, де представники міжнародних та українських установ та організацій мали можливість виступити та зробити свій внесок у висновки аналізу. Див. Додаток С, Порядок денний семінару зацікавлених сторін та Перелік учасників.

# ДОДАТОК С: СЕМІНАР ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

## ПОРЯДОК ДЕННИЙ СЕМІНАРУ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН



### **Зміцнення системи охорони здоров'я в Україні:**

#### **Презентація аналізу системи охорони здоров'я USAID**

Четвер, 17 березня 2011 року

14:00 – 16:00

USAID організує зустріч для аналізу початкових висновків Аналізу системи охорони здоров'я 2011 та обговорення рекомендацій Уряду США та Уряду України у контексті розробки ними своїх стратегій для сектору охорони здоров'я в Україні.

Цей аналіз

- Перегляне останні дані показників охорони здоров'я та системи охорони здоров'я
- Визначить сфери можливостей та успішних стратегій
- Визначить існуючі проблеми у контексті зміцнення системи охорони здоров'я в Україні, звертаючи особливу увагу на фінансування системи охорони здоров'я, кадри, надання послуг, інформаційні системи охорони здоров'я (ІСОЗ), постачання ліків та медичних препаратів
- Дасть оцінку впливу системи на системи надання послуг щодо ВІЛ/СНІД, ТБ та контролю народжуваності
- Сформулює рекомендації, для сприяння інформування Уряду, стосовно розробки стратегії реформування охорони здоров'я України та інтегрованої стратегії Уряду США та Уряду України з питань охорони здоров'я

### **Порядок денний**

14:00-14:15	Кава та реєстрація
14:15 – 14:30	Привітання від Уряду України та USAID
14:30 – 14:45	Огляд задач та порядку денного Представлення
14:45 – 15:15	Презентація висновків аналізу системи охорони здоров'я Методологія Основні висновки Рекомендації
15:15 – 16:00	Питання та обговорення

## С.2. СПИСОК УЧАСТНИКІВ ЗУСТРІЧІ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

ПІБ	Установа або організація	Посада
Олег Мусій	Всеукраїнське товариство терапевтів (НУО)	президент
Ірина Грішаєва	Ініціатива Клінтона доступу до охорони здоров'я	Директор в країні
Наталія Кожан	Фонд "Розвиток України»	Доктор, програма СТОП ТБ
Андрій Гук	Futures Group	Директор
Ліза Тарантіно	Health Systems 20/20	Керівник групи АСОЗ України
Славея Чанкова	Health Systems 20/20	Член групи аналізу
Елізабет Прібл	Health Systems 20/20	Член групи аналізу
Микола Проданчук	Інститут екогігієни та токсикології МОЗ	Директор
Еліот Перлман	Міжнародний інститут ВІЛ/СНІД і ТБ	Директор
Задул Ізлам	Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД	
Паола Павленко	Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД	
Олена Кучерук	Сорос /Міжнародний фонд Відродження	Керівник програми охорони здоров'я
Лаурентію Стан	JSI	Керівник проекту
Ірина Кравченко	Київська обласна адміністрація	Радник
Ольга Гвоздецька	Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	
Анна Кошикова	Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	
Володимир Курпіта	Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Директор
Володимир Жовтак	Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Президент
Микола Балаш	Державне управління соціальних послуг	Керівник
Олександр Федько	Український центр для ВІЛ, туберкульозу та інших соціально важливих хвороб	Голова
Микола Гагаркін	Українська пенітенціарна мережа	
Павло Замостян	UNFPA	Заступник представника в країні
Валентина Очеретенко	Союз захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації»	Директор
Енільда Мартін	USAID	Спеціаліст з населення, здоров'я та харчування
Паоло Беллі	Світовий Банк	Голова групи охорони здоров'я
Ігор Поканевич	ВООЗ	менеджер

## ДОДАТОК D: СПИСОК КОНТАКТІВ

Установа або організація	ПІБ	Посада
<b>Уряд та адміністрація</b>		
Адміністрація Президента України	Олена Осінкіна	Координатор комітету з економічних реформ при Президенті (реформа охорони здоров'я)
Адміністрація Президента України	Ірина Акімова	Перший заступник Голови адміністрації Президента України та народний депутат ВР шостого скликання, Виконавчий секретар Державного комітету економічних реформ
Кабінет Міністрів	Юрій Аністратенко	Співробітник апарату
Кабінет Міністрів	Микола Петренко	Радник прем'єр міністра
Кабінет Міністрів	Микола Проданчук	Директор інституту екогігієни і токсикології, радник міністра охорони здоров'я
Кабінет Міністрів	Володимир Юрченко	радник міністра охорони здоров'я
Кабінет Міністрів	Іван Лукашевич	Начальник управління охорони здоров'я секретаріату кабінету міністрів України
Управління адміністрації та контролю якості медичних препаратів	Тетяна Гажама	в. о. начальника департаменту
Департамент регуляторної політики	Валерій Стеців	Директор
Фонд «Розвиток України»	Тетяна Білук	Директор Програми ТБ СТОП
Дніпропетровська обласна асоціація клінічного лікування та профілактики	Олена Віталіївна	Заступник директора
Дніпропетровське обласне фінансове управління	Станіслав Молоков	Заступник начальника
Дніпропетровське управління охорони здоров'я	Валентина Гінзбург	Начальник управління охорони здоров'я
Дніпропетровське управління охорони здоров'я	Вікторія Кулик	Заступник начальника
Дніпропетровське управління охорони здоров'я	Леонід Гінмур	Заступник начальника
Київська обласна державна адміністрація	Тетяна Подашевська	Заступник Голови
Київська обласна державна адміністрація	Ірина Кравченко	Радник заступника губернатора
Міністерство охорони здоров'я	Михайло П'ятницький	Старший спеціаліст департаменту науки та освіти

Установа або організація	ПІБ	Посада
Міністерство охорони здоров'я	Михайло Стрельников	Начальник відділу невідкладної допомоги департаменту медичної допомоги
Міністерство охорони здоров'я	Олександр Аніщенко	Перший заступник Міністра охорони здоров'я
Міністерство охорони здоров'я	Микола П'ятиборщ	Старший спеціаліст департаменту медичної допомоги
Міністерство охорони здоров'я	Олег Левицький	Начальник департаменту економіки, фінансів та бухгалтерського обліку
Міністерство охорони здоров'я	Ростислав Лихотоп	Голова адміністрації стратегічного планування та аналітичної підтримки
Міністерство охорони здоров'я	Вікторія Шевельова	Старший спеціаліст управління міжнародних відносин
Міністерство охорони здоров'я	Олександр Федько	Начальник Державної адміністрації (служби) України з ВІЛ та інших соціально небезпечних хвороб
Міністерство охорони здоров'я	Тетяна Старча	Старший спеціаліст департаменту кадрової політики та профілактики корупції
Міністерство охорони здоров'я	Михайло Голубчиков	Начальник Центру медичної статистики
Міністерство охорони здоров'я	Анатолій Колісник	Старший спеціаліст управління охорони здоров'я секретаріату Кабінету Міністрів
Національна академія післядипломної освіти	Ніна Гойда	Проректор НМАПО імені Шупіка
Національна академія післядипломної освіти	Анатолій Косаківський	Проректор з міжнародних зв'язків та управління науково-педагогічної роботи
Національна академія післядипломної освіти	Олександр Клименко	Начальник управління міжнародних зв'язків
Новомосковська адміністрація	Ірина Калюжна	заступник мера
Верховна Рада України	Володимир Рудий	Голова секретаріату Комітету охорони здоров'я
Державне управління соціальних послуг	Наталія Лук'янова	Директор
Державний комітет статистики	Ірина Калачова	
Український Центр СНІДУ – Міністерство охорони здоров'я	Наталія Нізова	Директор
Український Центр СНІДУ – Міністерство охорони здоров'я	Людмила Сторожук	Заступник директора
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ	Геннадій Слабкий	Директор



Установа або організація	ПІБ	Посада
<b>МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ДОНОРИ</b>		
CDC (Центр по контролю і профілактиці захворювань США)	Чук Вітек	Координатор по країні
Ініціатива Фонду Клінтона з питань доступу до охорони здоров'я	Ірина Грішаєва	Директор по країні
Futures Group	Андрій Гук	Директор по країні
Futures Group	Ніколь Юдіс	Технічний консультант
Futures Group	Олена Заглада	Консультант
GTZ	Анна-Лаура Райн	заступник керівника групи
GTZ	Мартін Каде	керівник групи
Міжнародний інститут ВІЛ/СНІД та ТБ	Еліот Перльман	Директор
IRF (Фонд Сороса)	Вікторія Тимошенко	Директор програми охорони громадського здоров'я
JSI	Віктор Галайда	Консультант проекту
JSI	Лауренцію Стан	Директор проекту
JSI	Надія Сало	Заступник голови групи
JSI	Наталія Карбовська	Заступник голови групи
MSH	Данило Кальник	Керівник схеми постачання
PATH	Олена Радзівська	Заступник директора
UNAIDS	Олексій Ільницький	Радник з моніторингу та оцінки
UNAIDS	Анна Шакарівшвілі	Координатор країни в Україні
UNFPA	Нужат Есан	Координатор по Країні
UNFPA	Павло Замостян	Помічник представника
UNICEF	Тетяна Тарасова	спеціаліст з ВІЛ/СНІД
USAID	Ені Мартін	Спеціаліст з населення, харчування та здоров'я
USAID	Майя Хіяжі	спеціаліст з розвитку охорони здоров'я
USAID	Олександр Черкас	Старший радник з соціальних питань та охорони здоров'я
USAID	Гарріет Дестлер	в. о. директора з охорони здоров'я
BOO3	Ігор Поканевич	Директор по країні
BOO3	Ігор Перегінець	Технічний спеціаліст
Світовий Банк	Паоло Беллі	Координатор сектора по країнам: Україна, Білорусь та Молдова
<b>ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>		
Броварська центральна районна лікарня	Валентин Багнюк	Головний терапевт
Броварська центральна районна лікарня	Наталія Волошина	Заступник головного терапевта з дитячого здоров'я

Установа або організація	ПІБ	Посада
Центр реабілітації та ресоціалізації алкогольно- та наркозалежної молоді «За право жити»	Максим Кравченко	Директор
Дніпропетровський міський центр профілактики та протидії СНІД	Ірина Чухалова	Головний терапевт
Дніпропетровський центр контролю народжуваності	Світлана Бондаренко	
Дніпропетровське обласне об'єднання клінічного лікування та профілактики	Дмитро Крижанівський	Директор
Дніпропетровська лікарня перинатального лікування і материнства	Людмила Падалка	Головний лікар
Київський обласний протитуберкульозний диспансер	Василь Шурипа	Головний терапевт
Київський обласний центр ОХМД	Лариса Журавльова	Головний терапевт
Київський обласний центр профілактики та протидії ВІЛ/СНІД	Марина Слободяник	Головний терапевт
Київський обласний центр соціальних послуг для сім'ї, дітей, молоді	Наталія Рудко	Директор
Львівський Центр СНІД	Мар'яна Служинська	Керівник
Новомосковський центральний районний госпіталь / кабінет довіри (довірчі консультації та АРВТ)	Анатолій Мазур	Головний лікар
Новомосковський міський центр СНІДу	Наталія Дубровіна	Лікар
<b>НУО, ПРИВАТНІ ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА АСОЦІАЦІЇ</b>		
Аданіт Сервіс	Володимир Матвійчук	Керівник транспортного управління
Всеукраїнський благодійний фонд «Об'єднання організацій з лікування ВІЛ»	Наталія Підлісна	Виконавчий директор
Всеукраїнська мережа тих, хто живе з ВІЛ	Ольга Гвоздецька	Директор департаменту програми
Всеукраїнська мережа тих, хто живе з ВІЛ	Ярослав Бляхарський	В. о. департаменту сприяння Київського представництва / спеціаліст з навчання
Всеукраїнське терапевтичне товариство (НУО)	Олег Мусій	Президент
Асоціація фармацевтичних досліджень	Юрій Савков	Виконавчий директор
Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	Андрій Клепиков	Виконавчий директор
Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	Анна Довбах	Начальник групи сприяння та розробки політики
Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	Паоло Павленко	Старший радник
Міжнародний альянс ВІЛ/СНІД в Україні	Сергій Філіпович	Голова групи лікування та закупок

<b>Установа або організація</b>	<b>ПІБ</b>	<b>Посада</b>
Національна медична академія післядипломної освіти імені Шупика	Анатолій Косаківський	
Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Володимир Курпіта	Виконавчий директор
Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Володимир Жовтяк	Президент
Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД	Анна Кошикова	в. о. директор департаменту закупівлі
Новомосковський центр підтримки родини в Дніпропетровській області, НУО	Тетяна Асперова	Голова
Новомосковський центр підтримки родини в Дніпропетровській області, НУО	Лариса Борисенко	Голова
Асоціація медсестер	Галина Івашко	Президент
Приватна клініка ІЗИДА	Андреа Турмасов	
Фонд САЛЮС	Олександра Служинська	Президент
Лабораторія СИНЕВО	Микола Скавронський	Управляючий директор
Лабораторія СИНЕВО	Микола Скавронський	Комерційний директор
Українська пенітенціарна мережа	Микола Гагаркін	Голова
Українська медична асоціація	Олег Мусін	Президент
Здоров'я жінок та контроль народжуваності	Володимир Банніков	Виконавчий директор



# ДОДАТОК Е: ВИКОРИСТАНІ ДОКУМЕНТИ

ВСІ ВИКОРИСТАНІ ДОКУМЕНТИ Є АБО АНГЛОМОВНИМИ ВИДАННЯМИ, АБО ПЕРЕКЛАДЕНІ НА ЗАПИТ ГРУПИ АНАЛІЗУ (ЗАЗНАЧЕНО ОКРЕМО).

- Aleksandrin A, Bochkova L, Fitsailo S, et al. 2010. *Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Reporting Period: January 2009 – December 2009. Ministry of Health-Ukraine.
- Amico P, Aran C, Avila C. 2010. “HIV Spending as a Share of Total Health Expenditure: An Analysis of Regional Variation in a Multi-Country Study.” *PLoS ONE* 5(9).
- Anderson C. 2008. *Helping Ukraine Avoid a Hard Lesson*. International Monetary Fund.
- Armand F, O’Hanlon B, McEuen M, Kolyada L, and Levin L. 2007. *Maximizing Private Sector Contribution to Family Planning in the Europe & Eurasia Region: Context Analysis and Review of Strategies*. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.
- Boerma W, Kringos D, Wiegers T, Baltag V, and Khimion L. 2010. *Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Ukraine*. The World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Borowitz M, O’Dougherty S, Muratov S, Turgunbaev M, Jafarov A, Maddix J, and Pickett J. 2008. *Conceptual Paper: A Health Systems Approach to TB Infection Control in Central Asia*. USAID-Zdrav Plus Project.
- Borowitz M, O’Dougherty S, Wickham C, Hafner G, Simidjiyski J, VanDevelde CA, and McEuen M. 1999. *Conceptual Foundations for Central Asian Republics Health Reform Model*. USAID ZdravReform Program, Abt Associates Inc.
- Bossert T, and Bowser D et al. 2007. *The Rationale for Family Planning in Ukraine: Evidence from Europe, Eurasia and the US*. John Snow International.
- Brinkerhoff DW, and Bossert T. 2008. *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options*. Health Systems 20/20 Policy Brief. Retrieved from: [www.hs2020.org](http://www.hs2020.org)
- Caron GD, Teixeira JMP, Raiser M, Berstad O, Gullgren S, Etter M, Adam O, and Jaruzelski J. 2010. Letter to the His Excellency President Viktor Yanukovich. 1 June.
- Cashin C, O’Dougherty S, Samyshkin Y, Katsaga A, Ibraimova A, Kutanov Y, Lyachshuk K, and Zuys O. 2005. *Case-Based Hospital Payment Systems: A Step-by-Step Guide for Design and Implementation in Low- and Middle- Income Countries*. USAID-Zdrav Plus Project.
- Cashin C, O’Dougherty S, Zuys O, Routh S, Nabedzhda K, Gubnova O, Kadyrova N, Kutanov Y, and McEuen M. 2007. *The Design and Implementation of Per Capita Payment Systems in the Context of Primary Health Care Centered Health Systems Developed in Low and Middle Income Countries*. USAID-Zdrav Plus Project.
- Center for Strategic Studies, Ministry of Health. 2010. *Criteria for Classification of Health Care Facilities by Levels of Medical Care*.

- Central Intelligence Agency. *CIA World Factbook*. Retrieved from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>. Accessed on 10 February 2011.
- Cross H, Hardee K, and Jewell N. 2001. *Reforming Operational Policies: A Pathway to Improving Reproductive Health Programs*. Policy Occasional Papers. Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- De Colombani P, and Veen P (ed). 2011. *Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine*. World Health Organization.
- The Economist Intelligence Unit. 2010. "Ukraine – Fact Sheet." Retrieved from: <http://country.eiu.com/Ukraine>. Accessed on: 30 January 2011.
- Elo, Kaarle Olavi et al. 2009. *Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine: Consolidated Report*. Kyiv: UNAIDS Ukraine.
- European Commission. 2010. Eurostat. Retrieved from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/>
- Futures Group. 2008. *HIV/AIDS Service Capacity Project in Ukraine, Year One Implementation Plan Report: October 1, 2007 – September 30, 2008*.
- Futures Group. 2009. *HIV/AIDS Service Capacity Project in Ukraine, Year Two Implementation Plan Report: October 1, 2008 – September 30, 2009*.
- Futures Group. 2010. *HIV/AIDS Service Capacity Project in Ukraine, Year Three Implementation Plan Report: October 1, 2009 – September 30, 2010*.
- Global Fund (a). 2010. Grant Performance Report. Retrieved from <http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/UKR?lang=en>. Accessed on 25 February 2011.
- Global Fund (b). 2010. Grant Portfolio-Ukraine. Retrieved from: <http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/UKR?lang=en>. Accessed on 25 February 2011
- Global Health Workforce Alliance. 2011. Human Resources for Health Action Framework (web-based tool). Retrieved from: <http://www.capacityproject.org/framework/>
- Gotsadze G, Chechulin Y, Galayda V, Lekhan V, Chanfreau C, and Dmytraczenko T. 2006. *Ukraine National Health Accounts 2003–2004*. Volume 1: Analytical Report. Bethesda, MD: The Partners or Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- International Monetary Fund. 2010. "IMF Completes First Review Under Stand-By Arrangement with Ukraine and Approves €1.2 Billion Disbursement."
- International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Retrieved from: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/library/statistics/index.htm>. Accessed on 23 March 2011.
- Islam M (ed). 2007. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. USAID in collaboration with Health System 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus, and Management Sciences for Health.
- John Snow International (JSI). 2009. *Together for Health- Annual Report to USAID, Project Year 4, October 2008 - September 2009*.
- John Snow International (JSI). 2010. *Together for Health- Annual Report to USAID, Project Year 5, October 2009 - September 2010*.
- Kutzin J, Cashin C, and Jakab M. 2010. *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies*. World Health Organization, 2010.

- Langenbrunner J, Cashin C, and O'Dougherty S (eds). 2009. *How to Manual: Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. World Bank and USAID.
- Lekhan V, and Rudy V. 2007. *Key Strategies for Further Development of the Health Care Sector in Ukraine*. Rayevsky Scientific Publishers.
- Lekhan V, Rudy V, and Nolte E. 2004. *Health Care Systems in Transition: Ukraine*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lekhan V, Rudy V, and Richardson E. 2010. "Ukraine: Health System Review." *Health Systems in Transition* 12(8): 1-186. In Review for Publication.
- Measure DHS Project, 2008. Ukraine Demographic and Health Survey (DHS) 2007. Measure DHS Project. Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- Menon R. 2010. "Combating Ukraine's Health Crisis: Lessons from Europe-Knowledge Brief." Vol. 17. World Bank.
- Menon R, and Frogner B. 2010. *What Underlines Ukraine's Mortality Crisis?* World Bank. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Unit.
- Menon R, Poniakina S, Frogner B, and Oliynyk I. 2009. *An Avoidable Tragedy: Combating Ukraine's Health Crisis, Lessons from Europe*. World Bank. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Unit.
- Michaud J and Kates J. 2011. *The U.S. Global Health Initiative: A Country Analysis*. The Kaiser Foundation.
- Ministry of Economy and European Integration-Ukraine. 2003. *Development Goals of the Millennium*. Kyiv.
- Ministry of Health-Ukraine (a). 2009. *Health Care in Ukraine: Current Status, Problems and Prospects*. Kyiv. Statistical Office.
- Ministry of Health-Ukraine (b). 2009. "National Operational Plan for Ukraine 2011–2013 for, 'The State Program to Ensure HIV Prevention, Treatment, Care, and Support to HIV-Positive People and Patients with AIDS for Years 2009–2013', Approved by the Law of Ukraine # 1026, Dated February 19, 2009." Kyiv-2009.
- Ministry of Health-Ukraine. 2010. *Ukraine: National Report on Monitoring Progress Towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Reporting Period: January 2008–December 2009*. Kyiv - 2010.
- Ministry of Health-Ukraine, International HIV/AIDS Alliance. 2009. *National Estimate of HIV/AIDS Situation in Ukraine (as of the beginning of 2009)*.
- National Council to Fight Tuberculosis and HIV / AIDS (Ukraine). 2009. Round 9 Global Fund Proposal.
- National Council to Fight Tuberculosis and HIV / AIDS (Ukraine). 2010. "Building a Sustainable System of Comprehensive Services on HIV Prevention, Treatment, Care and Support for MARPs and PLWH in Ukraine." Round 10 Global Fund Proposal.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 2009. *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. OECD Publishing. Retrieved from: [10.1787/health\\_glance-2009-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)
- POLICY Project. 2003. *Operational Policy Barriers to Reproductive Health in Ukraine*. Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- POLICY Project. 2006. *A Decade of Making a Difference: The POLICY Project (1995–2006)*. Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.

- POLICY Project. 2007. *The Health Policy Initiative in Ukraine: End of Project Report (2005–2007)*. Washington, DC: Constella Futures, POLICY Project.
- President's Committee for Economic Reforms. 2010. *Ukraine Economic Reforms Program for 2010–2014*. Draft, April 3, 2010.
- Salakaia A. 2009. *The Global Drug Facility Mission Report Ukraine*. Adult Grant, First Team, Second Year. Report Submitted to Global Drug Facility (GDF) Secretariat. Stop TB Partnership.
- Semigina T, Griga I, Bogdan D, Pavlenko P, Bondar V, Nechiporenko L, Schevchenko I, and Spicer N. 2007. *Tracking Global HIV/AIDS Initiatives and their Impact on the Health System in Ukraine. Draft Context Mapping Report*. Global HIV/AIDS Initiatives Network.
- Slabkiy, G (ed.). 2011. *Situation Analysis of the Development of Family Medicine in Ukraine 2010*. (Перекладено з української).
- State Agency for Investment and National Project of Ukraine. "National Projects." PowerPoint presentation. Retrieved from: <http://www.rotobo.or.jp/quick/201101uanationalprojects.pdf>.
- State Statistical Committee. 2010. *Children, Women and Families in Ukraine: Statistical Compendium 2009* (Перекладено з української)
- State Statistical Committee. 2011. *National Health Accounts of Ukraine in 2009*. Statistical Bulletin, Kyiv, Ukraine.
- Suhrcke M, Rechel B, and Michaud C. 2005. "Development assistance for health in central and eastern European Region." *Bulletin of the World Health Organization* 83(12). Retrieved from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862005001200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862005001200014&script=sci_arttext)
- Suhrcke M, Walters S, Mazzuco S, Pomerleau J, McKee M, and Haerpfer C. 2008. *Socioeconomic Differences in Health, Health Behaviour and Access to Health Care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*. World Health Organization, Region Office-Europe.
- Transparency International (CPI). 2010. *2010 Corruption Perceptions Index*. Retrieved from: [http://www.transparency.org/policy\\_research/surveys\\_indices/cpi/2010](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010)
- Ukrainian AIDS Centre (Ministry of Health of Ukraine), World Health Organization, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, and UNAIDS. 2009. *National Estimate of HIV/AIDS situation in Ukraine as of beginning of 2009*.
- Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee (SSC) [Ukraine], Ministry of Health (MOH) [Ukraine], and Macro International Inc. 2008. *Ukraine Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International.
- Ukrainian Centre for Tuberculosis Control. 2010. *Tuberculosis in Ukraine: analytic-statistical report 1999–2009*. (Перекладено з української). Retrieved from: <http://tbc.gov.ua/download/tubanaliz/Tubanaliz%20.doc>
- Ukrainian Institute for Strategic Research (UISR), Ministry of Health. 2010. *Annual Report of Results on Activities in the Ukrainian Health Care System* (Перекладено з української).
- UNAIDS. 2007. Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- UNAIDS. 2009. *Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine: Consolidated Report*.
- UNAIDS. 2010. *Global Report, UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*.



- UNICEF (a). 2006. *Revised Country Programme Document for Ukraine*.
- UNICEF (b). 2006. *State of the World's Children*. Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets>
- UNICEF. 2007. *State of the World's Children*. Retrieved from Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets>
- UNICEF. 2009. *State of the World's Children*.
- UNICEF. 2010. *Children and AIDS. Fifth Stocktaking Report*.
- United Nations. 2008. UN Data. Retrieved from:  
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/default.htm>. Accessed on: 25 February 2011.
- United Nations Statistics Division. 2009. "Ukraine." Retrieved from:  
<http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=UKRAINE>. Accessed on: 17 March 2011.
- USAID. 2007. *Master for Reform and Combating Corruption in the Procurement System of Ukraine. Trade, Investment, and Business Acceleration Project*.
- USAID (a). 2009. Family Planning. Retrieved from:  
[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/techareas/cyp.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/cyp.html)
- USAID (b). 2009. *Evaluation of the Tuberculosis Control Assistance Program (TB CAP)*.
- USAID (a). 2010. *The 2010 Europe & Eurasia Health Vulnerability Analysis*. Sixth Report. March 2010.
- USAID (b). 2010. Programmatic and Resource Gaps in the National Response to HIV/AIDS in Ukraine.
- USAID. 2011. *Partnership Framework Between the Government of the United States and the Cabinet of Ministers of Ukraine, On Cooperation in Countering HIV/AIDS in 2011–2015*.
- Vassall A, Chechulin Y, Raykhert I, Osalenko N, Svetlichnaya S, Kovalyova A, van der Wert MJ, Turchenko T, Hasker E, Miskinis K, Veen J, and Zaleskis R. 2009. "Reforming Tuberculosis Control in Ukraine: Results of Pilot Projects and Implications for the National Scale-Up of DOTS." *Health Policy and Planning* (24): 55–62.
- Viktorov OP, Matveyeva OV, and Logvina IO. 2007. "Challenges of Pharmacovigilance in Ukraine." *WHO Drug Information* 21(3).
- World Bank. 2005. World Development Indicators (WDI). Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Bank. 2007. World Development Indicators (WDI). Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Bank (a). 2008. *Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy in Ukraine: Selected Issues*.
- World Bank (b). 2008. World Development Indicators (WDI). Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Bank (a). 2009. World Development Indicators (WDI). Retrieved from: Health Systems 20/20, <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Bank (b). 2009. *Enterprise Survey, Country Note Series-Ukraine, Country Note No. 5*. World Bank Group.

- World Bank (c). 2009. *An Avoidable Tragedy: Combating Ukraine's Health Crisis. Lessons from Europe*. World Bank Group.
- World Bank (a). 2010. "Country Brief 2010-Ukraine." Retrieved from:  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/UKRAINEEXTN/>.  
 Accessed on 25 February 2011.
- World Bank (b). 2010. *Ukraine-Country Economic Memorandum, Strategic Choices to Accelerate and Sustain Growth. Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region*. Report No. 55895-UA.
- World Bank (c). 2010. World Development Indicators (WDI). Retrieved from Health Systems 20/20,  
<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Bank (d). 2010. *What Underlies Ukraine's Mortality Crisis?*, Retrieved from:  
<http://siteresources.worldbank.org/UKRAINEINUKRAINIANEXTN/Resources/PrichynysmertnostivukrainiENG.E.pdf>
- World Bank and the International Finance Corporation. 2010. *Ukraine - Doing Business 2011: Making a Difference for Entrepreneurs*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- World Health Organization. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems, Improving Performance*.
- World Health Organization (a). 2004. *Interim Policy On Collaborative TB/HIV Activities*.
- World Health Organization (b). 2004. *World Medicines Situation*.
- World Health Organization. 2005. *National Health Accounts on Ukraine*. Retrieved from:  
<http://www.who.int/nha/country/ukr/en/>.
- World Health Organization (a). 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action*.
- World Health Organization (b). 2007. World Health Statistics. Retrieved from Health Systems 20/20,  
<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Health Organization (c). 2008. World Health Statistics. Retrieved from Health Systems 20/20,  
<http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/datasets/>
- World Health Organization (a). 2010. *Global Tuberculosis Control 2010*.
- World Health Organization (b). 2010. *World Health Statistics*.
- World Health Organization, and Health Action International. *Ukraine Essential Medicines*. Retrieved from:  
[http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200709UAE/sdocs/EMP\\_Ukraine%20Essential%20Final.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200709UAE/sdocs/EMP_Ukraine%20Essential%20Final.pdf)
- World Health Organization, Region Office for Europe. "European Health for All, Database." Retrieved from: <http://data.euro.who.int/hfad/>. Accessed on: 21 March 2011.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 2005. *Highlights on Health in Ukraine*.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 2007. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 2008. *Procurement and Supply Management of HIV/AIDS and TB Medicines and Related Commodities in Ukraine*.

- World Health Organization, Regional Office for Europe (a). 2010. *Assessment of Health Systems' Crisis Preparedness-Ukraine*.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (b). 2010. *How Health Systems Can Address Inequalities in Priority Public Health Conditions: The Example of Tuberculosis*.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (c). 2010. *Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Ukraine. A Survey-Based Project in the Regions of Kiev and Vinnitsa*. 2010a.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (d). 2010. *Global Tuberculosis Control*. 2010c.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (a). 2011. European Health for All Database. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
- World Health Organization, Regional Office for Europe (b). 2011. *Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine*.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, Delegation of EU Commission in Ukraine, and USAID Regional Mission for Ukraine, Belarus and Moldova. 2008. *Procurement and Supply Management of HIV/AIDS and Tuberculosis Medicines and Related Commodities in Ukraine*. Kyiv, Ukraine.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Towards Universal Access - Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector, 2010 Progress Report*.
- Zhuravliov D and Wedeen L. 2010. *Final Evaluation of UNFAP Ukraine's Country Programme (2006–2010)*. United Nations Fund for Population.