Дослідження з відстеження державних видатків / кількісне дослідження надання послуг (PETS/QSDS)

UNDP Україна

Дослідження було реалізовано за партнерства Світового банку, ПРООН та Київської школи економіки. Польовий етап був проведений у 2016 році Київським міжнародним інститутом соціології серед закладів первинної медичної допомоги (ПМД), лікарень та органів влади, відповідальних за охорону здоров'я, в обраних районах Полтавської та Львівської областей, а також на підконтрольній уряду України території Донецької та Луганської області.

Це дослідження поєднує факти, виявлені під час інтерв'ю в рамках дослідження з відстеження державних видатків / кількісного дослідження надання послуг (PETS/QSDS) серед посадовців у сфері охорони здоров'я, а також керівників та лікарів закладів охорони здоров’я (ЗОЗ), що потрапили до вибірки в зазначених чотирьох регіонах, перевірки казначейських звітів щодо центрального та місцевих бюджетів, а також поглибленого аналізу видатків та собівартості на рівні лікарні та закладу

Дослідження з відстеження державних видатків / кількісне дослідження надання послуг (PETS/QSDS)

Київська школа економіки

Ганна Вахітова

Ілона Сологуб

Павло Яворський

Наталія Лук'янова,
Спеціаліст ПРООН з питань профілактики ВІЛ
та охорони здоров'я, кандидат політичних наук

Квітень 2017 р.

Зміст

Список таблиць 5
Список графіків 6
Список скорочень та абревіатур 10
Передмова 11
Вступ 12
Резюме 13
Суть і цілі дослідження 20
Методологія 21
Питання для дослідження 22
Джерела інформації 24
Адміністративна та фінансова інформація 24
Інформація, отримана за допомогою інструментів PETS/QSDS 24
Обмеження 27
Організація фінансування сфери охорони здоров'я 28
Медична субвенція 31
Планування та виконання бюджету 34
Випадки очевидного нецільового використання коштів 38
Результати дослідження 40
Практичні аспекти планування та контролю за використанням ресурсів 40
Адвокація 44
Планування потреб у ліках та інших товарах 45
Кадрове планування 48
Бюджетна дисципліна 50
Використання наявних державних ресурсів 50
Брак ресурсів 55
Потенційні можливості для нецільового використання коштів 60
Закупівлі 60
Використання часу лікарів 64
Робота за сумісництвом 70
Заробітна плата та премії 72
Надлишкова потужність 74
Фінансування сфери охорони здоров'я 76
Паралельне фінансування у системі охорони здоров'я 78
Готовність до реформ 82
Вплив конфлікту 89
Висновки 90
Додатки 93

Список таблиць

Таблиця 1. Перелік показників вибірки 25

Таблиця 2. Зведений виконаний бюджет у сфері охорони здоров'я, функціональна класифікація, 2015 рік 33

Таблиця 3. Розбіжності у фінансових звітах (грн.) 39

Таблиця 4. Чи Ви маєте загальне уявлення про те, як формується бюджет Вашого відділення/амбулаторного центру/ФАПу? (частка ствердних відповідей у відсотках) 43

Таблиця 5. Чи Ваші професійні потреби у певних ліках враховуються для цілей формування бюджету? (частка ствердних відповідей у відсотках) 43

Таблиця 6. Усього коментарів (для довідки) 43

Таблиця 7. Частка тендерів у загальній кількості процедур закупівель, % 61

Таблиця 8. Частка тендерів у загальній вартості процедур закупівель, % 61

Таблиця 9. Частка закупівель (у грн.), які здійснила безпосередньо медична установа, % 61

Таблиця 10. Грошова частка закупівель, здійснених за допомогою ProZorro, % 63

Таблиця 11. Середня тривалість робочого часу у медичній установі за основним місцем роботи, годин на місяць (середнє квадратичне відхилення у дужках) 65

Таблиця 12. Середня тривалість робочого часу в іншій медичній установі, годин на місяць (середнє квадратичне відхилення у дужках) 65

Таблиця 13. Яка частка персоналу Вашої медичної установи додатково працює в іншій медичній установі? (узагальнені відповіді керівників медустанов і лікарів) 71

Таблиця 14. Чи Ви маєте додаткові джерела прибутку поза межами цієї медичної установи? (% ствердних відповідей, респонденти – лікарі) 71

Таблиця 15. Премії у медичній установі, % від річної зарплати 72

Таблиця 16. Який рівень системи охорони здоров'я найменш ефективний? 83

Таблиця 17. Ставлення до реформ охорони здоров'я 83

Таблиця 18. Як Ви ставитесь до розділення функцій покупців і постачальників медичних послуг і до надання більшої автономії медичним установам? 84

Таблиця 19. Знання певних елементів реформи охорони здоров'я 85

Таблиця А1. Економічна структура державних видатків на сферу охорони здоров'я у Донецькій і Луганській областях, 2015 (грн.) 96

Список графіків

Графік 1. Витрати на охорону здоров'я в Україні, 2004–2015 роки 29

Графік 2. Витрати на сектор охорони здоров'я, 2015 рік 30

Графік 3. Розподіл витрат на охорону здоров'я за областями, 2015 рік (за економічною класифікацією) 32

Графік 4. Розподіл бюджету на охорону здоров'я за рівнем медичної допомоги, 2015 рік 32

Графік 5. Фінансові потоки у секторі охорони здоров'я 37

Графік 6. Фактори, які враховуються для планування бюджету (респонденти – керівники медустанов) 41

Графік 7. Чи враховуєте Ви надходження з таких джерел? (респонденти – керівники медустанов) 41

Графік 8. Які аспекти є важливими для адвокації? (респонденти – керівники медустанов) 44

Графік 9. Фактори, які враховуються для оцінки потреб медичної установи/області/району у ліках і медичних товарах (відсоток респондентів, які обрали певну відповідь; можна було обирати декілька відповідей) 46

Графік 10. Фактори, які враховуються для оцінки потреб медичної установи/області/району у немедичних товарах і обладнання (відсоток респондентів, які обрали певну відповідь; можна було обирати декілька відповідей) 46

Графік 11. Фактори, які враховуються для оцінки типу та кількості ліків і медичних товарів, які потребує медична установа/область/район (відсоток респондентів, які обрали певну відповідь; можна було обирати декілька відповідей) 47

Графік 12. Фактори, які враховуються для оцінки типу та кількості немедичних товарів і обладнання, які потребує медична установа/область/район (відсоток респондентів, які обрали певну відповідь; можна було обирати декілька відповідей) 47

Графік 13. Як би Ви хотіли змінити чисельність свого персоналу? (респонденти – керівники медустанов) 49

Графік 14. Як плануються премії для персоналу? (респонденти – керівники медустанов) 49

Графік 15. Частка потреби у ліках, яка забезпечується за рахунок наданого бюджетного фінансування 52

Графік 16. Частка потреби у медичних засобах, яка забезпечується за рахунок наданого бюджетного фінансування 53
Графік 17. Частка потреби в обладнанні, яка забезпечується за рахунок наданого бюджетного фінансування 54
Графік 18. Як часто Ви стикаєтесь із браком вакцин? (частка лікарів, які використовують вакцини у своїй лікарській практиці) 55
Графік 19. Як часто Вашій медичній установі бракує фінансових ресурсів? (респонденти – керівники медустанов) 56
Графік 20. Як часто Вашій медичній установі бракує ліків? (респонденти – керівники медустанов) 56
Графік 21. Як часто Вам бракує ліків? (респонденти – лікарі) 57
Графік 22. Як часто Вашій медичній установі бракує медичних засобів? (респонденти – керівники медустанов) 57
Графік 23. Як часто Вам бракує медичних засобів? (респонденти – лікарі) 58
Графік 24. Як Ви вирішуєте проблеми щодо браку ліків і медичних засобів? (респонденти – керівники медустанов) 58
Графік 25. Як Ви зазвичай вчиняєте у випадку браку необхідних засобів? (частка лікарів, які обрали певну відповідь; можна було обирати декілька відповідей) 59
Графік 26. Чи має Ваша установа резерв ліків? (респонденти – керівники медустанов) 59
Графік 27. Як часто такий резерв поповнюється? (респонденти – керівники медустанов) 59
Графік 28. Як легко Вам вдається залучити постачальників? (респонденти – керівники медустанов) 62
Графік 29. Наскільки остаточна вартість договору відрізняється від початкової пропозиції? (респонденти – керівники медустанов) 62
Графік 30. Середня тривалість робочого дня (лікарі) 65
Графік 31. Загальна тривалість робочого часу у медичній установі за основним місцем роботи, включно з основними обов'язками та за винятком "екстрених обов'язків", упродовж місяця (лікарі) 65
Графік 32. Співвідношення між тривалістю робочого часу упродовж місяця у медичній установі за основним місцем роботи та іншими медичними установами (лікарі) 66
Графік 33. Чи часто Ви працюєте понаднормово? (лікарі) 67
Графік 34. Частка часу, витрачена на паперову роботу 67
Графік 35. Кількість пацієнтів, прийнятих упродовж дня (лікарі) 69
Графік 36. Середня тривалість часу, витраченого на одного пацієнта, у хвилинах, мінімум і максимум (лікарі) 69
Графік 37. Якщо завтра Ваша зарплатня зросла б у п'ять разів, чи погодилися би Ви приймати вдвічі більше пацієнтів? (лікарі) 69

Графік 38. Прибутки на іншому місці роботи, % від річної зарплати (лікарі) 72
Графік 39. Яка Ваша бажана зарплата у гривнях на місяць? (лікарі) 73
Графік 40. Яку частку ліжко-місць у Вашій медичній установі займають вразливі пацієнти? (лікарі) 74
Графік 41. Уявіть, що завтра кількість ліжко-місць у Вашій медичній установі суттєво зменшиться. Яку частину стаціонарних хворих можна буде лікувати в амбулаторному режимі? (лікарі) 75
Графік 42. А яка частина пацієнтів повинна буде звернутися до іншої медичної установи? 75
Графік 43. Будь ласка, проаналізуйте загальну вартість лікування. З яких джерел воно фінансується? (керівники медичних установ) 76
Графік 44. Реальні джерела надходжень до бюджету медичної установи (керівники медичних установ) 77
Графік 45. Якою Ви вбачаєте "ідеальну" модель фінансування Вашої медичної установи? (керівники медичних установ) 77
Графік 46. Використання благодійних внесків (керівники медичних установ) 79
Графік 47. Чи надає Ваша медична установа платні послуги? (керівники медичних установ) 79
Графік 48. Використання коштів, отриманих за надання платних послуг (керівники медичних установ) 80
Графік 49. Чи, на Вашу думку, пацієнти готові платити за додаткові послуги? (керівники медичних установ) 81
Графік 50. Чи, на Вашу думку, пацієнти готові платити за додаткові послуги? (лікарі) 81
Графік 51. Як слід змінити метод фінансування медичної установи? (керівники медичних установ) 85
Графік 52. Як варто змінити метод фінансування медичних установ? (лікарі) 86
Графік 53. Яка частка фінансових потреб сфери охорони здоров'я України задовольняється, на Вашу думку? (керівники медичних установ) 87
Графік 54. Як можна підвищити ефективність витрат на охорону здоров'я? (керівники медичних установ) 87
Графік 55. Як можна підвищити ефективність витрат у Вашій медичній установі? (лікарі) 87
Графік 56. Порівняно з початком 2014, у Вашій медичній установі … 89
Графік 57. Структура вибірки Донецької і Луганської областей 94
Графік 58. Фінансові потоки у Донецькій області, 2015 рік 97
Графік 59. Фінансові потоки у Донецькій області, 2015 рік 98

Список скорочень та абревіатур

ВПО	Внутрішньо переміщена особа
ДСГ	Діагностично-споріднена група
МоН	Міністерство охорони здоров'я
ПРООН	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
PETS	Дослідження витрат державних закладів охорони здоров'я
QSDS	Кількісне обстеження надання послуг

Передмова

У 2016 році Світовий банк доручив Київській школі економіки провести дослідження витрат і кількісне обстеження надання послуг (PETS/QSDS) у вибраних державних закладах охорони здоров'я Полтавської і Львівської областей. Таке дослідження мало чіткіше показати проблеми у галузі ефективності фінансування надання медичних послуг та допомогти Уряду провести відповідні реформи. Відповідна частина дослідження на місцях розпочалася у червні 2016 року.

Завдяки люб'язній фінансовій допомозі Програми розвитку ООН (ПРООН) дослідження було географічно розширене. Для забезпечення ширшого регіонального представлення, вивчення особливостей використання державних коштів і оцінки якості надання державних послуг у зоні збройного конфлікту до дослідження були включені райони Донецької та Луганської областей, що знаходяться під контролем української влади. Методологія та загальні підходи першого етапу PETS/QSDS використовувались також і на другій стадії дослідження.

Звіт підготувала команда експертів, яку очолила Ганна Вахітова, викладач, старший науковий співробітник Київської школи економіки. До написання окремих розділів дослідження долучались Ілона Сологуб, Максим Обрізан і Павло Яворський (Київська школа економіки). Вадим Бізаєв (Київська школа економіки) суттєво допоміг зі збором фінансової та статистичної інформації.

Автори дослідження із вдячністю відзначають сміливість і професіоналізм Олександра Дишлевого та восьми інтерв'юерів із Київського міжнародного інституту соціології. Команда авторів дослідження також вдячна усім керівникам і лікарям медичних установ Донецької і Луганської областей, які брали участь у тривалих інтерв'ю, за їхню співпрацю, чесні відповіді та надане бачення ситуації. Особлива подяка висловлюється Наталії Лук'яновій з Представництва ООН в Україні та Олені Дорошенко, економісту Світового банку з питань охорони здоров'я в Україні, які надали свої коментарі та пропозиції.

Слід зазначити, що до цього звіту увійшли частини першого звіту, в яких обґрунтовується суть дослідження, методологія, основні питання та інституційна система. Хоча ці роз'яснення вже надавалися у першому звіті, вони є важливими для розуміння контексту. Проте за необхідності (або за доцільності) відповідні частини з такими роз'ясненнями були змінені таким чином, щоб представити приклади та деталі щодо Донецької і Луганської областей. Зокрема, відповідно до логіки цього звіту, інформація про основних суб'єктів, пов'язаних із ключовими фінансовими надходженнями у двох східних областях, надається у частині "Організація фінансування охорони здоров'я". Натомість, частина "Результати дослідження" містить основні висновки саме щодо Донецької і Луганської областей.

Вступ

Багато медичних установ обласного рівня, що здійснюють надання високоспеціалізованої медичної допомоги, залишилися на окупованих територіях (або ж втратили приміщення та частину обладнання під час евакуації), тому навантаження на інші медичні установи зросло. Через брак фінансових ресурсів Донецька та Луганська області не можуть виділяти достатні кошти лікарням з місцевих бюджетів – вони втратили значну частину бюджетних надходжень через те, що найбільші підприємства залишилися на окупованих територіях, а обсяги торгівлі з Росією, що була основним ринком збуту для підприємств цього регіону, суттєво скоротилися.

Водночас, цю прогалину могли б заповнити потоки донорської та гуманітарної допомоги, які істотно зросли в зв'язку зі збройним конфліктом.

У звіті детально аналізується ефективність використання фінансових, матеріально-технічних і людських ресурсів на територіях Донецької та Луганської областей, що перебувають під контролем Уряду. Переважна частина висновків зроблена на основі інформації, отриманої під час 143-х глибинних інтерв'ю щодо щодо витрат державних закладів охорони здоров'я та кількісного обстеження надання послуг (PETS/QSDS), а також аналізу даних із доступних фінансових і бюджетних звітів і статистичних показників. Основні висновки другого етапу збігаються з тими, що були отримані під час першого етапу дослідження (проведеного у Полтавській і Львівській областях). Діюча система фінансування сфери охорони здоров'я не надає достатні ресурси, потрібні цьому сектору. Окрім цього, ця система дуже неповоротка через надмірну зарегульованість. Заскорузлість системи лише погіршилась через збройний конфлікт, що триває. Неефективність використання ресурсів зростає, і в медичних установ залишається все менше зацікавленості шукати додаткове фінансування. Тому діючий підхід до використання державних коштів у сфері охорони здоров'я потребує перегляду.

Окупація частин Донецької та Луганської областей у 2014 році призвела до того, що якість надання медичних послуг в цих областях у порівнянні з іншими регіонами України знизилася.

Резюме

У дослідженні Світового банку «Як працює система?» (2015 рік) зазначається, що проблема скорочення державного фінансування галузі охорони здоров'я України загострюється через неефективне використання такого фінансування. Відповідно до дослідження, саме по собі вливання більшої кількості коштів до системи без її вдосконалення навряд чи поліпшить систему охорони здоров'я в Україні. Тому більш раціональне використання існуючих обмежених ресурсів, наявних у галузі охорони здоров'я, є ключовим пріоритетом для вдосконалення її роботи.

Це дослідження має на меті розширити і доповнити попередні висновки за рахунок більш докладного аналізу бюрократичних перепон, проблеми нецільового використання коштів та низької ефективності процесів розвитку людських та матеріально-технічних ресурсів у системі охорони здоров'я в Україні. Його результати допомагають краще зрозуміти наслідки неефективного врядування. Окрім цього, у дослідженні пропонуються практичні рекомендації для поліпшення ситуації. Воно було проведено у 2016 році у вибраних районах Полтавської і Львівської областей та на підконтрольних Уряду територіях Донецької і Луганської областей Київською школою економіки у співпраці зі Світовим банком та за додаткової фінансової підтримки ПРООН. Основну увагу у звіті зосереджено на територіях Донецької і Луганської областей, що перебувають під контролем Уряду. У ньому представлено результати кабінетного огляду, аналіз статистичних даних, фінансові звіти, результати інтерв'ю щодо PETS/QSDS, проведених з керівниками та медичним персоналом в обраних медичних установах, огляду витрат та докладного аналізу казначейських операцій. У звіті також надано результати аналізу загальної ефективності надання державних медичних послуг.

Основні висновки коротко викладені нижче. Вони зводяться до двох аспектів. По-перше, система охорони здоров'я в Україні має недостатньо ресурсів. По-друге, вона не створює належних стимулів для заохочення якісної роботи. Хоча регулювання сфери охорони здоров'я є доволі суворим, воно має свої недоліки. Останні породжують проблему неефективного використання ресурсів. Надмірне регулювання також не дозволяє медичним установам адаптуватися до умов, що змінюються. А це, у свою чергу, також спричинює неефективність. Діючі підходи до використання державних коштів у галузі охорони здоров'я повинні бути змінені.

Планування та розподіл бюджету сфери охорони здоров'я

Загальні видатки на державний сектор сфери охорони здоров'я складають 3,3% валового внутрішнього продукту (ВВП). Держава покриває лише трохи більше 50% таких видатків. Рівень витрат на душу населення України (у дол. США) є найнижчим серед європейських країн. Ступінь виконання бюджетних показників у сфері охорони здоров'я продовжує поліпшуватися: з 88% у 2014 році до 94% у 2015 році та до 96% у 2016 році. Тобто, у 2016 році сектор охорони здоров'я недоотримав 4%[1] із запланованого бюджету з 79 млрд. грн. Реальні витрати досі передбачити складно.

Україна має одну з найбільш роздутих медичних інфраструктур серед країн Центральної Європи й, одночасно, обмежені державні ресурси для її утримання. Відповідно до зведеного бюджету України 2015 року, близько 15% загального бюджетного фінансування відводиться на амбулаторне лікування, тобто, лікування без госпіталізації. Водночас, загальні та спеціалізовані лікарні отримують 63% державного фінансування.[2] Більш детальний аналіз видатків на регіональному рівні чітко показує, що частка стаціонарного лікування досі значно переважає над амбулаторним лікуванням. В одній області лікарні та служби швидкої допомоги отримують 70% від загального фінансування на медичну сферу. Таким чином, на надання первинної медичної допомоги лишалось 16%, а на амбулаторне лікування – 4% від загального обласного бюджету на медицину. На заходи з попередження захворювань і й укріплення здоров'я відводиться лише 1,6% від загального бюджету, у деяких областях ця частка сягає 2,5%.

Бюджет сфери охорони здоров'я (за рахунок медичних субвенцій) покликаний забезпечити рівне надання медичних послуг в областях, районах і на місцевому рівні; тому реальні витрати відрізняються залежно від регіону. Це переважно пояснюється різним обсягом фінансування, яке надається для сільського та міського населення. Саме кількість такого населення впливає на визначення обсягу фінансування.[3] Також немає єдиного підходу щодо розподілу надходжень для різних статтей видатків. Хоча це надає більше автономії регіонам самостійно визначати оптимальні сфери для використання надходжень, це також створює більші ризики неефективного та диспропорційного розподілу фінансування.

Окрім медичних субвенцій, заклади охорони здоров'я отримують фінансування з місцевих бюджетів і від донорів (місцевий бізнес та міжнародні організації). Таким чином, якість медичних установ і послуг, які вони надають, значно відрізняється залежно від кількості підприємств, що працюють у певному регіоні, та надходжень місцевих податків від них. Місцева влада відіграє вирішальну роль у розподілі як медичних субвенцій, так і коштів місцевого бюджету для медичних установ. З одного боку, така система лежить в основі реформи децентралізації (коли місцева влада відповідає за надання таких місцевих послуг, як середня освіта, інфраструктура й охорона здоров'я). Проте вона також створює ризик неналежного

[1] Недовиконання на суму 3,1 млрд. грн. приблизно дорівнює середньому бюджету однієї області, наприклад, Львівської.

[2] Країни ОЕСР витрачають близько 30% свого загального бюджету сфери охорони здоров'я на стаціонарне лікування. Див. https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf.

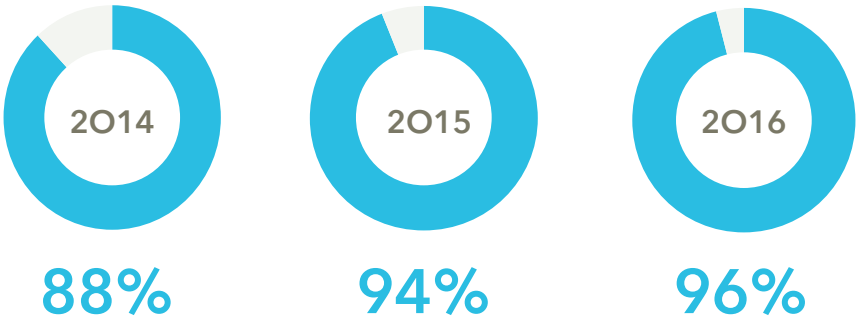
[3] Хоча деякі лікарі визнають, що сільське населення більше потерпає від низької якості медичних послуг через те, що лікарі на мають засобів (транспорту або пального), щоб дістатися до віддалених сіл, або ж самим пацієнтам треба долати значні відстані, щоб потрапити до лікарні.

розподілу коштів.[4] Тому необхідно створити дієві механізми державного і громадського контролю за процедурою розподілу бюджетних коштів.

Нагляд за використанням бюджетних коштів здійснюється за допомогою казначейських рахунків. Така система унеможливлює несанкціоноване використання державних коштів на будь-якому рівні. Державні кошти використовуються переважно для фінансування роботи державних надавачів медичних послуг, а їхні рахунки напряму контролюються Казначейством. Існуючі бюджетні процедури ґрунтуються, перш за все, на показниках надходжень. Такі процедури визначають правила розподілу ресурсів і передбачають значний контроль у сфері бюджетної дисципліни. Кожна державна медична установа, обласна, районна та місцева адміністрації мають свої власні казначейські рахунки. Разом вони утворюють вертикальну систему уніфікованих казначейських рахунків та електронних платежів. Державне фінансування сектору охорони здоров'я організоване добре. Аналіз зазначених рахунків не виявив нецільового використання коштів.

Процедура планування бюджету передбачає надто багато контролю та регулювання. Проте вона не передбачає моніторинг за повним використанням запланованих видатків. Остаточний затверджений бюджет доводиться до відома областей, районів і муніципалітетів у січні або лютому кожного року, після прийняття державного бюджету. Таким чином медичні установи дізнаються про обсяг ресурсів, який їм буде надано у поточному фіскальному році, із затримкою, яка негативно впливає на управління фінансовими питаннями. Окрім цього,

Ступінь виконання бюджетних показників у сфері охорони здоров'я продовжує поліпшуватися



У 2016 році сектор охорони здоров'я недоотримав 4% із запланованого бюджету з 79 млрд. грн.

непрогнозованість щодо постачання ліків центральною владою підриває безперервність надання медичних послуг. Навіть коли стає відомо, які медикаменти та в якій кількості будуть надані у рамках централізованого розподілу, немає остаточної певності щодо дат їх поставки.

Порядок планування, зокрема, кадрового планування, практично унеможливлює застосування стратегічного підходу. Планування здійснюється лише на один рік наперед. Воно суттєво залежить від показників бюджету та нормативних документів минулого року. Найбільш поширеним індикатором, який використовується для планування, є кількість населення на певній території. На основі цього показника керівники медичних установ намагаються передбачити кількість медичних субвенцій, які вони отримають (це також залежатиме переважно від населення). Після виплати зарплат та оплати комунальних рахунків залишається мало коштів для купівлі ліків. На капітальні витрати не залишається нічого, вони покриваються за рахунок місцевого бюджету (якщо там є кошти) або донорів. Таким чином ремонт приміщень і обладнання (або ж придбання нового обладнання) проводиться на ситуативній основі – коли відповідний об'єкт є дуже застарілим та/або виходить з ладу.

[4] Керівники медичних установ зазначають, що політична підтримка місцевої влади важлива для отримання додаткового фінансування.

Використання наявних державних ресурсів

Медичні установи не можуть надавати якісні послуги, використовуючи застаріле обладнання — проблеми починаються вже на етапі діагностики. Деякі лікарі направляють пацієнтів здати певні аналізи чи пройти діагностику у приватних клініках. Такі процедури є недоступними для пацієнтів з низьким рівнем доходів. Інші лікарі напрявляють своїх пацієнтів до більш забезпечених лікарень, які мають необхідне обладнання. Це знижує ефективність всієї системи охорони здоров'я.

Лікарі постійно скаржаться на нестачу ліків (за винятком медикаментів для екстрених випадків та анастезії). Такий стан речей є причиною нерівності та неефективності. Результативність первинного лікування значною мірою залежить від того, чи регулярно пацієнт приймає виписані ліки. Якщо ж він/вона не можуть дозволити собі придбати такі ліки, його/її стан погіршується, і, зрештою, у нього/неї виникне потреба у вторинному чи третинному лікуванні, яке є ще дорожчим. За словами лікарів, ті пацієнти, для яких медикаменти є надто коштовними, взагалі не звертаються до лікарів, допоки їхній стан не стане критичним. Або ж вони одразу звертаються по вторинну медичну допомогу до лікарень – вони знають, що там вони зможуть, принаймні, пройти базове медичне обстеження й отримати початкове лікування. Програми з відшкодування витрат на придбання певних медикаментів, введені у 2017 році, можуть поліпшити ситуацію та зменшити кількість серйозних випадків шляхом надання доступного лікування.

Поширеною є практика прийняття амбулаторних пацієнтів у відділеннях стаціонарного лікування. Це відбувається за різних обставин — коли поліклініки зачинені, або коли пацієнт подолав значну відстань до лікарні. Та найчастіше причиною є наявність особистих зв'язків (пацієнта або раніше лікували у певній лікарні, і він/вона повертаються до знайомого лікаря, або ж пацієнту порекомендували звернутись до конкретного фахівця). Деякі працівники лікарень розповідають, що лікарі рівня первинної медичної допомоги направляють до них пацієнтів, яких вони могли би лікувати самі. Це відбувається через те, що лікарям первинного рівня або не вистачає кваліфікованих знань для ведення лікування, або ж вони не хочуть брати на себе відповідальність за нього.

Лікарі Донецької та Луганської областей перевантажені роботою, у цьому регіоні не вистачає лікарів. Більше половини (55%) медпрацівників працюють понад вісім годин на добу. Багато з них, особливо у лікарнях, працюють понаднормово. У середньому, лікарі приділяють одному пацієнту 15-20 хвилин. Понад третина з них вважає, що цього часу недостатньо для здійснення якісного лікування.[5] Водночас, половина лікарів визнає, що приймала би удвічі більше пацієнтів за умови значного підвищення заробітної платні. У середньому лікарі проводять третину свого робочого часу над документами. Іноді вони навіть беруть такі документи додому або дозаповнюють їх у свій вільний час. 30-40% лікарів Львівської і Полтавської областей працюють за сумісництвом. Натомість частка таких лікарів у Донецькій і Луганській областях менша та складає лише 20% (у переважній кількості випадків діяльність за сумісництвом проводиться за ос-

55% **МЕДПРАЦІВНИКІВ ПРАЦЮЮТЬ ПОНАД ВІСІМ ГОДИН НА ДОБУ**

У СЕРЕДНЬОМУ, ЛІКАРІ ПРИДІЛЯЮТЬ ОДНОМУ ПАЦІЄНТУ 15-20 ХВИЛИН.

Понад третина з них вважає, що цього часу недостатньо для здійснення якісного лікування.

[5] У приватних клініках одному пацієнту зазвичай приділяється 30 хвилин.

новним місцем роботи). Через високе навантаження та обмежену кількість варіантів для підзаробітку лише кілька осіб працюють у приватних клініках і немедичних установах. За таких умов висока вірогідність того, що найкращі спеціалісти виїдуть із регіону.

Наявні державні ресурси могли би використовуватись більш ефективно за умови:

1. надання лікарям сучасного обладнання для проведення діагностики;
2. введення електронної системи реєстрації пацієнтів (і роз'яснення лікарям принципів її використання);
3. надання пацієнтам з низьким рівнем доходу субсидій на ліки для первинного лікування.

Попередження захворювань, їхнє виявлення та лікування на ранніх етапах зекономить ресурси як пацієнтам, так і державі.

Структури паралельного фінансування

ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ ОПЛАЧУЮТЬ ПАЦІЄНТИ

40-60%

менше
10%

ПАЦІЄНТІВ ДОНЕЦЬКОЇ ТА ЛУГАНСЬКОЇ РОБЛЯТЬ ВНЕСКИ НА БЛАГОДІЙНІ РАХУНКИ

В Україні діє система паралельного фінансування, яка покликана частково забезпечити потреби надавачів медичних послуг. Фрагментована природа діючої системи фінансування сфери охорони здоров'я призводить до того, що ресурси, які розподіляються, є дуже малими – вони не задовольняють існуючі потреби населення у фахових медичних послугах належної якості. Система паралельного фінансування заповнює прогалину між потребами медичних установ та їх наявним державним фінансуванням. Деякі елементи такої системи є тіньовими, зокрема, неформальні "подяки" пацієнтів лікарям із власної кишені. Проте є й законні варіанти – наприклад, перекази коштів на так звані "благодійні рахунки" медичних установ.[6] Співвідношення неформальних і законних платежів залежить від історичного розвитку медицини в Україні, а також від соціально-екномічної ситуації у відповідному регіоні.

У багатьох випадках пацієнти повинні платити за своє лікування (купувати ліки та медичні засоби). За підрахунками лікарів, пацієнти оплачують близько 40-60% вартості лікування. Понад 70% лікарів визнають, що просять пацієнтів купувати медикаменти для їхнього лікування. Іноді медикаменти купують самі лікарі.

Хоча 'благодійні внески' збираються у багатьох медичних установах, вони складають мізерну частку загального бюджету відповідних установ області. У Донецькій і Луганській областях, на відміну від Львівської і Полтавської областей, які досліджувались раніше, дуже мало пацієнтів (менш як 10%) роблять внески на благодійні рахунки. Окрім цього, такі внески зазвичай є невеликими (50-250 грн.). Це не виключає можливості, за якої такі пацієнти платять лікарям "з кишені" так звані неформальні подяки готівкою. Так, інтерв'юери відзначили, що деякі лікарі

[5] Відповідно до Конституції, медична допомога в Україні надається безоплатно. Тобто, державні заклади охорони здоров'я не можуть вимагати плату за послуги, які вони надають (перелік платних послуг таких закладів дуже короткий). Проте вони відкривають "благодійні рахунки", на які пацієнти можуть перерахувати свої добровільні внески.

мають дорогі телефони або годинники.[7]

Заробітна плата медичного персоналу залишається найбільшою статтею бюджету. Тим не менш, рівень зарплат досі значно нижчий за бажаний.8 Більше того, зарплати лікарів не залежать від якості їхньої роботи. Навіть якщо медперсонал отримує премії, у більшості випадків вони передбачені законодавством (так звана "тринадцята зарплата"). Тобто, надбавок за ефективну роботу немає. При цьому не всі лікарі отримують навіть передбачені законодавством премії. Вражаюче низький розмір типових надбавок складає 7,3% від сумарної зарплати за рік. Благодійні внески або доходи від надання платних послуг майже ніколи не використовуються для преміювання медперсоналу. Тому за умов низької оплати праці лікарів, яка не залежить від якості їхньої роботи, отримати якісні медичні послуги пацієнт може лише покладаючись на долю або на особисті зв'язки.

Близько 40% лікарів вважають, що пацієнти готові оплачувати більшу кількість медичних послуг. Проте вони також прагнуть отримувати більше державного фінансування, оскільки медичні субвенції не покривають усі їхні потреби.

7.3% **РОЗМІР ТИПОВИХ НАДБАВОК СКЛАДАЄ 7,3% ВІД СУМАРНОЇ ЗАРПЛАТИ ЗА РІК.**

БЛИЗЬКО 40% ЛІКАРІВ ВВАЖАЮТЬ, що пацієнти готові оплачувати більшу кількість медичних послуг.

Вплив війни

Як показало дослідження, у результаті збройного конфлікту у більшості медичних установ кількість персоналу зменшилась (оскільки люди виїхали із зони конфлікту)**, а кількість пацієнтів зросла** (за рахунок внутрішньо переміщених осіб (ВПО), населення, що переїхало з окупованих територій).

Порівняно з 2014 роком рівень постачання ліків і медичних засобів дещо поліпшився завдяки благодійній допомозі та реформі децентралізації. Загалом, лікарням доволі складно залучити та втримати персонал у зоні конфлікту через низькі зарплати, обмежені можливості додаткового заробітку та близькість збройних дій.

Деякі лікарні були переміщені з окупованих територій. Їм не вистачає приміщень. Тому персонал таких лікарень змушений працювати деінде, де є вільний простір. Ще однією проблемою, з якою стикаються такі лікарні, є нестача житла для їхнього персоналу. Заплати таких медичних працівників настільки низькі, що вони не можуть орендувати квартиру або будинок. За браком площ самі лікарні теж не можуть надати таким своїм працівникам приміщення для проживання.

ПОРІВНЯНО З 2014 РОКОМ РІВЕНЬ ПОСТАЧАННЯ ЛІКІВ І МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ ДЕЩО ПОЛІПШИВСЯ ЗАВДЯКИ БЛАГОДІЙНІЙ ДОПОМОЗІ ТА РЕФОРМІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ.

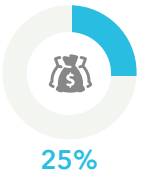
Ставлення до реформ

Понад 50% керівників лікарень і представників органів влади вважають, що українська система охорони здоров'я отримує менше чверті необхідних їй коштів. 35% таких респондентів вважають, що наявне фінансування покриває лише 25-50% потреб. Керівники та лікарі медичних установ найчастіше називають такі шляхи підвищення ефективності роботи їхньої сфери: надання нового обладнання, поліпшення комунікації між лікарями (у тому числі за допомогою створення електронних карток пацієнтів) та забезпечення енергоефективного використання ресурсів. Також керівники підтримують розвиток превентивної медицини і відстоюють необхідність більшої автономії медичних установ.

Більшість лікарів вважає, що їхня медична установа використовує надані кошти ефективно (оскільки вони економлять на всьому). Натомість, питання неефективності виникає на найвищих ланках системи охорони здоров'я (зокрема, у профільному Міністерстві). Певна кількість лікарів вважає, що розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, а також запровадження інституту сімейного лікаря є невдалими кроками, оскільки вони збільшили кількість адміністративного персоналу та навантаження на лікарів. Хоча більшість лікарів і керівників підтримують ідею введення оплати безпосередньо за надані послуги та більшої автономії лікарень,[9] їм не вистачає детальнішої інформації про те, як саме ці новації будуть втілюватись у життя, та які зміни чекають на їхні медичні установи та на них особисто.

Більшість представників регіональних органів влади нічого не знають про рамкові угоди, загальний бюджет або діагностично-споріднені групи. Ці концепції будуть введені у рамках реформи системи охорони здоров'я. Дехто з місцевих органів влади також із пересторогою ставиться до надання медичним установам більшої автономії. На їхню думку, керівники таких установ не завжди знають, як раціонально розпоряджатись коштами. Наведені приклади доводять, що запровадження реформи повинно супроводжуватись широкомасштабною комунікаційною програмою та заходами з підготовки, що мають бути організовані для представників органів влади, керівників медичних установ і лікарів, оскільки вся система є доволі інертною, а довіра до реформи – невисокою. Вдалим прикладом є ставлення до системи ProZorro.[10] Не дивлячись на те, що ProZorro допомогла близько 70% керівникам медичних установ заощадити кошти, вони досі ставляться до системи скептично (основні претензії стосуються якості товарів, що надаються, та надійності постачальників).

50% **КЕРІВНИКІВ ЛІКАРЕНЬ І ПРЕДСТАВНИКІВ ОРГАНІВ ВЛАДИ ВВАЖАЮТЬ, ЩО**



українська система охорони здоров'я отримує менше чверті необхідних їй коштів.

[9] Закон, що надає лікарням більшу автономію, був прийнятий у квітні 2017 року. Верховна Рада України зараз також розглядає й інші закони з питань охорони здоров'я. Ключові положення реформ викладені у Таблиці 1.

[10] ProZorro – це електронна система закупівель, розроблена у 2015 році. Вона стала обов'язковою для використання усіма державними установами починаючи з 1 серпня 2016 року. ProZorro надала можливість усім постачальникам анонімно брати участь в електронних аукціонах і, таким чином, вигравати тендери на постачання товарів органам влади і державним установам, якщо вони пропонуються за найнижчою ціною. До введення ProZorro державні замовлення фактично розподілялися між компаніями, які тим чи іншим чином були пов'язані з представниками влади, що відповідали за здійснення закупівель.

Суть і цілі дослідження

Враховуючі повільні зрушення у сфері економіки та діючий збройний конфлікт на сході держави, малоймовірно, що рівень державних видатків на сферу охорони здоров'я найближчим часом значно зросте. Окрім того, навіть якщо Україна вкладе значні кошти у цей сектор, дуже сумнівно, що це призведе до безперечного покращення. Витрати на охорону здоров'я у доларах США на душу населення зросли більш як удвічі між 1995 і 2010 роками. Проте це не відобразилось на рівні здоров'я населення (за винятком здоров'я матерів і дітей). Найбільш правдоподібним поясненням цьому є неефективне використання ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Попереднє дослідження Світового банку виявило основні проблеми, пов'язні з використанням державних коштів у сфері охорони здоров'я. Дослідження «Як працює система?» (2015 рік) встановило, що планування, розробка бюджету та фінансове управління у секторі охорони здоров'я України є найбільш проблемними напрямами, які потребують удосконаленого регулювання. За проханням українського Уряду Світовий банк профінансував проведення аналітики діючого використання державних ресурсів на рівні медичних управлінь і установ різного рівня у двох областях. Головними інструментами стали дослідження витрат державних закладів охорони здоров'я та кількісне обстеження надання послуг (PETS/QSDS). У рамках PETS аналізується рух фінансових та матеріально-технічних ресурсів із Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) і місцевих органів влади до медичних установ. Це дозволяє виявити неефективність і нецільове використання ресурсів, через які до медичних установ на місцях доходить ще менше матеріальних ресурсів. QSDS дозволяє також оцінити надання послуг і використання ресурсів, бюджетне планування та виконання бюджету, а також роль додаткових фінансових потоків.

Окупація частин Донецької та Луганської областей у 2014 році призвела до того, що якість надання медичних послуг в цих областях у порівнянні з іншими регіонами України знизилася.

Інструменти PETS і QSDS довели свою дієвість для виявлення бюрократичних перепон, випадків нецільового використання коштів і проблем із управлінням людськими та матеріально-технічними ресурсами. Загалом інструмент PETS покликаний оцінити об'єм державних ресурсів (фінансових, людських і матеріально-технічних), які передаються від уряду через обласні та місцеві органи влади до надавачів медичних послуг для населення. Інструмент QSDS більше застосовується для

Основна мета цього дослідження – допомогти Уряду України виявити аспекти неефективного фінансування та неефективного використання державних коштів у сфері охорони здоров'я.

оцінки ефективності використання обмежених ресурсів і поліпшення рівного доступу до надання медичних послуг.

У цьому звіті наводяться основні висновки, сформульовані за результатами застосування інструментів PETS/QSDS у двох областях України. Звіт допомагає краще зрозуміти причини обставин, які стримують розвиток. Він має на меті забезпечити глибше розуміння наслідків неефективного управління та надати практичні рекомендації для його вдосконалення. У звіті представлено результати кабінетного огляду, аналіз статистичних даних, фінансових звітів, результати інтерв'ю, проведених з керівниками та медичним персоналом в обраних медичних установах.

Методологія

Для досягнення цілей дослідження при його проведенні використовувались різні інструменти. Був проведений кабінетний огляд для аналізу організації фінансування сфери охорони здоров'я, а також інституційних і стратегічних складових цієї системи. Зокрема, були використані інструменти для проведення досліджень PETS/QSDS. Також аналізувались фінансові дані з державних звітів та інформація, що додатково запитувалась у Казначейства. Департаментам охорони здоров'я обласного та районного рівнів, керівникам медичних установ і лікарям були надані напівструктуровані питання у рамках інструментів PETS/QSDS. Відповіді на них дали комплексне уявлення про діючі практики та процедури в системі охорони здоров'я. Також використовувалась фінансова інформація з балансових звітів, звітів про використання бюджетних коштів, казначейських рахунків медустанов. Були направлені окремі запити з проханням відслідковувати надходження та витрати закладів охорони здоров'я.

Питання для дослідження

Дослідження побудоване навколо кількох спеціалізованих запитань:

1. Як медичні установи, що надають послуги населенню, отримують державне фінансування? Чи є можливості для нецільового використання коштів на етапі їхньої передачі з центрального бюджету до надавачів медичних послуг?

Для відповіді на це запитання ми спочатку проаналізували зведені дані про витрати на державному рівні. Потім порівняли їх зі зведеною фінансовою інформацією, наданою Державною казначейською службою (центральний рівень) і місцевими державними адміністраціями (рівень областей і районів/міст), щодо обох областей і районів/міст, які до них входять.

2. Чи ефективними є планування та розподіл ресурсів?

Для оцінки процесу планування спочатку були визначені зацікавлені сторони, фактори, які беруться до уваги, та основні критерії прийняття рішень. Відповідна інформація була надана у рамках PETS/QSDS інтерв'ю, проведених із представниками департаментів охорони здоров'я обласного та районного рівнів, керівниками медичних установ і лікарями. У результаті інтерв'ю також була отримана інформація про розподіл ресурсів (чи медустанови отримують усе, що вони потребують, та, якщо ні, які причини такого недоотримання та як вони вирішуються) та строки виплат.

3. Чи ефективними є рівень забезпечення медустанов персоналом і його використання?

Для цього питання проводився аналіз, чи достатньо медустанови забезпечені персоналом, чи працівники ефективно залучені до роботи установи, чи їхній час використовується раціонально. Використання робочого часу персоналу оцінювалось за різними індикаторами. Керівників медустанов просили прокоментувати, чи хотіли би вони змінити кількість або характер роботи працівників у своїх установах, чи наявний стан речей є оптимальним. Лікарів попросили детально пояснити умови їхнього робочого графіку, кількість пацієнтів, яких вони приймають за зміну, чи працюють вони в інших установах, чи працюють вони понаднормово та скільки часу вони приділяють одному пацієнту.

4. Чи працівники галузі охорони здоров'я знають про заплановані реформи цієї сфери та яка їхня думка щодо цих реформ?

Низка питань щодо певних аспектів запропонованих реформ охорони здоров'я та варіанти ставлення до них були включені до анкет PETS. Респондентам також ставили відкриті запитання про можливі варіанти підвищення ефективності надання медичних послуг.

ВСТАВКА 1. РЕФОРМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Необхідність реформувати систему охорони здоров'я України визнана вже давно. Раніше було прийнято декілька спроб провести відповідну реформу, проте вони натикались на потужний супротив системи, та їм бракувало систематичного характеру.

Найвагомішою була реформа з виокремлення первинної медичної допомоги (за рахунок створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та введення інституту сімейних лікарів). Ця реформа була розпочата у 2011 році, у деяких регіонах вона вже втілена повністю (а в деяких ще триває). До середини 2017 року ця реформа мала бути завершена. Тобто, на цей час кожен громадянин повинен підписати договір із своїм сімейним лікарем. Щороку лікарю виплачуватиметься фіксована сума з розрахунку на кожного пацієнта. Лікар зможе мати до 2 тис. пацієнтів. Основна мета цієї реформи – створити дієвий "фільтр". Тобто, сімейний лікар повинен мати змогу вирішити, яких пацієнтів він/вона може лікувати самостійно, а яких треба направляти на отримання вторинної і третинної медичної допомоги до лікарень. Єдина проблема з первинним рівнем допомоги полягає у тому, що лікар не може контролювати, чи пацієнт дійсно купує та приймає призначені ліки. Тому були введені та розширені програми з відшкодування витрат за придбані ліки (наприклад, для хвороб серця). Ця ініціатива допоможе попередити такі гострі випадки, як гострі серцево-судинні захворювання.

Ще одним важливим аспектом реформи є збільшення рівня автономії медустанов і перетворення їх, врешті, на підприємства державної або комунальної форми власності (наразі лікарні є так званими бюджетними установами, тобто, вони фінансуються з державного або місцевого бюджетів відповідно до їхніх потреб). Коли лікарні стануть підприємствами, вони фінансуватимуться за принципом оплати за надання послуг. Вони також отримуватимуть надходження від Національної служби здоров'я України (новостворене підприємство, яке частково займається страхуванням та яка оплачуватиме медичні послуги) та від приватних страхових компаній. Медустанови також зможуть надавати оплачувані послуги та конкурувати з приватними клініками. У цьому аспекті будуть виділені три типи медичних послуг: ті, які повністю фінансуються державою (первинна, невідкладна, паліативна допомога, найбільш поширені типи вторинної допомоги), ті, що фінансуються державою частково, та ті, які не фінансуються державою (наприклад, косметична хірургія, стоматологія, за винятком екстрених випадків тощо). З метою забезпечення ефективного використання державних коштів будуть оновлені медичні протоколи, і лікарі повинні будуть призначати лікування відповідно до таких протоколів.

Законопроекти, що запускають описану реформу, наразі розглядаються Верховною Радою України.

Кінцевою метою реформи є закріплення системи "фінансування слідує за пацієнтом". Вона кардинально відрізнятиметься від діючої системи, за якої фінансування медустанов залежить від кількості людей, що проживають на відповідній території. Для полегшення такого переходу нині розробляється система електронної реєстрації пацієнтів (eHealth). Також буде оптимізована мережа медичних установ. Будуть створені так звані "лікарняні райони". До них входитимуть головна лікарня, у якій надаватимуть лікування у найтяжчих випадках, та інші лікарні, що виконуватимуть допоміжні функції.

Джерела інформації

Адміністративна та фінансова інформація

Для аналізу фінансових надходжень до системи охорони здоров'я України та визначення потенційно неефективних аспектів діючого бюджетного механізму була зібрана адміністративна та фінансова інформація. Зокрема, були зібрані бюджетні показники витрат на охорону здоров'я на рівні областей і районів/міст (46 бюджетів) у районах Донецької та Луганської областей, що перебувають під контролем Уряду. Інформація про фінансові та матеріально-технічні надходження з державного бюджету до областей та міських і районних бюджетів була взята зі звітів Міністерства фінансів. Детальний аналіз ресурсів, наявних у Донецькій і Луганській областях, був проведений на основі звітів Державної казначейської служби про виконання бюджету на рівні областей, районів і міст. Дані цих звітів порівнювались із відповідною інформацією, наданою місцевими державними адміністраціями.

Інформація, отримана за допомогою інструментів PETS/QSDS

Київська школа економіка у співпраці зі Світовим банком адаптували інструменти PETS для використання під час другого етапу дослідження (у Донецькій і Луганській областях). Зокрема, були вдосконалені структура та чіткість запитань, проте відповіді на них досі можна порівнювати з результатами першого етапу. Дослідження провела професійна команда інтерв'юерів із Київського міжнародного інституту соціології у період між 10 і 24 грудня 2016 року.

Під час безпосередньої роботи на місцях для проведення напівструктурованих інтерв'ю використовувались анкети українською та російською мовами. Окремі анкети були розроблені для кожної із чотирьох груп респондентів:

i. особи, відповідальні за охорону здоров'я на рівні області;
ii. особи, відповідальні за охорону здоров'я на рівні району/міста,
iii. керівники медичних установ; і
iv. працівники медичних установ (лікарі, середній медичний персонал, медсестри).

Анкета, яка використовувалася для дослідження, складалася з таких секцій:

i. планування ресурсів;
ii. надходження ресурсів (за винятком анкети №4);
iii. використання ресурсів;
iv. фінансовий контроль з боку центральної та обласної/районної влади (за винятком анкети №4);
v. брак ресурсів;
vi. зміни бюджету (за винятком анкети №4);
vii. результати роботи (лише анкета №4);
viii. діючі та заплановані реформи; і
ix. соціально-демографічна характеристика респондента (за винятком анкет №1 і 2).

До анкет вносились зміни з урахуванням результатів дослідження з використанням QSDS, проведеного у червні 2016 року у Львівській і Полтавській областях. Найпоширеніші відповіді респондентів і коментарі інтерв'юерів були враховані у нових анкетах. Це допомогло вдосконалити структуру нових анкет, одночасно залишаючи достатньо можливостей респондентам для надання своїх зауважень і коментарів. Нові анкети також враховують той факт, що система ProZorro стала обов'язковою для використання починаючи з 1 серпня 2016 року. Частина анкет, присвячена закупівлям, була змінена відповідно.

Метод побудови вибірки

Дослідження має свої обмеження. Воно проводилось у районах Донецької і Луганської областей, які знаходяться під контролем Уряду. Інтерв'ю проводились в 11 населених пунктах і у 33 установах із надання медичних послуг у Донецькій і Луганській областях.

ТАБЛИЦЯ 1. ПЕРЕЛІК ПОКАЗНИКІВ ВИБІРКИ

Тип медичної установи	Кількість медичних установ у вибірці	Загальна кількість подібних медичних установ в області
Донецька область		
Обласна лікарня	0	7
Лікарня або поліклініка районного або міського рівня	7 (+7 поліклінік)	79
Установа з надання первинної медичної допомоги	5 центрів первинної медико-санітарної допомоги (10 амбулаторних центрів і 4 фельдшерсько-акушерських пункти (ФАП), що діють при них)	21
Луганська область		
Обласна лікарня	2 (+2 поліклініки)	14
Лікарня районного або міського рівня	2 (+2 поліклініки)	8
Територіальний медичний пункт районного рівня	2 (+2 поліклініки)	9
Установа з надання первинної медичної допомоги	3 центри первинної медико-санітарної допомоги (6 амбулаторних центрів і 4 ФАП, що діють при них)	16

Джерело інформації: контактна інформація усіх медичних установ для вибірки взята у представників обласних і районних органів влади. Повна вибірка представлена у Додатку.

11 НАСЕЛЕНИХ ПУНКТІВ

30 УСТАНОВ З НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Як було роз'яснено у частині, присвяченій методології, у кожній області були проведені інтерв'ю з наступними особами:

- із головою або заступником голови (з економічних питань) департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- із головою або заступником голови (з економічних питань) департаменту охорони здоров'я районної/міської адміністрації;
- із головним лікарем, головним бухгалтером, головою поліклінічного відділення, головою центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) або головою амбулаторного медичного центру;

у лікарнях: лікарі обиралась із-поміж наступних категорій: головний лікар відділення (за можливості), лікарі з різних відділень (терапевти та лікарі вузької спеціалізації), лікарі, які працюють переважно з пацієнтами на стаціонарному лікуванні, за денними та нічними змінами, лікарі, які працюють переважно з пацієнтами на амбулаторному лікуванні; **у поліклініках:** головний лікар одного відділення (за можливості), лікарі з різних відділень (терапевти та лікарі вузької спеціалізації); **в амбулаторних медичних центрах:** сімейний лікар; **у фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАПах):** медичний співробітник.

Усього в дослідженні взяли участь 143 респонденти:

- 2 голови обласних департаментів охорони здоров'я;
- 11 голів міських/районних департаментів охорони здоров'я;
- 32 голови відділення медичної установи/лікарні/поліклініки, міського центру сімейної медицини/ районного ЦПМСД; і
- 98 лікарів/сімейних лікарів/медичних помічників/медсестер лікарень і поліклінік.

143 **РЕСПОНДЕНТИ, СЕРЕД ЯКИХ:**

2 Голови обласних департаментів охорони здоров'я

11 Голів міських / районних департаментів охорони здоров'я

32 Голови відділення медичної установи

98 Лікарів, сімейних лікарів, медичних помічників, медсестер лікарень і поліклінік

Перед безпосереднім виїздом до респондентів усі інтерв'юери пройшли тренінг, розроблений спеціально для успішного проведення цього дослідження.

Після введення остаточних даних був проведений їх логічний контроль за 40-50 логічними показниками (залежно від типу анкети). Це дозволило вивірити та систематизувати анкетну інформацію для фінального подання. Відповіді на відкриті (закодовані) та напіввідкриті запитання аналізувались за допомогою програмного забезпечення SPSS.

Обмеження

Дослідження, проведене на другому етапі, характеризується низкою обмежень. Деякі з таких обмежень пов'язані з особливостями інструментів PETS/QSDS, які стосуються всіх етапів дослідження. Інші обмеження обумовлені особливостями регіону, що досліджувався.

Як зазначалось у першому звіті, PETS/QSDS є корисними інструментами для виявлення нецільового використання державних коштів у різних країнах, що розвиваються. Проте дослідження другого етапу також залежить від обмеженої вибірки. Вона сформована диспропорційно відповідно до типу респондентів. Через ці обставини не можна повністю узагальнювати результати дослідження.

Окрім того, якісний формат даних має свої переваги та недоліки. Виходячи з досвіду першого етапу, була вдосконалена структура та чіткість формулювань запитань у нових анкетах (у межах, які дозволяли би порівняти дані першого та другого етапів дослідження). Проте респонденти могли мати складнощі з розумінням анкет чи надавати відповіді повільніше через перехід від запитань про кількісні аспекти до запитань про якісні аспекти та навпаки.

Також слід враховувати, що через делікатність певних запитань щодо фінансування деякі респонденти могли замовчувати певну інформацію, особливо стосовно неофіційних джерел прибутку та паралельних систем фінансування відповідної лікарні.

Насамкінець слід зазначити ще одну подібність із першим етапом дослідження. Різні адміністративні й інституційні умови у різних регіонах створюють різне підґрунтя для збору додаткової адміністративної та статистичної інформації для PETS/QSDS. Цей звіт відповідає на всі основні запитання дослідження. Проте деякі аспекти розглядаються докладніше (наприклад, відкритість до реформ), а деякі – менш докладно (наприклад, аналіз витрат, затримок і нерегулярності фінансування).

Враховуючи перераховані обмеження, неможливо зробити детальні висновки щодо тіньового фінансування, яке отримують медичні установи та лікарі. Також неможливо однозначно стверджувати, чи деякі лікарі виступають проти запропонованих реформ через неповне розуміння їх суті, чи через те, що ці реформи покладуть край їхнім неофіційним прибуткам.

Організація фінансування сфери охорони здоров'я

У цій частині викладені основні результати кабінетного огляду системи державного фінансування охорони здоров'я в Україні. Тут також надається огляд загальної організації системи охорони здоров'я та роз'яснюються діючі фінансові механізми. Див. загальний огляд у першому звіті.

Уряд зобов'язаний фінансувати та гарантувати доступ до послуг із охорони здоров'я всім громадянам України. Відповідно до Закону України "Про Основи законодавства України про охорону здоров'я", фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного бюджету України, місцевих (обласних, районних і муніципальних) бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та "будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством".[11] Очікується, що видатки на охорону здоров'я з державного бюджету України та місцевих бюджетів забезпечуватимуть охорону здоров'я для всіх громадян та виконання державних та місцевих програм у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними медичними установами. Державний бюджет також покриває вартість навчання та наукових досліджень у медичній сфері. Законом передбачено, що розмір державного фінансування визначається з розрахунку потреб на душу населення.[12] У 2015 році загальні державні витрати на охорону здоров'я в Україні склали 71 млрд. грн. (3,25 мільярди дол. США).[13] Надходження сектору охорони здоров'я формуються за рахунок власних джерел місцевих бюджетів (близько 15,7 млрд. грн.),[14] фондів, які управляються МОЗ у рамках механізму медичних субвенцій (46,2 млрд. грн.), державного бюджету (11,5 млрд. грн.). Деякі інші міністерства (наприклад, Міністерство оборони) також мають повноваження у сфері охорони здоров'я. Витрати таких міністерств складають 3,3 млрд. грн., проте ці кошти не враховуються МОЗ. У Графіку 2 показане співвідношення ресурсів, які витрачаються на різних рівнях, у тому числі витрати двох областей, які є предметом даного дослідження.

МОЗ відповідає як за розробку політики та принципів функціонування сфери охорони здоров'я, так і за управління медичними установами державного рівня. На національному рівні МОЗ відповідає за розробку та впровадження державної політики охорони здоров'я, нагляд за роботою медичних освітніх і дослідницьких закладів, регулювання фармацевтичних питань і захист від хвороб (Постанова КМУ "Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України"). МОЗ також керує та надає основне фінансування особливим державним медичним установам: вузькоспеціалізованим лікарням і клінікам (наприклад, Національній дитячій спеціалізованій лікарні "ОХМАТДИТ", Харківський Центр серцево-судинної хірургії тощо), санаторіям, притулкам для дітей до трьох років.

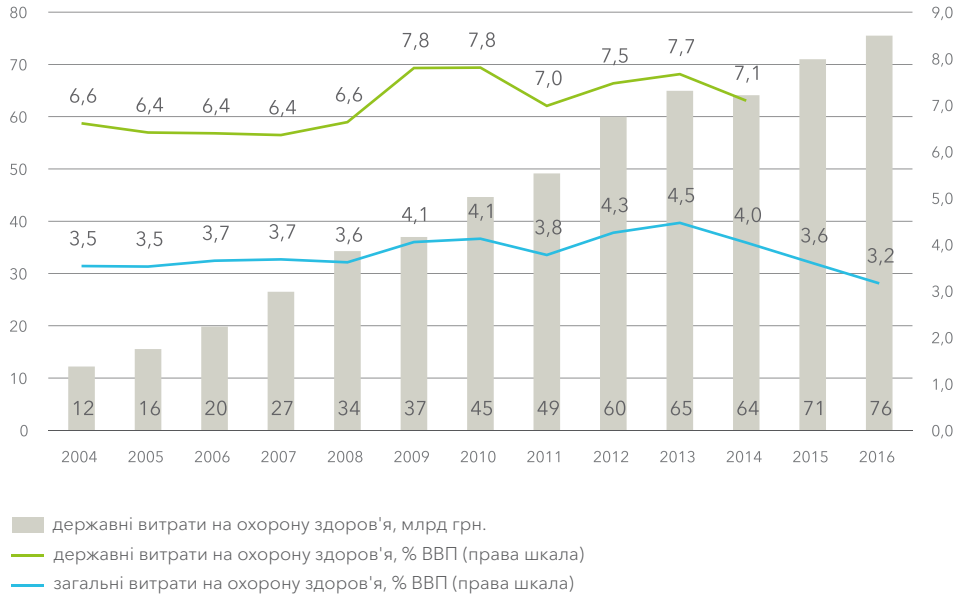
[11] Закон України No. 2801-XII, стаття 18.

[12] Там само.

[13] Середній курс обміну української гривні на долар США у 2015 році складав 21.84 гривню за 1 долар.

[14] У деяких випадках такі перекази "немедичного характеру", як "основний внесок" або "стабілізаційний внесок", можуть використовуватись для фінансування охорони здоров'я. Проте Державна казначейська служба не відслідковує цільове використання таких коштів.

ГРАФІК 1. ВИТРАТИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ, 2004–2015 РОКИ



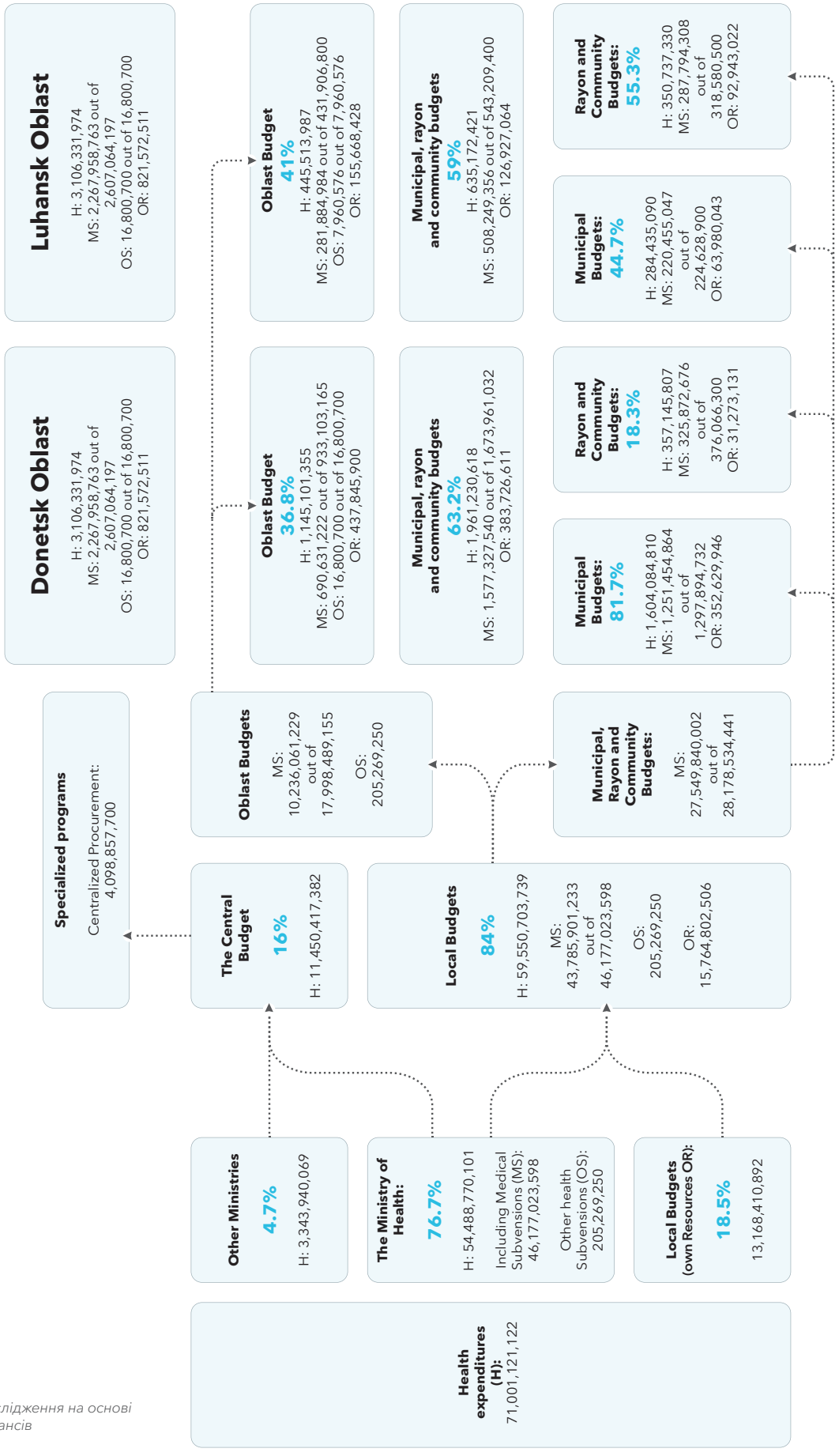
Джероло: Державна казначейська служба, дані Світового банку

МОЗ розпоряджається більшою частиною державного бюджету, виділеного на охорону здоров'я. Ці видатки включать витрати самого МОЗ, підпорядкованих йому установ та інституцій, міжбюджетні трансферти від Міністерства фінансів до бюджетів нижчого рівня (областей, районів, муніципалітетів, громад).[15]

Хоча МОЗ є основним регулятором і розробником політики принципів функціонування сфери охорони здоров'я, медичні послуги надаються переважно на місцевому рівні. Відповідальність за управління та фінансування охорони здоров'я лежить на територіальних адміністративних одиницях. Місцева влада приймає основні рішення щодо розподілу ресурсів, отриманих у рамках медичних субвенцій. Розмір медичних субвенцій, які надаються кожній області, району/місту або об'єднаним громадам, визначається за формулою, яка враховує кількість населення на певній територій і низку інших параметрів. Кожна адміністративна одиниця (область, район/місто, громада) має власний департамент/управління охорони здоров'я. Такий департамент вирішує питання щодо розподілу медичних субвенцій між медичними установами обласного (третинна медична допомога), районного/міського (вторинна та первинна медична допомога) рівнів і рівня громади (первинна медична допомога). Місцева влада також надає медустановам додаткове фінансування зі своїх місцевих бюджетів. Формально місцеві бюджети фінансують близько 80% медичних послуг. Проте ці кошти складаються переважно з медичних субвенцій, отриманих із державного бюджету.

[15] Громада – нова форма одиниці самоврядування, введена у 2014 році у рамках реформи децентралізації. Громади можуть створюватись за ініціативою сіл, міст і селищ міського типу за рахунок об'єднання їхніх бюджетів і управління (таким чином, об'єднані громади повинні мати більший бюджет і менші адміністративні витрати, ніж їхні складові окремо; така розумна економія має позитивно вплинути на ефективність державних послуг). З метою заохочення створення громад їм гарантували "прямий" зв'язок із державним бюджетом. Тобто, громади отримують субсидії на медицину, освіту та деякі інші сфери безпосередньо з державного бюджету, у той час як села та міста отримують фінансування з районних бюджетів.

ГРАФІК 2. ВИТРАТИ НА СЕКТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, 2015 РІК



Джерело:
розрахунки авторів дослідження на основі даних Міністерства фінансів

Медична субвенція

У 2015 році Уряд запровадив новий спеціалізований інструмент для міжбюджетних трансфертів для освітніх і медичних цілей (так звана «медична субвенція»[16] для сектору охорони здоров'я). Медична субвенція – це бюджетний трансферт, призначений для сектору охорони здоров'я, який замінює загальні вирівнювальні платежі для регіонів. Загалом у 2015 році міжбюджетні трансферти включали п'ять різних типів субвенцій.

Розмір медичних субвенцій та інших трансфертів до областей/районів/міст залежить від загальної кількості медичних субвенцій і формули, за якої вони розподіляються. Точна кількість коштів, що мають бути виділені, обраховується Міністерством фінансів відповідно до розрахункової формули, запропонованої МОЗ. Така формула враховує: (i) кількість населення адміністративно-територіальної одиниці; (ii) коефіцієнти територіальних одиниць обласного і нижчого рівнів для сільських і міських територій; (iii) кореляційні коефіцієнти, які враховують вікову та гендерну структуру населення та деякі фактори захворюваності; і (iv) особливості надання медичних послуг у гірській місцевості. Кошти автоматично перераховуються на казначейські рахунки областей, районів, міст і громад. Всього в Україні є 490 районів і 180 міст обласного значення. Кількість громад зростає з поступом реформи децентралізації: із 85 наприкінці 2015 року до 414 у 2017 році. Через те, що медичні субвенції отримують понад 1000 різних реципієнтів, фінансування медичної сфери дуже фрагментоване.

Найбільша частка фінансування сектору охорони здоров'я одразу надходить до місцевих бюджетів через механізм медичної субвенції. Загальний обсяг медичних субвенцій надходить до обласних бюджетів – вони отримали 19 млрд. грн. (41% медичних субвенцій) для фінансування роботи обласних медустанов і близько 205 млн. грн. у рамках спеціальних субвенцій (для лікування діабету, гемодіалізу, анастезії тощо), – міських, районних бюджетів і бюджетів громад, які отримали близько 27,1 млрд. грн. (59% медичних субвенцій) у 2015 році.

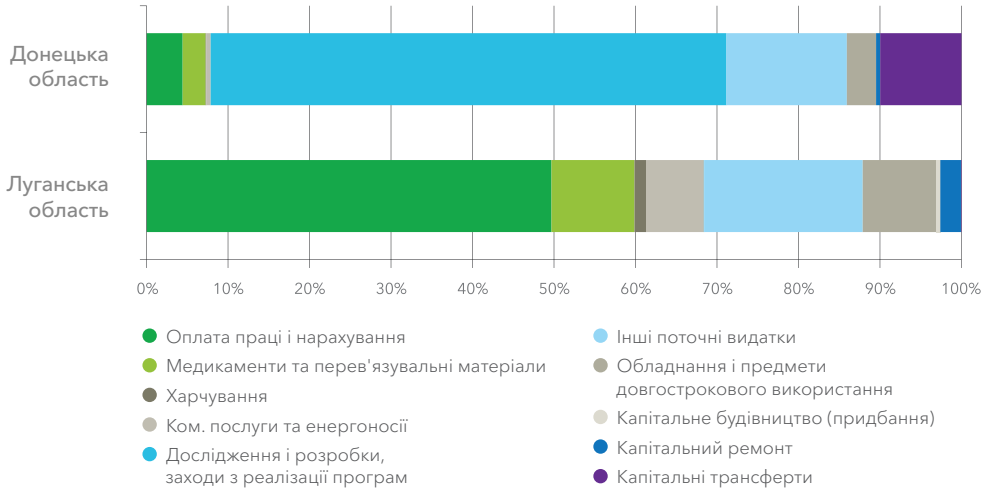
Як пояснювалось у першому звіті, організація та фінансування охорони здоров'я відрізняються залежно від регіону. У 2015 році Донецька та Луганська області витратили на охорону здоров'я 3,1 млрд. грн. і 1,8 млрд. грн. відповідно. Із них 2,3 млрд. грн. і 0,8 млрд. грн. відповідно (близько 75% загальних витрат на цей сектор) були надані у формі медичних субвенцій. Градація витрат у Луганській області подібна до відповідних показників інших областей (див. Таблицю А1 у Додатку). Донецька область відрізняється у питанні організації первинної медичної допомоги. Коли разом з іншими областями Донецька область брала участь у пілотному впровадженні медичних реформ у 2011-2014 роках,[17] вона трансформувала свою систему первинної медико-санітарної допомоги. Медичними установами з надання первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіями та ФАПами) у Донецькій області управляють спеціальні підрозділи – центри первинної

[16] Бюджетний кодекс, стаття 97.

[17] Серед пілотних областей, які брали участь у медичній реформі 2011-2014 рр., були Донецька, Дніпропетровська та Вінницька області, а також два райони міста Києва.

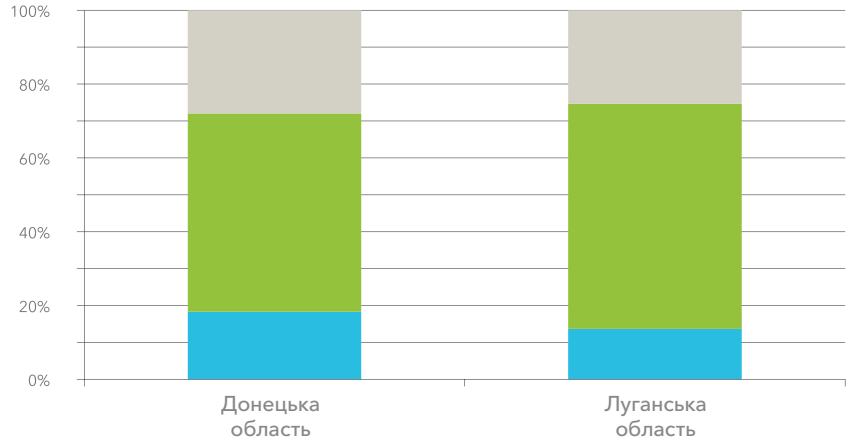
медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Такі центри відповідають за бюджетні, кадрові питання, питання державних закупівель і постачання. Вони також надають медичні послуги через мережу амбулаторних медичних центрів і ФАПи. У Таблиці А1 ЦПМСД відображені у рядку "дослідницькі та інші державні (регіональні) програми". Графік 3 показує різницю у практиці витрат двох різних областей. Донецька область значно менше витрачає на зарплату та комунальні послуги. Це відбувається не тому, що в цій області менше лікарів чи медустанов, а тому, що витрати на первинну медичну допомогу "приховані" у рядку "дослідницькі та інші державні (регіональні) програми". Розподіл фінансування сектору охорони здоров'я за рівнями у двох областях дуже подібний (Графік 4): близько 50% витрат припадають на рівень вторинної медичної допомоги – міські/районні лікарні та поліклініки.

ГРАФІК 3. РОЗПОДІЛ ВИТРАТ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЗА ОБЛАСТЯМИ, 2015 РІК (ЗА ЕКОНОМІЧНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ)



Джерело інформації: казначейські звіти

ГРАФІК 4. РОЗПОДІЛ БЮДЖЕТУ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЗА РІВНЕМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, 2015 РІК



Джерело інформації: казначейські звіти

Відповідно до зведеного бюджету України 2015 року, кошти на охорону здоров'я витрачаються переважно на утримання медичних установ. Зокрема, близько 85% бюджету на охорону здоров'я 2015 року були надані поліклінікам, амбулаторним центрам, центрам надання швидкої та первинної медико-санітарної допомоги, лікарням і санаторіям. Залишок зведеного бюджету (див. Таблицю 2) був використаний на санітарні заходи й установи, а також на заходи й установи з протидії епідеміям (2%), фундаментальні та прикладні дослідження (1%) та на інші заклади та діяльність (13%). На первинну допомогу виділялося близько 15%, а на загальні та спеціалізовані лікарні – до 61% бюджету на охорону здоров'я.

ТАБЛИЦЯ 2. ЗВЕДЕНИЙ ВИКОНАНИЙ БЮДЖЕТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ФУНКЦІОНАЛЬНА КЛАСИФІКАЦІЯ, 2015 РІК

Функціональні витрати (категорія)	Типи медичних установ	Кількість, млн. грн.	Частка від загальної суми	Кількість, млн. грн.	Частка від загальної суми
Поліклініки та амбулаторні центри, центри швидкої та первинної медико-санітарної допомоги	Центри швидкої та екстреної медичної допомоги	3 338	4,7	14 219	20
	Поліклініки (спеціалізовані та стоматологічні)	2 150	3,0		
	Поліклініки (загальні) та амбулаторні центри	2 332	3,3		
	ФАПи	190	0,3		
	ЦПМСД	6 208	8,7		
Лікарні та санаторії	Лікарні (загальні)	31 631	44,6	46 013	65
	Пологові будинки	1 553	2,2		
	Лікарні (спеціалізовані) та інші спеціалізовані медустанови	11 595	16,3		
	Санаторії	1 234	1,7		
Санітарні заходи й установи, а також заходи й установи з протидії епідеміям	Санітарні заходи й установи, а також заходи й установи з протидії епідеміям	1 144	1,6	1 144	2
Фундаментальні та прикладні дослідження	Фундаментальні та прикладні дослідження	412	0,6	412	1
Інші функції з охорони здоров'я	Притулки	490	0,7	9 213	13
	Центри переливання крові	368	0,5		
	Інші медустанови	8 356	11,8		
Всього на охорону здоров'я		**71 001**	**100**	**71 001**	**100**

Джерело: Державний бюджет України на 2015 рік

Планування та виконання бюджету

Планування бюджету медустанов відбувається за принципом "знизу догори", проте він чітко регулюється на верхньому рівні, де встановлюються обмеження об'ємів можливого фінансування. Медичні установи, тобто установи первинного рівня, які використовують бюджетні кошти, готують проект бюджету. Далі такий проект проходить декілька етапів затвердження місцевими фінансовими органами, місцевою владою та підрозділами Державної казначейської служби відповідного рівня. Цей процес включає затвердження бюджетного запиту, максимального розміру бюджету, плану щомісячних виплат і самого бюджету.[18]

Порядок бюджетного планування є строго регульованим, він повинен відповідати вимогам декількох нормативних документів. Під час підготовки своїх бюджетів керівники медичних установ повинні дотримуватись низки вимог:

- Точних зразків документів і послідовності їх оформлення: структура витрат повинна відповідати основним класифікаціям і зразкам, визначеним Міністерством фінансів (Наказ №57 від 28 січня 2002 року);
- Правил визначення кількості персоналу та рівнів їхніх зарплат (штатний розпис) (Наказ №57 Міністерства фінансів, Наказ №33 МОЗ,[19] «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення», Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України №308/519 від 5 жовтня 2005 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення»);
- Нормам щодо видатків і правилам розрахунків усіх інших типів постійних і капітальних витрат, відповідно до Методичних рекомендацій щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладам охорони здоров'я;
- Вимоги щодо пріоритизації «захищених видатків бюджету»: їхній перелік встановлений Бюджетним кодексом України (стаття 55).

Використання державних коштів і фінансова звітність про це повинні відповідати встановленим вимогам. Місцеві управління фінансів та Державне казначейство затверджують план щомісяцних виплат. Упродовж року такий план є одним із основних документів, наявність якого вимагає закон, і який є основою для затвердження та надання коштів усім установам. Правила фінансового розпорядження відповідають правилам звітності, викладеним у «Порядку складання бюджетної звітності розпорядниками та одержувачами бюджетних коштів, звітності фондами загальнообов'язкового державного соціального і пенсійного страхування» (Наказ Міністерства фінансів України №44 від 24 січня 2012).[20]

Процедура планування може вважатися такою, що базується на по-

[18] Світовий банк, «Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України», Світовий банк, Вашингтон, округ Колумбія, 2015 рік.

[19] Наказ №33 був скасований у вересні 2016 року.

[20] Наказ затверджує принаймні 12 зразків конкретних звітів і 13 довідок. Відповідно до цих процедур, медичні установи звітують щодо отримання та використання коштів: (1) загального та спеціального бюджетів; (2) від оплати послуг та інших прибутків; (3) за бюджетними програмами; (4) соціальних фондів (у тому числі за позиками міжнародних фінансових організацій); і (5) боргів.

передніх показниках. Планування на наступний рік здійснюється на основі спостереження за динамікою кількості пацієнтів і найбільш поширених хвороб. Бюджет попереднього року береться за основу, і поступово адаптується відповідно до факторів, що змінились (наприклад, зростання цін або збільшення кількості пацієнтів, які мають право на безкоштовні медикаменти). Бюджети медичних установ затверджуються місцевими адміністраціями. Після прийняття державного бюджету та затвердження остаточного обсягу медичних субвенцій місцеві адміністрації та медичні установи вносять відповідні зміни до своїх бюджетів. Упродовж року медичні установи намагаються отримати додаткові кошти від місцевих рад, юридичних і фізичних осіб. Складання та виконання бюджетів медустанов ретельно контролюється їхніми відповідними посадовими особами.

Процес планування досі значно залежить від вхідних даних. Таке планування здійснюється відповідно до методології, затвердженої МОЗ у 2011 році.[21] Методологія передбачає, що придбання необхідних засобів і обладнання повинно плануватись відповідно до кількості ліжок (для закладів стаціонарного лікування) або лікарів (для закладів амбулаторного лікування), придбання ліків і медичних товарів – відповідно до кількості ліжок і ліжко-днів (для закладів стаціонарного лікування) або відповідно до кількості прийомів і людей, які мають право на отримання ліків безкоштовно (для закладів амбулаторного лікування).[22] Видатки на зарплати плануються відповідно до уніфікованої тарифної сітки/ставок та повинні включати обов'язкові надбавки і премії.[23] Методологія є дуже детальною. Вона чітко передбачає процедуру планування для кожної статті бюджету.

Використання державних коштів ретельно регулюється і контролюється різними установами. Державне казначейство перевіряє та контролює видатки бюджету на всіх рівнях планування та використання бюджету (починаючи від створення мережі підрозділів, які відповідають за видатки, та закінчуючи виплатою коштів з рахунків таких підрозділів і отримувачів бюджетних коштів).[24] Державна аудиторська служба, яка відповідає за забезпечення регулярних перевірок точності фінансової інформації, дотримання законодавства та, деякою мірою, ефективності та виправданості роботи підрозділів, які відповідають за видатки. З огляду на це Державна аудиторська служба також проводить комплексні фінансові перевірки. Загалом існує близько 30 контролюючих органів, які можуть ініціювати фінансову перевірку медичної установи.[25]

Ведеться детальний облік державних коштів, оскільки вони розподіляються через Державне казначейство. Усі державні кошти проходять через систему Державного казначейства далі до казначейських рахунків закладів охорони здоров'я. Відповідно до закону, усі державні медустанови – а вони є переважними надавачами послуг охорони здоров'я – повинні мати власні рахунки у Державному казначействі. Державні медустанови можуть мати додаткові прибутки за рахунок надання платних послуг або отримання інших внесків, які також повинні проходити через казначейські рахунки. Проте також є паралельні фінансові надходження, які підпадають під встановлені звітні вимоги. Основні фінансові потоки сектору охорони здоров'я відображені у гра-

[21] Також згадується у частині 2.2.2 вище.

[22] Для обрахування цих витрат, враховуються нормативні видатки на один ліжко-день, один прийом пацієнта, разове надання екстреної медичної допомоги тощо.

[23] Ще називається "13-та зарплата" або інколи "допомога на оздоровлення". Зазвичай вони виплачуються, коли особа йде у відпустку, або наприкінці року.

[24] Указ Президента України №460/2011 від 13 квітня 2011 «Про Положення про Державну казначейську службу України».

[25] Державна аудиторська служба України, поліція, прокуратура, Державна інспекція з контролю за цінами, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, фінансовий відділ департаменту/управління охорони здоров'я місцевої адміністрації тощо.

фіку 4. До найбільших із них входять:

- Державний бюджет: у 2015 році 46,4 млрд. грн. були перерозподілені з державного бюджету до кожної медустанови за рахунок міжбюджетних трансфертів (у тому числі 46,2 млрд. грн. медичних субвенцій). Також МОЗ надало 8,1 млрд. грн. бюджетним програмам і безпосередньо підпорядкованим йому медустановам. Це включає програму щодо забезпечення компонентів охорони здоров'я деяких програм органів виконавчої влади і складних медичних програм вартістю 3,4 млрд. грн. Ця програма покриває усі централізовані закупівлі ліків і медичного обладнання. З кінця 2015 року питання державних закупівель для деяких програм – щодо ВІЛ/СНІД, туберкульозу, гепатиту, дитячої гемофілії, онкології та дитячого харчування для дітей із рідкісними захворюваннями – були передані МОЗ міжнародним організаціям.

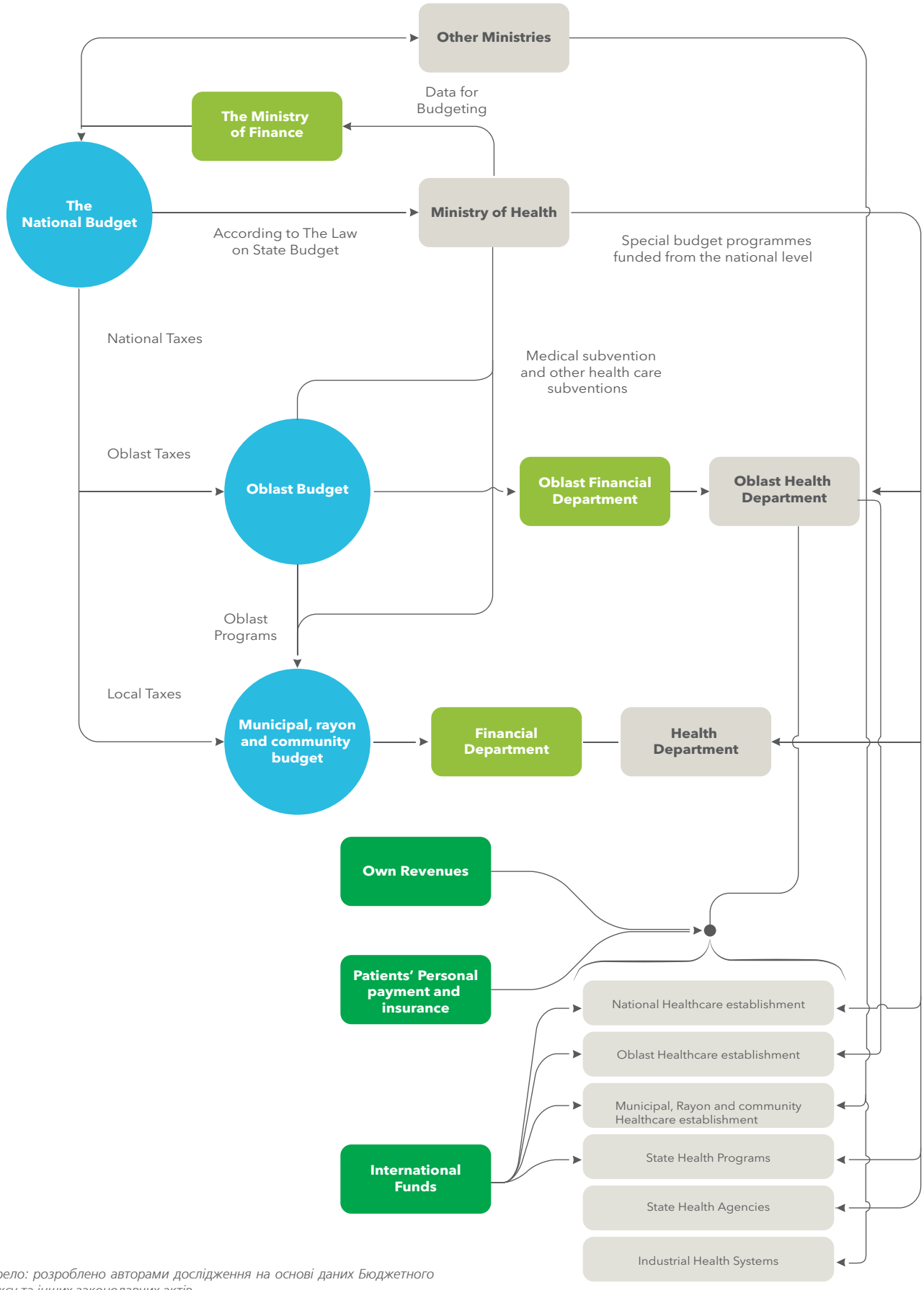
- Місцеві бюджети (рівень області або району/міста/об'єднаної громади): області, райони, міста та громади можуть фінансувати програми охорони здоров'я та розподіляти між медичними установами кошти, отримані з місцевих бюджетів, (вони формуються за рахунок сплати місцевих податків, що лишається у місцевому бюджеті) та деякі міжурядові трансферти.

- Кошти, акумульовані медичними установами на їхніх казначейських рахунках: медичні установи можуть офіційно надавати платні послуги відповідно до визначеного переліку. Вони також можуть отримувати кошти на свої рахунки з інших джерел (наприклад, плата за оренду приміщень). Такі фінансові надходження також включають благодійні внески, гранти, подарунки тощо. Щодо використання таких коштів передбачена повна фінансова звітність.

- Кошти на інших (неказначейських) рахунках: більшість медичних установ мають так звані "благодійні фонди". Такі фонди мають рахунки у недержавних комерційних банках. Хоча ці фонди пов'язані з роботою медичних установ, вони діють незалежно. Прибутки таких фондів не відображаються у фінансовій звітності медустанови та не доносяться до відома вищих інстанцій.

Окрім грошових надходжень, державні медичні установи також отримують матеріально-технічну допомогу за рахунок централізованих державних закупівель ліків і медичних засобів. Постачання медичних засобів в системі охорони здоров'я України може організовуватись на різних рівнях. За один із напрямків надходжень для спеціалізованих державних програм охорони здоров'я (вакцинація, ВІЛ, туберкульоз тощо) відповідає МОЗ. Інший напрям матеріально-технічного забезпечення здійснюється шляхом проведення державних закупівель на місцевому рівні (областей, районів або міст). Місцеві департаменти/управління охорони здоров'я затверджують бюджети для цього напряму на основі запитів медустанов та здійснюють закупівлі на додачу до закупівель, які організовують такі установи самостійно.

ГРАФІК 5. ФІНАНСОВІ ПОТОКИ У СЕКТОРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Джерело: розроблено авторами дослідження на основі даних Бюджетного кодексу та інших законодавчих актів

Випадки очевидного нецільового використання коштів

Для визначення випадків очевидного нецільового використання коштів порівнюються дані щодо сум, розподілених Державним казначейством, і коштів, отриманих місцевими адміністраціями.

Усі перекази між державними установами, які залежать від державного та місцевого бюджетів, здійснюються в єдиній елеткронній системі. Тому в ідеалі не повинно бути розбіжностей між сумами, наданими Державним казначейством, і сумами, отриманими областями/районами/містами та окремими медичними установами. Це дійсно так практично завжди у Львівській і Полтавській областях. Там розбіжності між двома зазначеними показниками є незначними, і їх можна пояснити особливостями переказу коштів між містами/районами та особливостями подання фінансової звітності. **Проте у Донецькій і Луганській областях такі розбіжності частіші та більші.**

Для порівняння даних звітів Державного казначейства та відповідних даних звітів місцевих казначейств були обрані три показники: надані бюджетні кошти на охорону здоров'я, отримані медичні субвенції та використані медичні субвенції.

Дві міські адміністрації не надали інформацію: Авдіївскька (через технічні проблеми, пов'язані зі збройним конфліктом) та Сєвєродонецька (через людський фактор). У 22 із 42 випадків цифри збігались повністю або ж з мінімальними відмінностями. Водночас, було виявлено 20 випадків невідповідностей, відсутності інформації або неналежним чином задокументованих видатків на охорону здоров'я. Проте не всі такі випадки слід кваліфікувати як нецільове використання коштів.

Нижче наведені декілька прикладів із Таблиці 3:

- Розбіжності між показниками отриманих і використаних медичних субвенцій пояснюються трансфертами між регіонами. Деякі перекази Державне казначейство не відслідковує, проте місцеві адміністрації зазвичай надають правильні звіти. Тим не менш, в одному випадку надавач і отримувач державних коштів надали дуже різні показники. Ясинуватський район стверджував, що він перерахував 3,1 млн. грн. місту Мирноград. Натомість, міська рада Мирнограду задекларувала отримання лише 304 700 грн. Цей випадок потрібно вивчати далі.

- Усього зафіксовано вісім випадків значних розбіжностей у видатках на охорону здоров'я. На жаль, місцеві адміністрації не надали роз'яснень щодо цих випадків.

ТАБЛИЦЯ 3. РОЗБІЖНОСТІ У ФІНАНСОВИХ ЗВІТАХ (ГРН.)

	Державна казначейська служба України (1)			Місцеві державні адміністрації (2)			Невідповідності: (2)-(1)		
	Видатки на охорону здоров'я	Отримані медичні субвенції	Використані медичні субвенції	Видатки на охорону здоров'я	Отримані медичні субвенції	Використані медичні субвенції	Видатки на охорону здоров'я	Отримані медичні субвенції	Використані медичні субвенції
Донецька область									
Місто Торецьк	64 051 683	60 368 700	59 850 098	66 029 944	60 368 700	59 850 098	1 978 261	-	-
Місто Мирноград	58 624 528	45 652 100	45 284 135	58 780 111	52 277 800	49 114 500	155 582	6 625 700	3 830 365
Місто Добропілля	64 744 137	50 568 900	50 346 477	64 744 137	54 502 866	54 280 443	-	3 933 966	3 933 966
Місто Дружківка	62 613 188	56 240 900	56 174 927	62 613 160	56 440 900	56 374 900	**(28)**	200 000	199 973
Місто Маріуполь	459 390 355	379 919 000	376 656 252	456 056 983	379 919 000	376 656 252	**(3 333 371)**	-	-
Місто Новогродовка	16 292 242	17 260 500	16 020 702	16 325 839	17 028 307	15 788 508	33 597	**(232 193)**	**(232 194)**
Місто Краматорськ	273 323 782	164 462 700	164 360 817	273 323 782	165 108 700	164 885 812	-	646 000	524 995
Місто Покровськ	84 279 004	67 230 100	65 619 137	84 279 000	72 212 400	70 517 500	-	4 982 300	4 898 363
Місто Лиман	50 027 009	45 346 300	43 094 686	50 312 764	45 346 300	43 094 686	285 755	-	-
Місто Селидове	66 259 947	52 407 800	51 334 768	66 259 947	53 689 200	52 570 118	-	1 281 400	1 235 350
Місто Слов'янськ	148 174 073	114 479 200	114 274 314	148 174 073	108 722 200	108 517 300	-	**(5 757 000)**	**(5 757 014)**
Добропільський район	8 150 133	11 449 800	10 548 602	8 155 693	8 151 234	6 614 636	5 560	**(3 298 566)**	**(3 933 966)**
Костянтинівський район	8 374 798	13 608 600	12 072 230	8 374 784	10 089 900	7 872 230	15	**(3 518 700)**	**(4 200 000)**
Покровський район	15 873 244	29 484 500	25 022 270	15 874 654	19 959 910	15 317 029	1 410	**(9 524 590)**	**(9 705 240)**
Слов'янський район	32 105 084	26 467 200	24 091 203	32 105 106	32 067 200	29 691 200	22	5 600 000	5 599 997
Ясинуватський район	7 975 258	17 556 000	11 380 595	7 975 238	13 556 000	7 923 438	**(20)**	**(4 000 000)**	**(3 457 156)**
Луганська область									
Біловодський район	22 905 932	27 818 600	19 305 626	23 178 032	27 818 600	19 323 959	272 101	-	18 333
Міловський район	12 826 300	13 821 500	11 888 008	12 955 330	13 821 500	11 888 008	129 030	-	-
Сватівський район	33 699 000	26 063 000	25 176 045	31 699 332	26 063 000	25 176 045	**(1 999 668)**	-	-
Троїцький район	18 227 451	14 455 400	14 180 285	17 952 311	14 455 400	14 180 285	**(275 140)**	-	-

Результати дослідження

Практичні аспекти планування та контролю за використанням ресурсів

Ця частина присвячена результатам дослідження роботи медичного персоналу та аналізу даних. У ній представлені результати перегляду процесів планування та контролю, використання державних коштів різними медичними установами вибірки та діючі системи паралельного (недержавного) фінансування сектору охорони здоров'я.

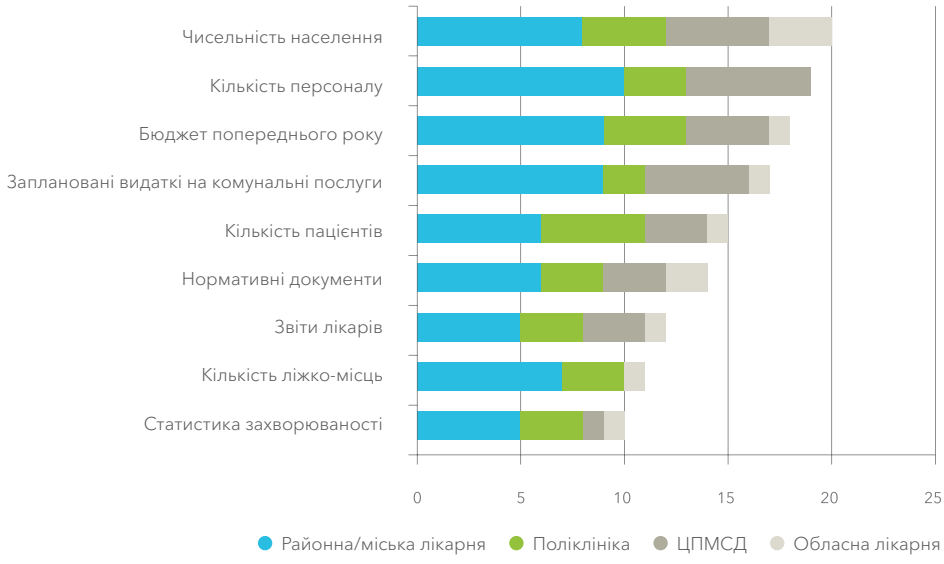
Планування враховує попередні показники та сфокусоване на надходженнях. Капітальні витрати враховуються у плануванні вкрай рідко через відсутність коштів на них на початку року. Через це відсутні і стратегічні плани розвитку медичних установ. У плануванні медичні установи враховують, перш за все, "захищені" статті (зарплати та комунальні послуги). Потім плануються витрати на придбання ліків (пріоритетними є ліки для порятунку життя, ліки для критичних випадків і препарати для анестезії). Після цього складається "перелік побажань". У порядку пріоритетності до нього вносяться запити на оновлення приміщень і ремонт обладнання або придбання нового. Кошти на задоволення потреб із цього переліку медичні установи намагаються отримати від місцевої влади, представників бізнесу та інколи – від міжнародних і благодійних організацій.

Процедура планування у Донецькій і Луганській областях подібна аналогічного процесу у Львівській і Полтавській областях, описаного у попередньому звіті. Керівники і бухгалтери медичних установ збирають інформацію про наявні потреби у голів відділень. На основі цих даних вони складають проект бюджету та напрвляють його до місцевої адміністрації для перегляду та затвердження. Після прийняття державного бюджету та визначення сум медичних субвенцій для кожної області медустанови вносять відповідні зміни до своїх бюджетів. Упродовж року медичні установи звертаються до місцевої влади та бізнесу з проханням надати додаткове фінансування чи матеріально-технічну допомогу. Зазвичай такі запити задовольняються, якщо в місцевих бюджетах залишаються невикористані кошти.

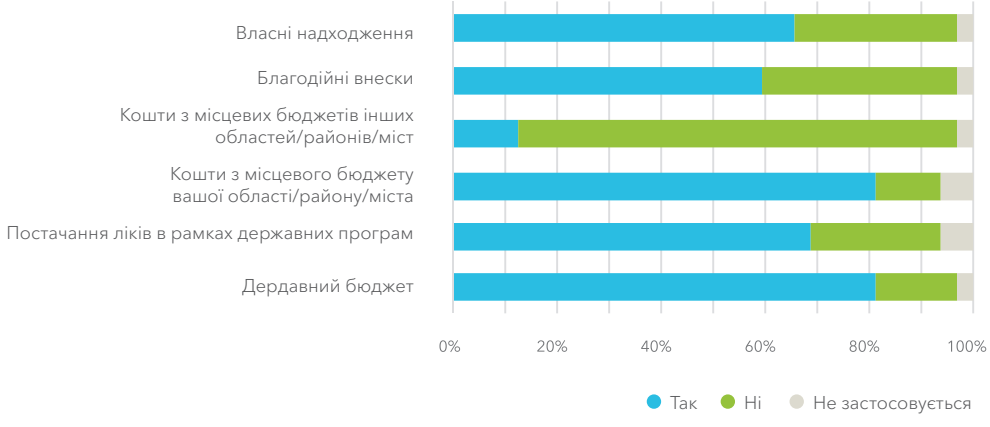
У центрі процесу планування бюджету – визначення необхідних надходжень. У цьому процесі найчастіше беруться до уваги такі фактори, як кількість населення на певній території[26] (цей фактор назвали 20 з 32 керівників медустанов), кількість медперсоналу (19) і минулорічний бюджет (18). Такий фактор, як статистика захворюваності, називався найрідше (10 разів) – див. Графік 6.

[26] Із цього можна зробити висновок, що керівники медичних установ намагаються передбачити розмір медичних субвенцій, які вони можуть отримати, оскільки субвенції розраховуються на основі кількості населення.

ГРАФІК 6. ФАКТОРИ, ЯКІ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ БЮДЖЕТУ (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ГРАФІК 7. ЧИ ВРАХОВУЄТЕ ВИ НАДХОДЖЕННЯ З ТАКИХ ДЖЕРЕЛ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



80% **КЕРІВНИКІВ ПРИ РОЗРОБЦІ БЮДЖЕТІВ ДЛЯ СВОЇХ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ БЕРУТЬ ДО УВАГИ НАДХОДЖЕННЯ З ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ (СУБВЕНЦІЇ).**

3/4 **КЕРІВНИКІВ МЕДУСТАНОВ СКЛАДАЮТЬ БЮДЖЕТИ СВОЇХ УСТАНОВ МЕНШ НІЖ ЗА ТРИ МІСЯЦІ**

При розробці бюджетів для своїх медичних установ керівники враховують надходження з різних джерел (Графік 7). Близько 80% із них беруть до уваги надходження з державного бюджету (субвенції). Понад 50% враховують надходження з інших джерел, зокрема, благодійних фондів. Лише три керівника медичних установ (з вибірки) беруть до уваги трансферти із інших місцевих бюджетів. Більшість керівників ігнорують такі трансферти, адже "їх неможливо передбачити наперед".[27]

Три чверті (78%) керівників медустанов зазначають, що вони складають бюджети своїх медичних установ менш ніж за три місяці. Проте, як видається, у цей строк входить лише останній етап процесу. Адже керівники зізнаються, що вони починають планування у липні-серпні, а наприкінці поточного року або на початку наступного року, після отримання остаточної суми медичних субвенцій, вони роблять фінальні розрахунки.

Більшість керівників медичних установ зазначають, що планування для загального та спеціального фондів мало чим відрізняється. Деякі з них скаржаться на те, що спеціальний фонд дуже малий, і його показники складно спланувати завчасно, оскільки невідомо, які надходження або благодійні внески будуть отримані. З цього можна зробити висновок, що ознайомлення з методами прогнозування надходжень спростило би керівникам медичних установ процес планування бюджету.

Основна претензія щодо діючої системи планування зводилась до тверджень про те, що фінансування недостатньо. Проте видається, що керівники медичних установ просто пасивно приймають дійсний стан речей. Вони стверджують, що їхнім установам повинні надавати фінансування відповідно до їхніх потреб і функцій, які вони виконують. Проте інколи складається протилежна ситуація: вони отримують кошти, а потім намаються розподілити їх так, щоб виконати необхідні функції. Лише один керівник підтримав розширення автономії медичних установ. Ще один керівник наголосив на ролі загального бюджету.

Посадових осіб району/міста та області запитали, чи громадські організації (ГО) або бізнес якимось чином впливають на планування бюджету сектору охорони здоров'я на їхній території. Половина з них надала ствердну відповідь. Проте дійсності з них відповідає лише одна така відповідь – один міський чиновник пояснив, що план соціально-економічного розвитку міста передбачає проведення громадських обговорень. Решта ствердних відповідей були надані на основі фактів надання ГО і бізнесом певних матеріальних внесків медичним установам, проте це не означає, що вони брали участь у плануванні бюджету.

Трохи більше половини (54%) опитаних лікарів (не керівників медичних установ) мають деяке загальне уявлення про процедуру формування бюджету (Таблиця 4). Із них 62% беруть певну участь у плануванні бюджету. Цікаво, що 20% тих, хто не розуміє бюджетного процесу, також беруть участь у плануванні бюджету. 70% лікарів зазначають, що у процесі планування враховуються їхні потреби у певних ліках (на основі досвіду попередніх років, Таблиця 5). Частка лікарів, які розуміються на бюджетному процесі, та думку яких запитують для цілей укладення бюджету, у поліклініках значно нижча, ніж у лікарнях і центрах надання первинної медико-санітарної допомоги.

[27] Один керівник районної лікарні пояснив, що інший район перерахував певні кошти його лікарні за надання медичних послуг мешканцям того району. Проте лікарня не може використовувати ці гроші, оскільки якщо вона прийме меншу кількість жителів того району, ніж заплановано, вона повинна буде повернути "невикористані" кошти.

ТАБЛИЦЯ 4. ЧИ ВИ МАЄТЕ ЗАГАЛЬНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ТЕ, ЯК ФОРМУЄТЬСЯ БЮДЖЕТ ВАШОГО ВІДДІЛЕННЯ/ АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРУ/ФАПУ? (ЧАСТКА СТВЕРДНИХ ВІДПОВІДЕЙ У ВІДСОТКАХ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього в одному типі медичних установ
Обласна лікарня	33	80	-	-	69
Районна/міська лікарня	79	47	-	-	62
Поліклініка	57	32	-	-	38
Амбулаторний центр/ФАП	67	64	100	20	58
Усього за показником	**67**	**49**	**100**	**20**	**54**

ТАБЛИЦЯ 5. ЧИ ВАШІ ПРОФЕСІЙНІ ПОТРЕБИ У ПЕВНИХ ЛІКАХ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЦІЛЕЙ ФОРМУВАННЯ БЮДЖЕТУ? (ЧАСТКА СТВЕРДНИХ ВІДПОВІДЕЙ У ВІДСОТКАХ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього в одному типі медичних установ
Обласна лікарня	100	90	-	-	92
Районна/міська лікарня	64	73	-	-	69
Поліклініка	57	56	-	-	56
Амбулаторний центр/ФАП	67	91	100	60	79
Усього за показником	**67**	**72**	**100**	**60**	**70**

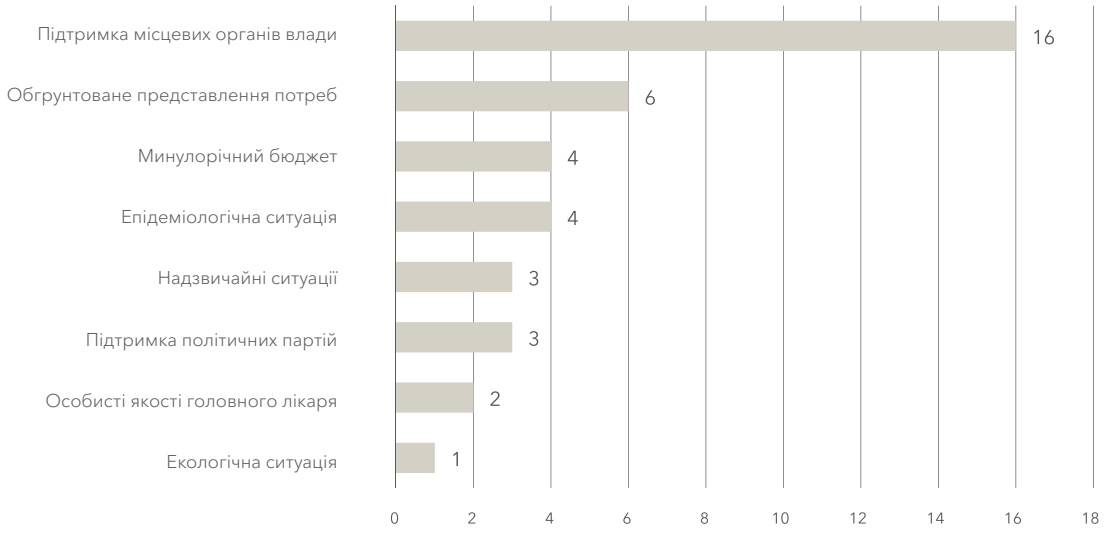
ТАБЛИЦЯ 6. УСЬОГО КОМЕНТАРІВ (ДЛЯ ДОВІДКИ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього в одному типі медичних установ
Обласна лікарня	3	10	0	0	13
Районна/міська лікарня	14	15	0	0	29
Поліклініка	7	25	0	0	32
Амбулаторний центр/ФАП	6	11	2	5	24
Усього за показником	**30**	**61**	**2**	**5**	**98**

Незважаючи на зазначені особливості, близько половини керівників медичних установ вважають діючу систему планування ефективною. Такої думки дотримуються також сім із 11 посадових осіб на рівні району/міста.

Що стосується посадовців обласних органів влади, один з них вважає існуючу систему планування ефективною, другий, навпаки, називає її недієвою.

ГРАФІК 8. ЯКІ АСПЕКТИ Є ВАЖЛИВИМИ ДЛЯ АДВОКАЦІЇ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



Адвокація

Три чверті (78%) керівників медичних установ зазначають, що бюджет, який їм надається, менший за той, про який вони просили. У разі отримання недостатнього фінансування керівники економлять на таких "незахищених" статтях бюджету, як-от ремонти приміщень і придбання нового обладнання.

Три чверті (78%) керівників розповіли, що їхні медичні установи намагаються проводити адвокаційні кампанії для залучення додаткового фінансування. Більшість із них намагаються отримати додаткові кошти з місцевого бюджету шляхом діалогу з місцевою владою та депутатами місцевих рад.[28]

Політична підтримка (на місцевому або державному рівні) – інструмент, який найбільш ефективно забезпечує успіх адвокаційних ініціатив. Про важливість такої підтримки повідомили 13 керівників медичних установ. Чотири рази були зазначені такі аргументи, як епідемілогічна ситуація і показники минулорічного бюджету. Інші аргументи називались ще рідше (Графік 8). Декілька керівників медустанов наголосили, що для залучення додаткового фінансування важливо мати особисті стосунки з місцевими депутатами та головами місцевих підприємств.

Усі, окрім одного, (10 із 11) представники районних/міських адміні-

[28] Голови відділень поліклінік не відповідають за бюджетні питання та залучення коштів. Тому вони доводять свої потреби до відома головного лікаря лікарні, який/яка, у свою чергу, вирішує, чи можна надати гроші на задоволення таких потреб.

страцій, які взяли участь в опитуванні, підтвердили, що медичні установи намагаються проводити адвокаційні кампанії для залучення додаткового фінансування. Вони пишуть офіційні листи із зазначенням своїх потреб і необхідних сум, які вони не отримали за рахунок медичних субвенцій. За можливості, депутати місцевих рад підтримують надання додаткових коштів медустановам. Також три посадові особи районного/міського рівня зазначили, що вони намагаються збільшити фінансування сектору охорони здоров'я свого району/міста за рахунок звернень до посадовців вищого рівня, зокрема, з обласних адміністрацій. Посадовці обласного рівня підтверджують, що медичні установи намагаються отримати додаткове фінансування з місцевих бюджетів. Проте лише одна представниця обласної влади сказала, що вона намагається підвищити фінансування сектору охорони здоров'я області. Зокрема, вона пише листи до МОЗ, наголошує на кількості ВПО в області та просить про додаткові кошти для підтримки надання медичних послуг таким ВПО. Усі представники районної та обласної влади стверджують, що вони надаються надавати додаткове фінансування медустановам зі свого бюджету, якщо області/району вдається отримати додаткові надходження до бюджету (за словами декількох керівників медустанов, у другому півріччі стає зрозуміло, чи є в місцевих бюджетах "додаткові" надходження/прибутки).

Планування потреб у ліках та інших товарах

Для оцінки потреб у ліках та інших медичних і немедичних товарах і обладнанні найчастіше враховуються такі фактори: відповідні дані за попередні роки, нормативні документи та доступні кошти. При плануванні видів і кількості необхідних ліків та інших медичних товарів найчастіше враховуються типові захворювання.

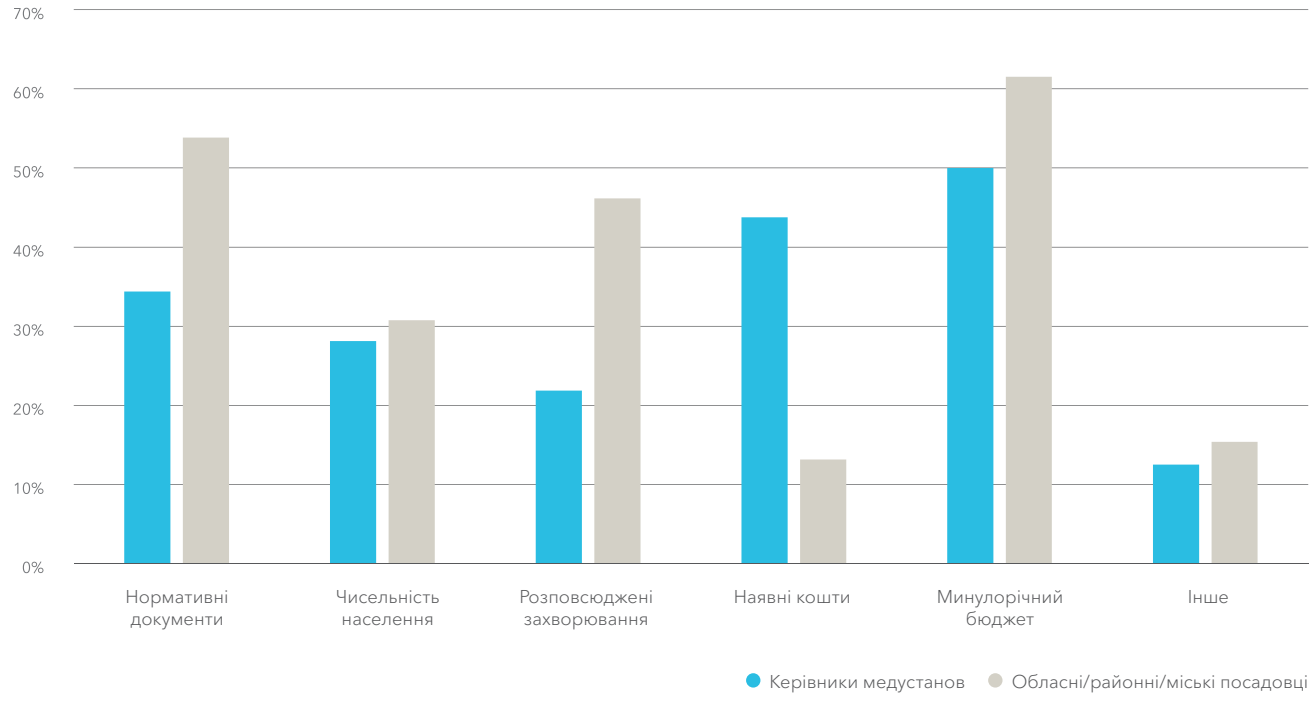
Графіки 9-12 відображають співвідношення керівників медичних установ і посадовців районного/міського/обласного рівня, які перераховують певні фактори, що вони їх використовують для планування потреб їхніх медичних установ/районів/міст/областей у певних товарах. Згідно з відповідями, у питаннях ліків і медичних засобів найбільше уваги приділяється таким факторам, як типові захворювання, нормативні документи та дані за попередні роки. Для немедичних товарів і обладнання найчастіше враховують такі фактори, як нормативні документи та доступні кошти.

Капітальні витрати зазвичай фінансуються за наявності невикористаних коштів у місцевому бюджеті. Деякі керівники медичних установ розповідають, що вони складають "пріоритетні переліки" приміщень, які потребують оновлення, та обладнання, яке треба придбати, з урахуванням потреб їхньої медустанови та діючого стану приміщення або обладнання. Деякі керівники медичних установ і посадовці районного/міського рівня зазначають, що вони складають "акти про несправність" (документи, які оцінюють ступінь зношеності певних приміщень чи обладнання та приблизну вартість їх ремонту). Декілька керівників медустанов розповіли, що вони розробили проекти з ремонту певних приміщень або обладнання їхніх медичних зустанов і намагались зібрати кошти на такі роботи від міжнародних організацій. Два керівники сказали, що інколи лікарі самостійно роблять ремонти у своїх кабінетах та/або фінансують такі роботи. Одна керівниця медустанови розповіла, що декілька приміщень її медичної установи були відремонтовані за допомогою певних "спонсорів" (місцевого бізнесу).

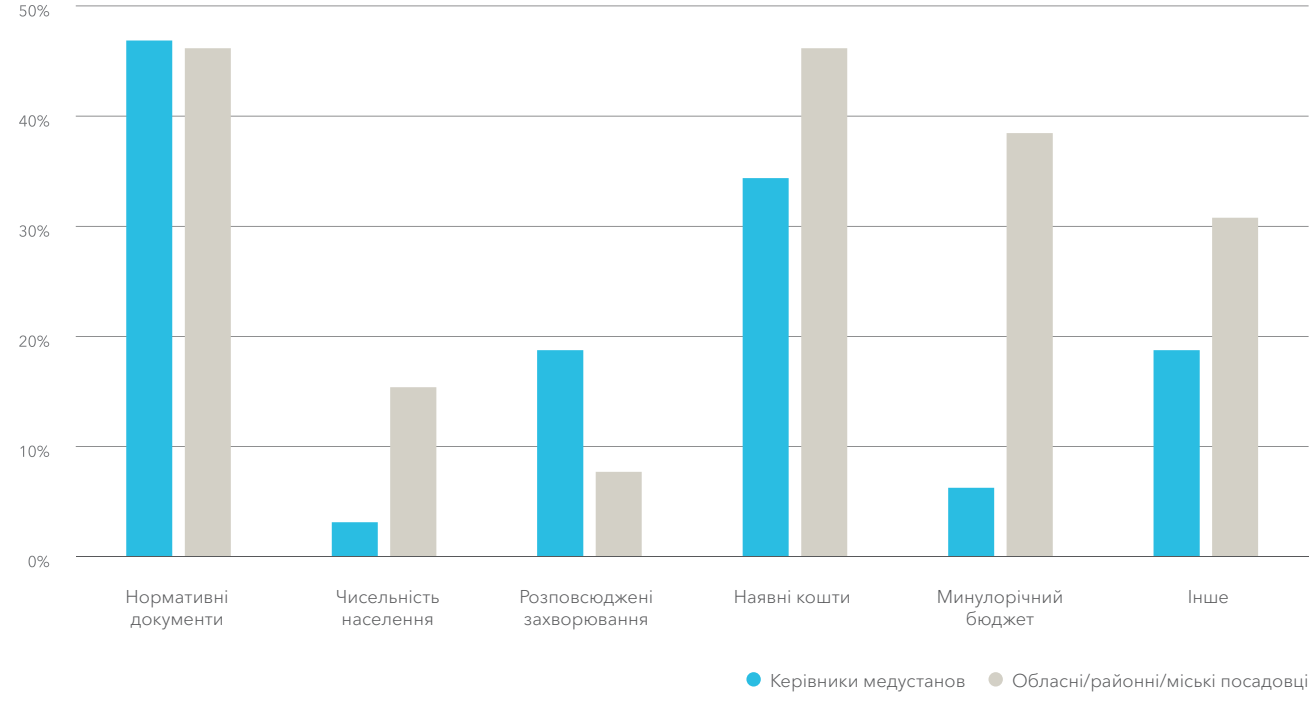
[28] Голови відділень поліклінік не відповідають за бюджетні питання та залучення коштів. Тому вони доводять свої потреби до відома головного лікаря лікарні, який/яка, у свою чергу, вирішує, чи можна надати гроші на задоволення таких потреб.

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 9. ФАКТОРИ, ЯКІ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ/ОБЛАСТІ/РАЙОНУ У ЛІКАХ І МЕДИЧНИХ ТОВАРАХ (ВІДСОТОК РЕСПОНДЕНТІВ, ЯКІ ОБРАЛИ ПЕВНУ ВІДПОВІДЬ; МОЖНА БУЛО ОБИРАТИ ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)

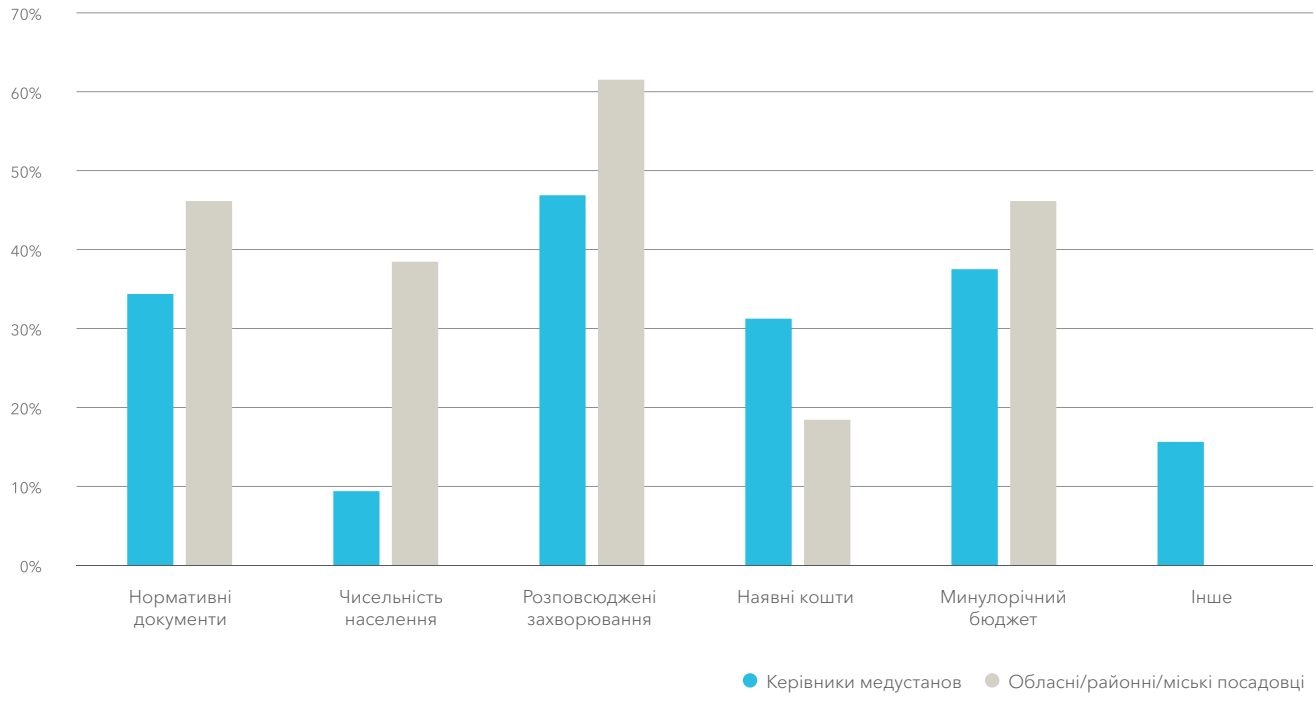


ГРАФІК 10. ФАКТОРИ, ЯКІ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ/ОБЛАСТІ/РАЙОНУ У НЕМЕДИЧНИХ ТОВАРАХ І ОБЛАДНАННЯ (ВІДСОТОК РЕСПОНДЕНТІВ, ЯКІ ОБРАЛИ ПЕВНУ ВІДПОВІДЬ; МОЖНА БУЛО ОБИРАТИ ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)

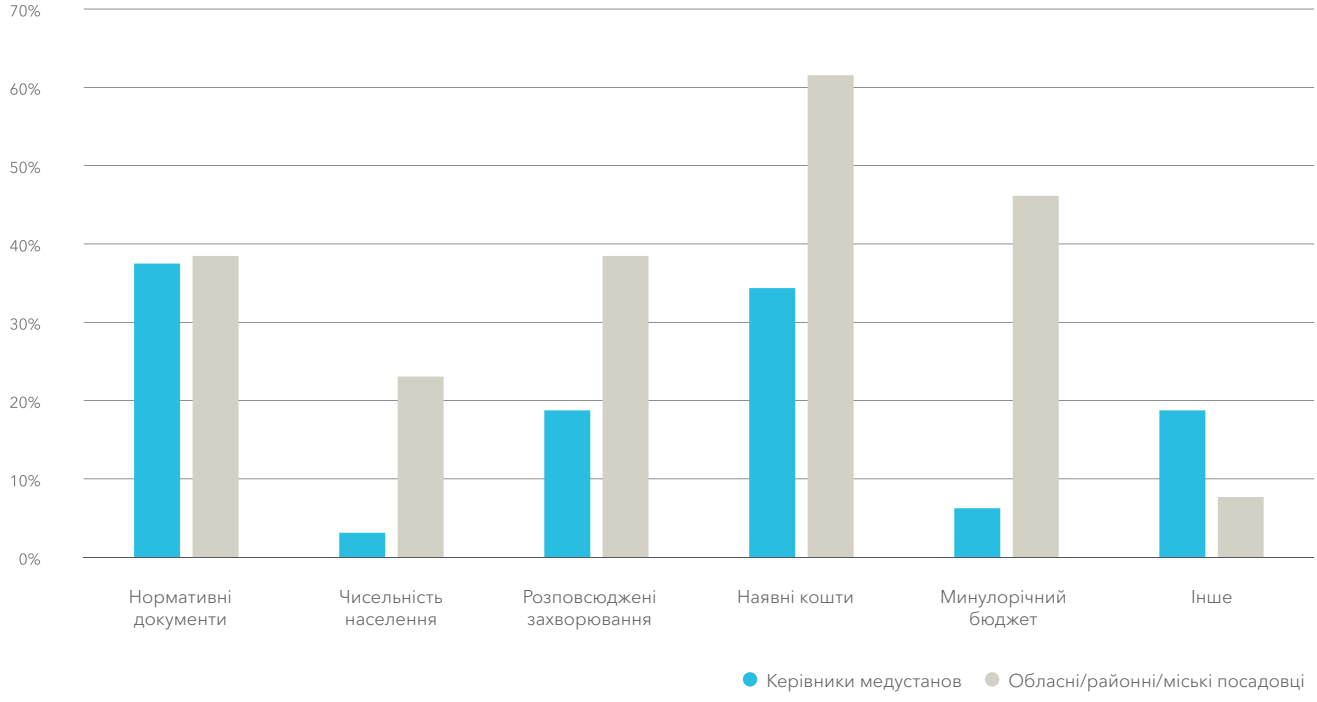


Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 11. ФАКТОРИ, ЯКІ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ТИПУ ТА КІЛЬКОСТІ ЛІКІВ І МЕДИЧНИХ ТОВАРІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЄ МЕДИЧНА УСТАНОВА/ОБЛАСТЬ/РАЙОН (ВІДСОТОК РЕСПОНДЕНТІВ, ЯКІ ОБРАЛИ ПЕВНУ ВІДПОВІДЬ; МОЖНА БУЛО ОБИРАТИ ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)



ГРАФІК 12. ФАКТОРИ, ЯКІ ВРАХОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ТИПУ ТА КІЛЬКОСТІ НЕМЕДИЧНИХ ТОВАРІВ І ОБЛАДНАННЯ, ЯКІ ПОТРЕБУЄ МЕДИЧНА УСТАНОВА/ОБЛАСТЬ/РАЙОН (ВІДСОТОК РЕСПОНДЕНТІВ, ЯКІ ОБРАЛИ ПЕВНУ ВІДПОВІДЬ; МОЖНА БУЛО ОБИРАТИ ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)



Кадрове планування

Кадрове планування досі здійснюється на основі Наказу №33. Більшість керівників медичних установ вважає кадрове планування у своїх установах ефективним. Проте більшість з них також зазначає, що збільшила би кількість лікарів або допоміжного персоналу. Близько половини керівників медустанов не планують видачу премій своєму персоналу наперед. Лише частина респонденів-керівників медичних установ надає премії персоналу залежно від ефективності їх роботи.

Більшість керівників медичних установ (81%) здійснюють кадрове планування відповідно до Наказу №33[29] МОЗ. Незважаючи на те, що їм добре відомо, що Наказ №33 уже не є чинним, вони продовжують покладатися на нього. Причин цьому декілька. По-перше, не було прийнято нового наказу на заміну скасованому Наказу №33.[29] По-друге, департамент контролю та аудиту перевіряв виконання Наказу №33 навіть після того, як він був скасований, – у 2015 і 2016 роках. ЦПМСД згадали також інший Наказ МОЗ (№585), відповідно до якого вони здійснюють своє кадрове планування. Обласні/районні міські департаменти охорони здоров'я призначають керівників і затверджують кадрове планування відповідних медичних установ, у тому числі амбулаторних центрів і ФАПів. Районна/міська влада також постійно використовувала Наказ №33.

Близько половини керівників медустанов вважають діючу систему кадрового планування ефективною. На думку 84% керівників, кадрові ресурси в їхніх установах використовуються ефективно, а еквіваленти повної зайнятості (ЕПЗ) розподілені між співробітниками більш-менш рівномірно.

Водночас, 19 із 32 керівників медустанов визнають, що вони хотіли би збільшити кількість лікарів у своїх установах. У них достатньо ЕПЗ, проте вони не можуть знайти людей для заповнення відповідних вакансій.[30] Переважно вони потребують більше таких спеціалістів, як кардіологи, анастезіологи, хірурги тощо. Декілька керівників наголошують на потребі у лікарях, які працюють з дітьми – як педіатрах, так і інших спеціалізованих фахівців. Унікальна ситуація склалася в одному місті, де два лікарі посідають 11 посад у перинатальному центрі (відповідно до ЕПЗ). Вони працюють по п'ятнадцять 24-годинних змін на місяць і практично живуть у лікарні. Щодо іншого персоналу, то керівники медустанов найчастіше говорять про потребу збільшити кількість допоміжного персоналу[31] (Графік 13).

Один керівних медустанови вважає, що лікарі не повинні бути «бюджетними працівниками». Натомість, із ними повинні укладатись (щорічні) договори. Це дозволить керівництву відповідної медустанови належним чином преміювати тих лікарів, які працюють ефективно, та звільняти тих, чий професіоналізм не відповідає платні, яку вони отримують.

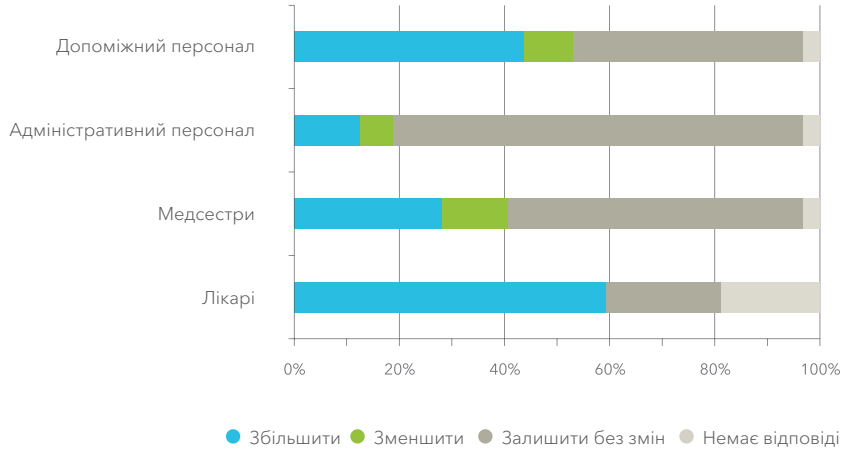
Шість із 11 районних/міських посадовців вважають, що існуючий підхід

[29] Рівень інертності є високим: 27 із 32 лікарів здійснюють своє кадрове планування повністю на основі Наказу №33.

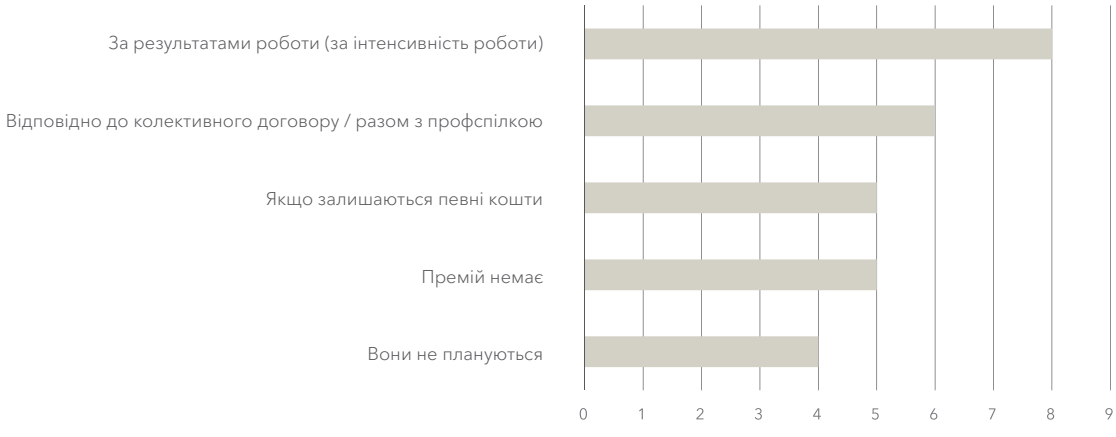
[30] Один лікар зазначив, що якщо вакансія залишається незаповненою до кінця року (коли вони подають звіт районній/міській владі), така позиція в еквіваленті повної зайнятості (ЕПЗ) може бути скасована, незважаючи на те, що потреба у відповідному спеціалісті існуватиме. Декілька лікарів і голів амбулаторних центрів погодились із цим твердженням.

[31] Один керівник ЦПМСД пояснює, що законодавством передбачений один санітар на 450 м2 будівлі лікарні/абмулаторії. Такий критерій не підходить для сільських амбулаторних центрів або ФАПів. Вони є невеликими (близько 60 м2), проте вимагають багато роботи. Зокрема, окрім прибирання, це також розпалення та підтримання вогню в печі, проведення зовнішніх малярських робіт, догляд за прибудинковими територіями. І за всю цю роботу вони отримують лише 0,5 мінімальної зарплати ЕПЗ. На момент інтерв'ю ця сума становила 600 гривень, зараз її еквівалент складає 1 600 гривень (мінімальна зарплата була збільшена до 3 200 гривень з 1 січня 2017 року). Декілька керівників амбулаторних центрів також згадували про цю проблему. Вони зазначили, що позиції технічного персоналу в сільських амбулаторних центрах і ФАПах були скорочені. Тому зараз лише одна особа, яка працює на 0,5 ЕПЗ, повинна і прибирати будівлю та прибудинкову територію, і слідкувати за опаленням. Оскільки така особа працює лише півдня, решту часу лікарі/медсестри ФАПу самі слідкують за опаленням – на додачу до своїх безпосередніх професійних обов'язків.

ГРАФІК 13. ЯК БИ ВИ ХОТІЛИ ЗМІНИТИ ЧИСЕЛЬНІСТЬ СВОГО ПЕРСОНАЛУ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ГРАФІК 14. ЯК ПЛАНУЮТЬСЯ ПРЕМІЇ ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



до кадрового планування є ефективним. Три представники влади, навпаки, вважають його недієвим. Двоє не можуть надати чіткої відповіді.

Менше половини керівників медичних установ зазначили, що вони планують надання премій своєму персоналу. Це переважно премії за понаднормову роботу та щорічні премії, передбачені колективним договором (так звана "тринадцята зарплатна") – див. Графік 14.

Один із інтерв'юерів зазначив, що під час проведення інтерв'ю керівниця однієї медичної установи надавала персоналу установи премії на власний розсуд. Тим не менш, даючи відповідь на відповідне запитання, вона обрала варіант "видається залежно від ефективності роботи".

Бюджетна дисципліна

Порівнюючі дані з різних джерел, можна дійти висновку про відсутність безпосередніх випадків нецільового використання коштів у розумінні системи PETS.

Фінансові перевірки у Донецькій і Луганській областях проводяться менш часто, ніж у Львівській або Полтавській. Третина (37%) керівників медичних установ кажуть, що їхню установу перевіряли щоквартально або частіше у 2015 році. У 2016 році таку про таку частоту перевірок говорили вже 47% керівників. Подібна частка керівників медичних установ (35% і в 2015 році, і в 2016 році) зазначають, що їхню установу перевіряють раз на рік або ж узагалі не перевіряли упродовж останніх двох років. Близько 44% керівників-респондентів кажуть, що такі перевірки справили певний позитивний вплив на планування та використання ресурсів у їхній медичній установі. Натомість 50% респондентів відповіли, що фінансові перевірки жодного впливу на процеси планування в їхній медустанові не мали.

Переважна більшість проблем з неефективністю породжена надмірно суворим регулюванням бюджетних питань. Переведення коштів між різними статтями бюджету (у межах загального бюджету) потребує затвердження відповідною місцевою радою. Через це бюджет є дуже негнучким. Наприклад, у випадку нехолодної зими, зекономлені на опаленні кошти не можна легко витратити на ліки. Лише у 2017 році відповідні обтяження були усунуті. Від 2017 року медустанови отримують "квазі-загальні" бюджети з лише двома бюджетними кодами: "зарплати" та "все інше". Таким чином, медичні установи тепер можуть вільно використовувати кошти у межах цих двох кодів.

Використання наявних державних ресурсів

У середньому, бюджет медичної установи забезпечує близько 40% її потреб у ліках, трохи більшу частку потреб у медичних засобах і близько чверті потреб в обладнанні. Практично всі керівники медичних установ та лікарі наголосили на потребі в новому обладнанні. Практично всі лікарі та керівники медичних установ також зазначили, що їхні установи мають резерви ліків, передбачених для використання в екстрених випадках. Проте потреби у ліках, необхідних для "звичайного" лікування, забезпечені лише на 10-20%. Незважаючи на поширену проблему браку засобів і матеріалів, керівники медичних установ рідко доводять інформацію про свої потреби до відома районної/міської/обласної влади. Складається враження, що вони подають відповідні запити лише тоді, коли є реальний шанс, що їхні потреби будуть задоволені. Найпоширенішим виходом із ситуації є надання пацієнту переліку ліків та інших засобів, які вони повинні придбати за власний кошт. Керівники медичних установ звертаються по допомогу до медичних організацій. Лікарі, які працюють на місцях, самостійно купують ліки, необхідні їм для роботи. Проте вони рідко витрачають на це більш ніж 500 гривень на рік.

Декілька керівників медичних установ стверджують, що планування не особливо їм допомагає, оскільки, врешті, вони отримують таке фінансування (медичні субвенції та певні кошти з місцевого бюджету), яке, все одно, не задовольняє всі їхні потреби.[32] Ці скромні суми розподіляються між статтями видатків: спершу – на зарплату та комунальні послуги, потім – на ліки та інші потреби.

Керівники медичних установ підрахували, що близько 40% їхніх потреб у ліках забезпечуються за рахунок їхнього власного бюджету. Відповідна частка інших медичних засобів трохи вища (46%). При цьому забезпечується лише 25% потреб в обладнанні (Графіки 15-17, верхні панелі).[33] Представники районної/міської влади надавали більш оптимістичну оцінку потреб їхніх районів/міст у сфері охорони здоров'я, які були забезпечені за рахунок наданих коштів. Їхні оцінки рівня такої забезпеченості варіювались від 30% до 100% із середнім показником 67% (слід зазначити, що один посадовець, як стверджував, що "всі наші потреби практично завжди задовольняються", пояснив це невисокими вимогами: "Ми не просимо багато"). Представники обласних органів влади вважають, що державні кошти забезпечують від 10% до 50% потреб охорони здоров'я їхніх областей.

Якщо керівники надавали свої відповіді стосовно своєї медичної установи в цілому, то лікарі відповідали або щодо себе особисто (своєї практики), або щодо свого відділення. У будь-якому випадку, відповіді керівників та лікарів дуже подібні (Графіки 15-17, нижні панелі). З-поміж різних медичних установ, районні/міські лікарні найгірше забезпечені як ліками, так і медичними засобами. Хоча слід зазначити, що лікарі поліклінік і ЦПМСД стверджують, що вони не зобов'язані забезпечувати пацієнтів ліками. Натомість, у них є набір ліків для екстреної допомоги. Призначені ж ліки пацієнти купують для себе самостійно.

Більшість лікарів районних/міських лікарень повідомили, що вони отримували лише препарати для анестезії та лікування критичних станів. Ліки для звичайного лікування пацієнти купують самостійно. Три лікаря уточнили, що вони отримували 90-100% ліків і медичних засобів, необхідних для термінових операцій. Але планові операції забезпечуються лише на 20% від потреби (відповідні ліки та медичні засоби використовують для лікування найбідніших пацієнтів).

Потреби у медичних засобах зазвичай забезпечуються краще, ніж потреби у ліках. І районна/міська влада, і керівники медичних установ наголосили на потребі у новому обладнанні та ремонтах. Ці аспекти фінансуються найменше (так звані "незахищені" статті).

Можна відзначити доволі велику різницю між середніми показниками забезпечення обладнанням у відповідях керівників медичних установ і лікарів. За словами перших, задовольняються близько 30% їхніх потреб в обладнанні. Лікарі кажуть, що 50% їхніх потреб забезпечені. Можливо, керівники медичних установ розглядають це питання більш комплексно і вважають, що з новим обладнанням вони зможуть надавати послуги, які наразі можна отримати лише у приватних лікарнях (наприклад, розширена діагностика). Натомість, можливо, лікарі задоволені основним обладнанням, яке вони використовують уже певний час.

Більшість лікарів відповідають, що вони мають необхідне для роботи об-

[32] 25 із 32 головних лікарів сказали, що вони отримують менше фінансування, ніж те, про яке початково просили. Троє зазначили, що отримують практично ту суму, про яку просили. Троє не змогли відповісти на це запитання. Один сказав, що за останні два роки його медична установа отримувала додаткове фінансування (понад суму, про яку вони початково просили) від місцевої влади.

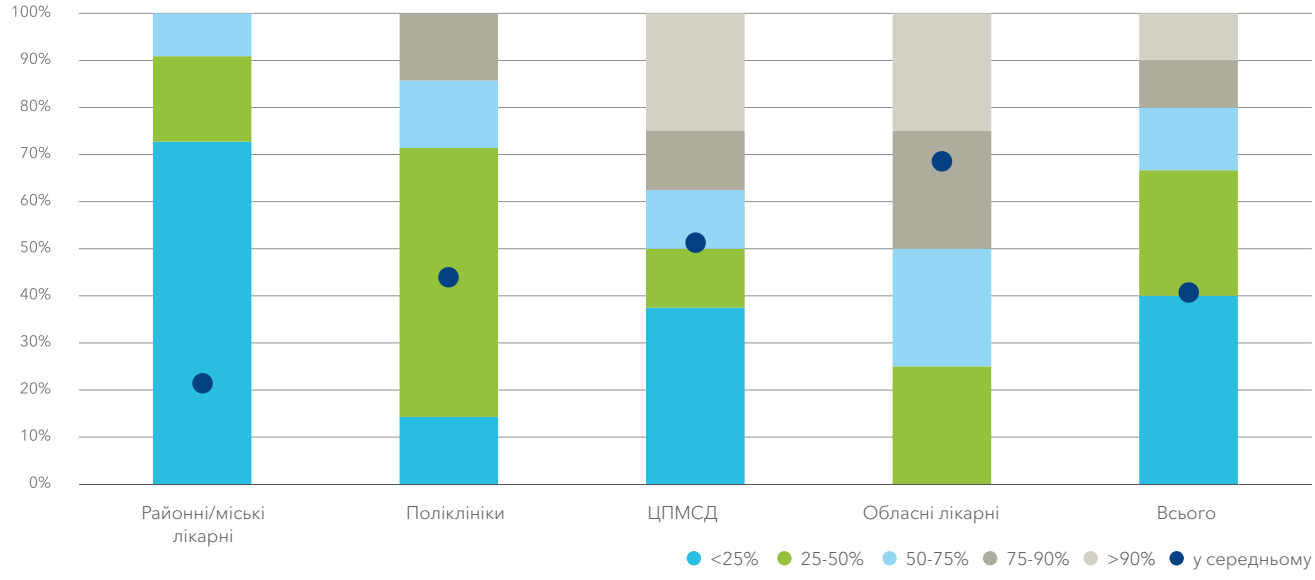
[33] Зверніть увагу, що у Графіках 15-17 "середній" означає середню частку потреб медичної установи, яка забезпечується за рахунок отриманого бюджетного фінансування. Вона розраховується як зважений середній показник відповідей респондентів у певній категорії.

ладнання, проте воно дуже старе (деякі лікарі уточнюють, що таке обладнання було придбане у 1960-1970-тих роках, тому комплектуючі матеріали до них уже не виробляють). Зрозуміло, що нове обладнання таким лікарям необхідне, проте бюджетом рідко передбачена можливість його придбання. Один лікар розповів, що його відділення збирає гроші для придбання необхідних комплектуючих, які потрібні для роботи обладнання.[34]

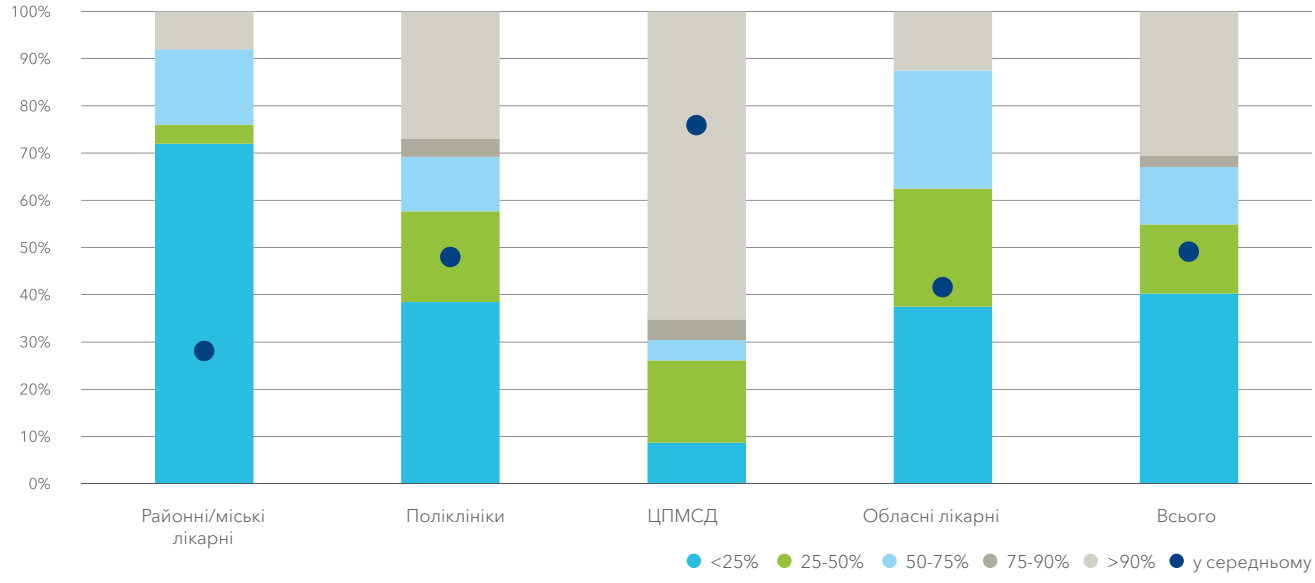
Нагальна потреба у кращому обладнані була підтверджена відповідями на запитання "Якби Ви мали вдвічі більший бюджет, на які товари та матеріали Ви би його витратили в першу

ГРАФІК 15. ЧАСТКА ПОТРЕБИ У ЛІКАХ, ЯКА ЗАБЕЗПЕЧУЄТЬСЯ ЗА РАХУНОК НАДАНОГО БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ

КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ



ЛІКАРІ

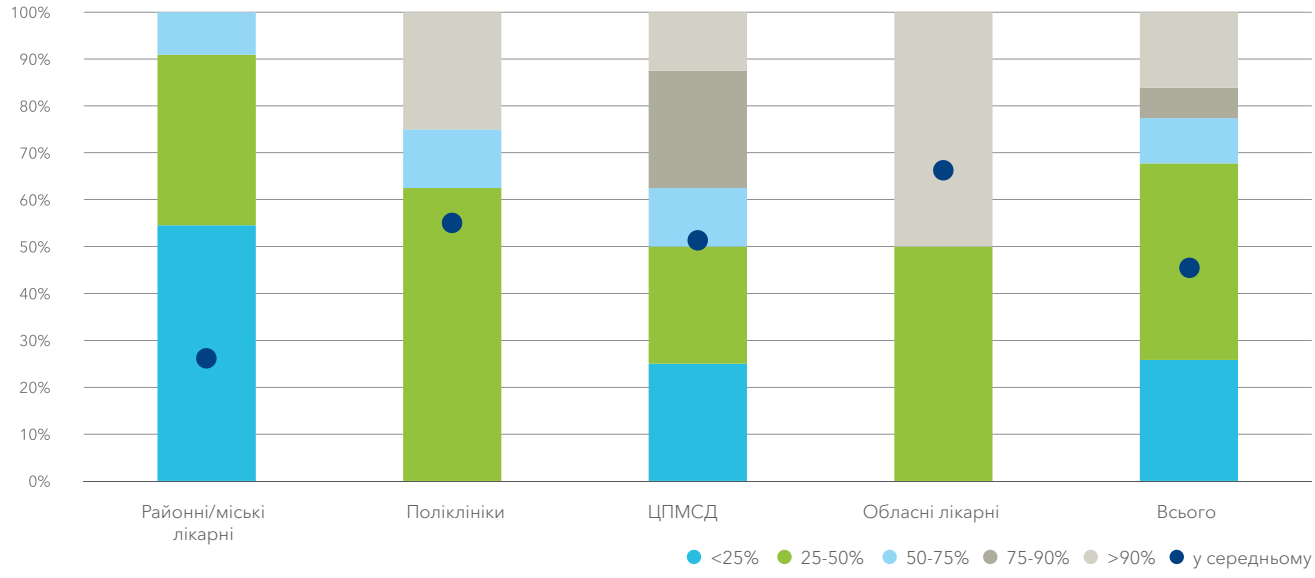


[34] Хоча це не було сказано напряму, можна зробити висновок, що це робилося за рахунок неофіційних внесків пацієнтів або деяких спонсорів.

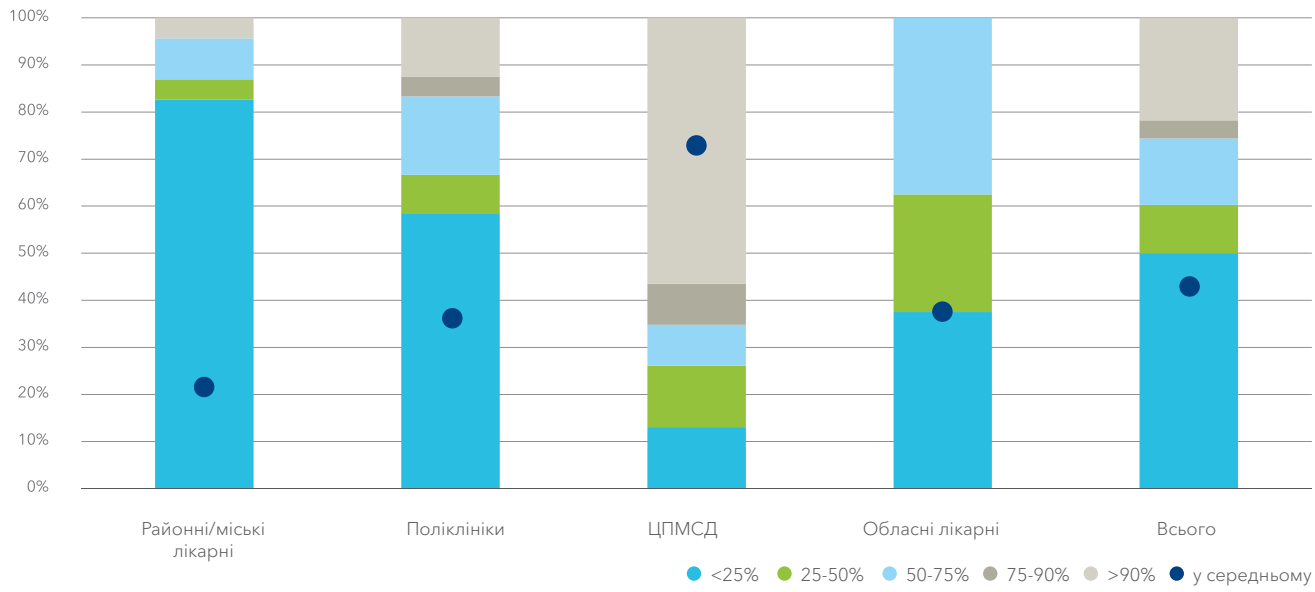
чергу?" **Близько 85% (27 з 32) керівників медичних установ відповіли "для придбання обладнання".** Лише дев'ять респондентів також обрали варіант відповіді "для ремонту обладнання" (можна було обирати декілька відповідей). Декілька керівників медустанов наголосили, що їхнє обладнання настільки застаріле, що сенсу його ремонтувати немає. Половина (16) керівників медичних установ обрала варіант відповіді про ремонт приміщення. 15 респондентів сказали,що придбали би більше ліків.

ГРАФІК 16. ЧАСТКА ПОТРЕБИ У МЕДИЧНИХ ЗАСОБАХ, ЯКА ЗАБЕЗПЕЧУЄТЬСЯ ЗА РАХУНОК НАДАНОГО БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ

КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

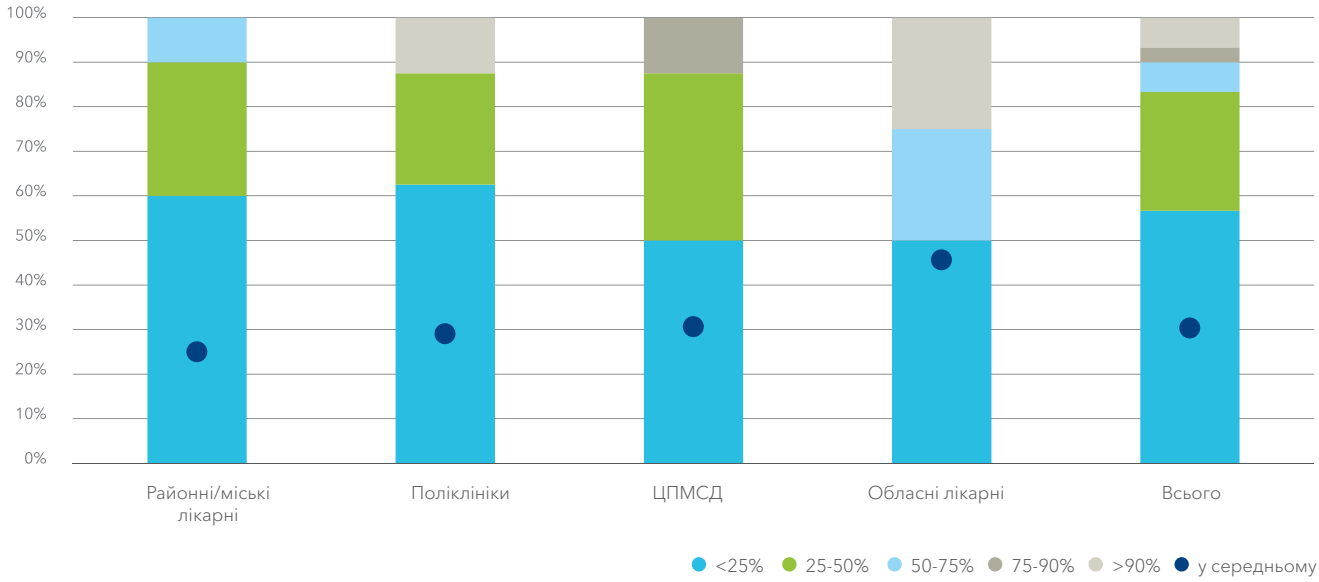


ЛІКАРІ

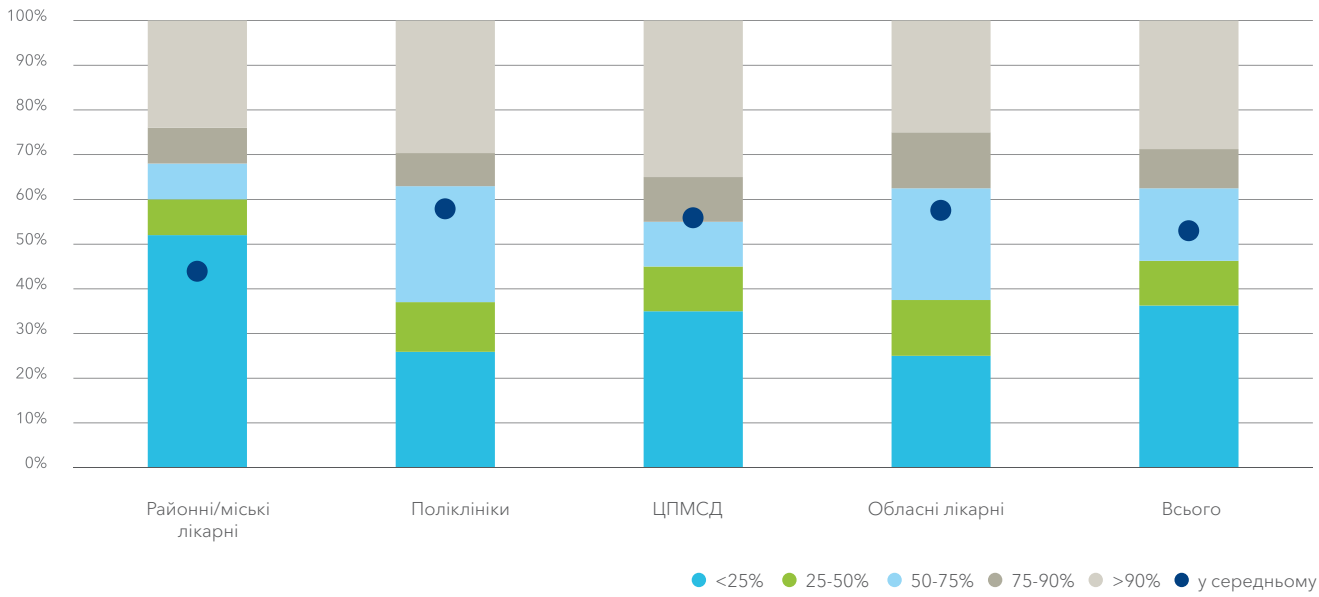


ГРАФІК 17. ЧАСТКА ПОТРЕБИ В ОБЛАДНАННІ, ЯКА ЗАБЕЗПЕЧУЄТЬСЯ ЗА РАХУНОК НАДАНОГО БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ

КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ



ЛІКАРІ



Брак ресурсів

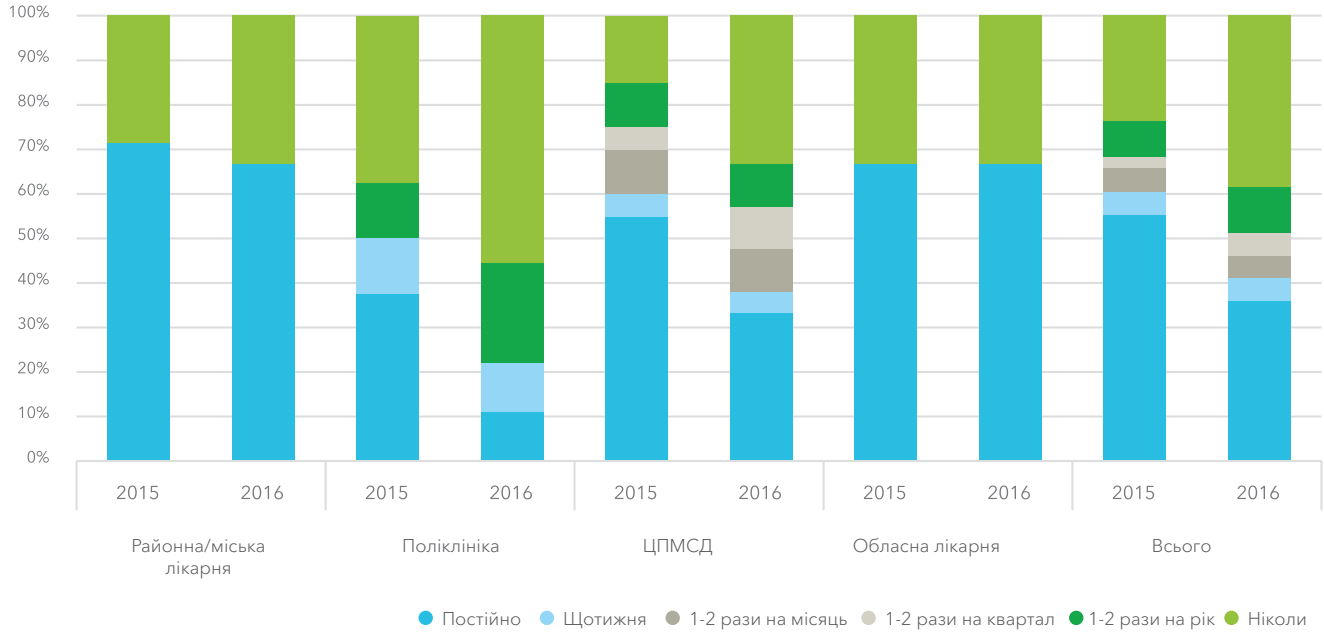
Усі керівники медичних установ скаржаться на **брак фінансових ресурсів** і, відповідно, на брак ліків (Графіки 19 і 20). Щодо ліків, які мають надаватись у рамках державних програм, то відповіді відрізнялись залежно від програми. Наприклад, інсулін постачають вчасно. Проте ліки для хіміотерапії можуть затримувати кілька місяців. Також лікарі скаржаться на брак вакцин. У 2015 році та у першій половині 2016 року вакцин практично не було.[35] Проте наприкінці 2016 року ситуація поліпшилась (Графік 18).

Медичним установам районного рівня частіше бракує фінансових ресурсів, аніж поліклінікам або установам із надання первинної медико-санітарної допомоги.

Із нестачею ліків найчастіше стикались районні/міські лікарні (рівень вторинної медичної допомоги). Проте слід зазначити, що голови ЦПМСД і поліклінік вважають, що вони не зобов'язані надавати ліки пацієнтам. Вони надають лише консультації та можуть надавати ліки безкоштовно лише відповідно до державних програм (наприклад, Державної цільової соціальної програми "Цукровий діабет" на певний рік).

Показник забезпечення медичними засобами є вищим за забезпечення ліками в усіх типах медичних установ.

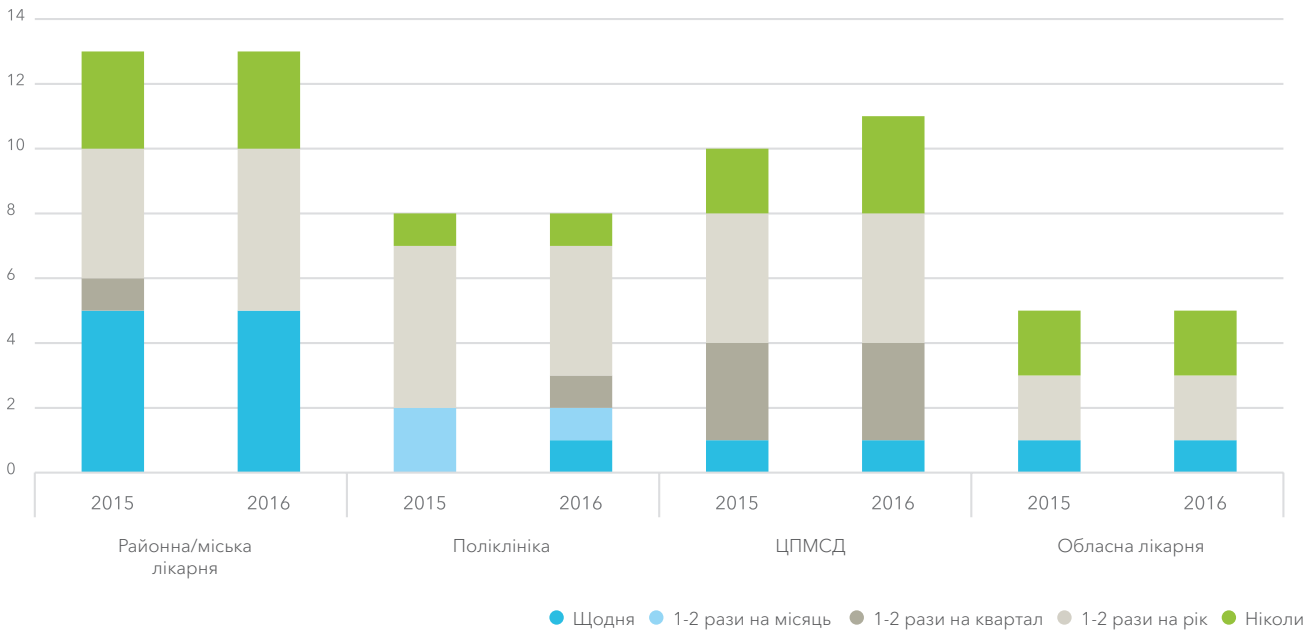
ГРАФІК 18. ЯК ЧАСТО ВИ СТИКАЄТЕСЬ ІЗ БРАКОМ ВАКЦИН? (ЧАСТКА ЛІКАРІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ВАКЦИНИ У СВОЇЙ ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ)



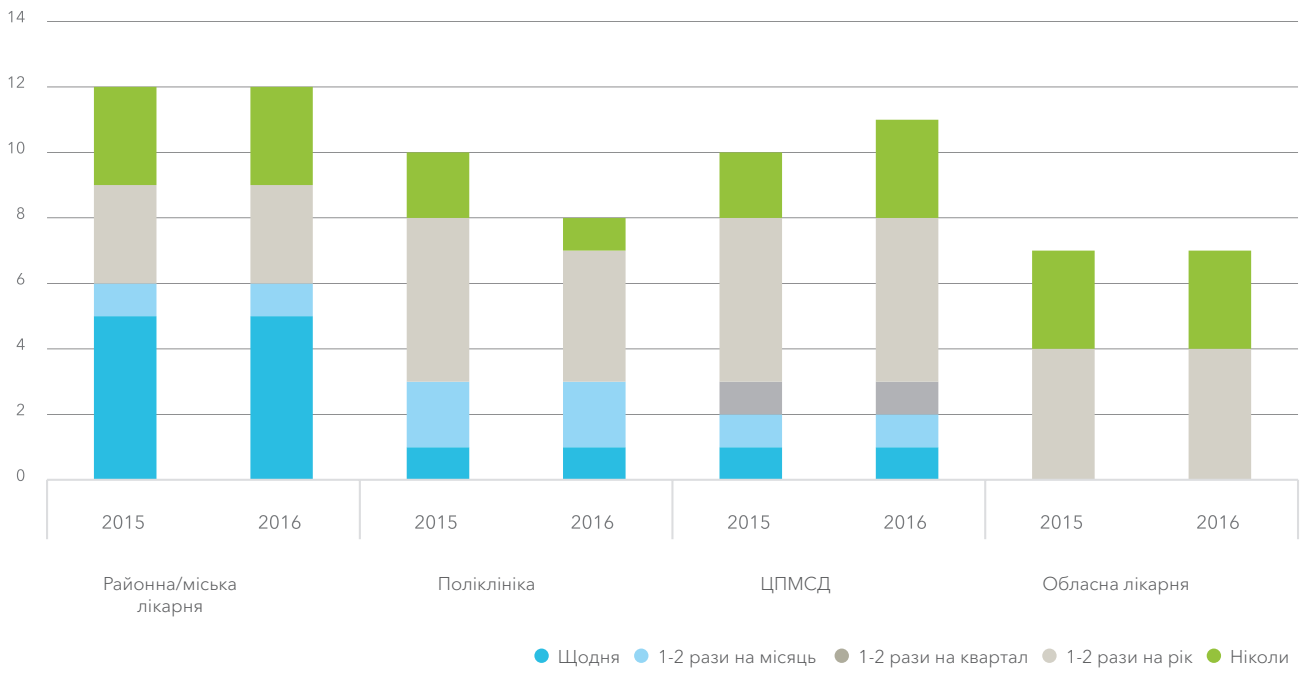
[35] Хірурги не мали антирабічної вакцини. Сімейні лікарі скаржились на відсутність вакцин для планової імунізації дітей.

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 19. ЯК ЧАСТО ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ БРАКУЄ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)

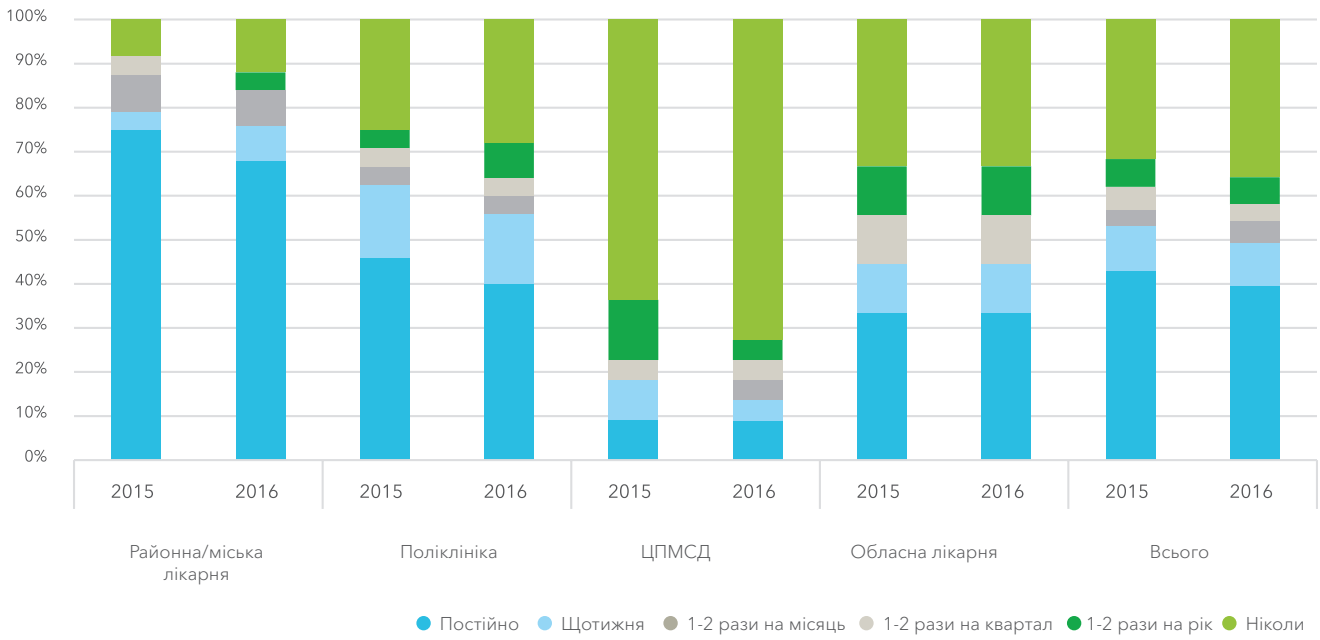


ГРАФІК 20. ЯК ЧАСТО ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ БРАКУЄ ЛІКІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)

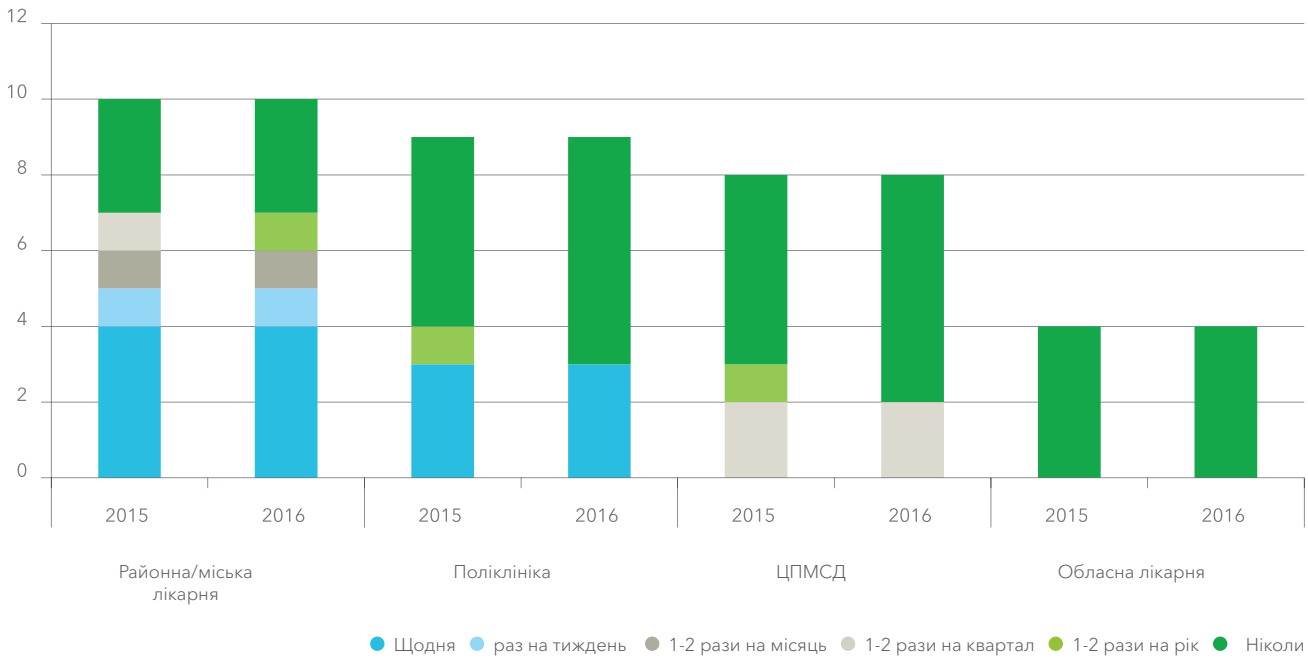


Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 21. ЯК ЧАСТО ВАМ БРАКУЄ ЛІКІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – ЛІКАРІ)

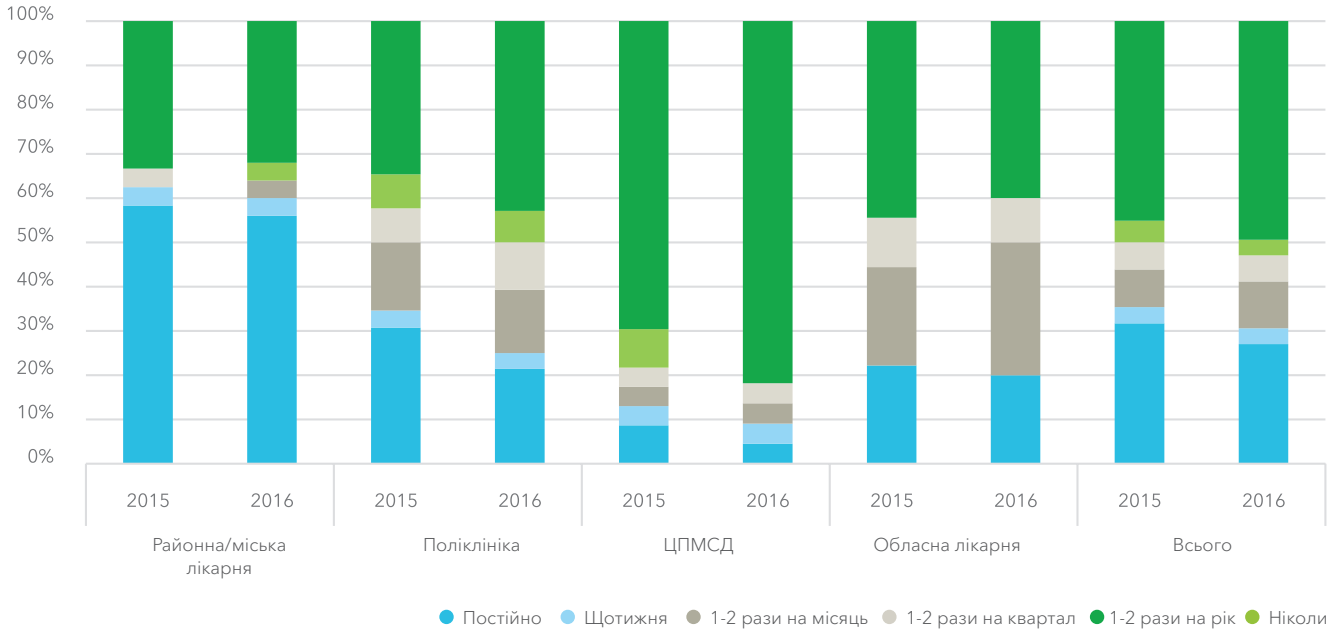


ГРАФІК 22. ЯК ЧАСТО ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ БРАКУЄ МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)

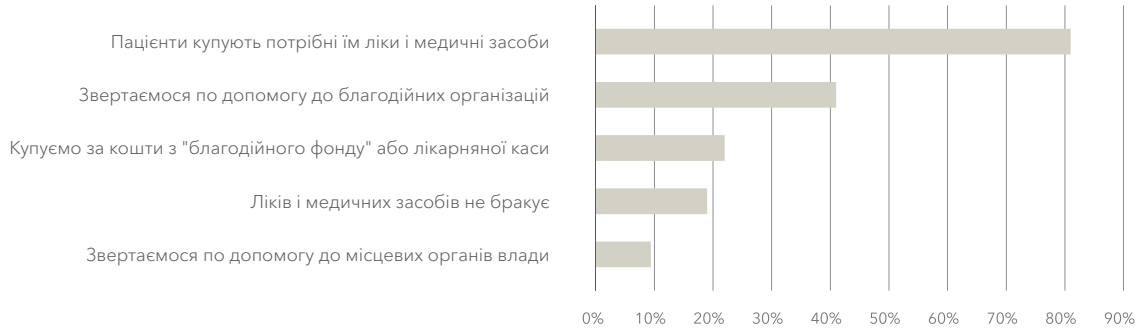


Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 23. ЯК ЧАСТО ВАМ БРАКУЄ МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – ЛІКАРІ)



ГРАФІК 24. ЯК ВИ ВИРІШУЄТЕ ПРОБЛЕМИ ЩОДО БРАКУ ЛІКІВ І МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



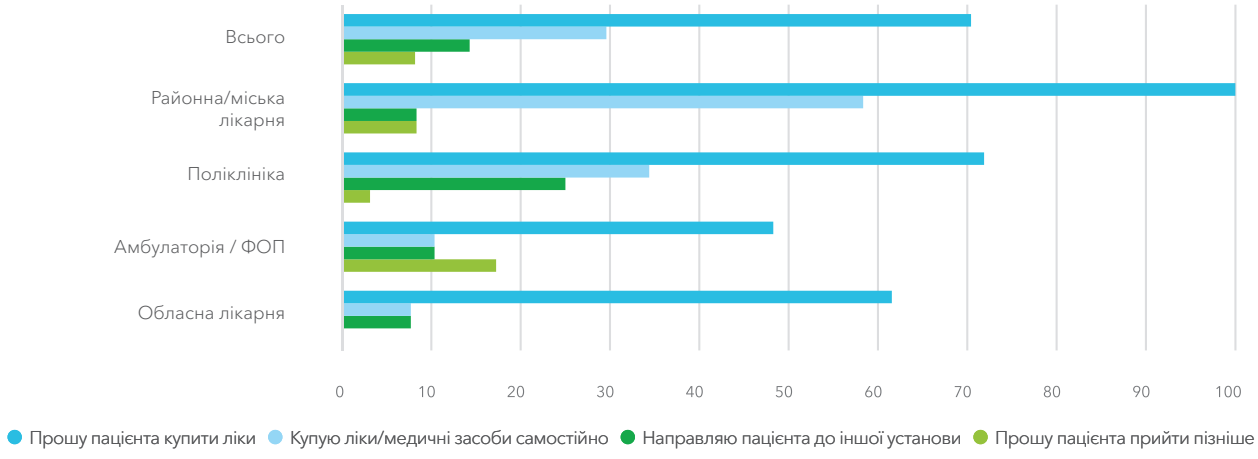
Найпоширенішим способом вирішення проблеми браку медичних засобів є прохання до пацієнтів придбати їх самостійно.

Хоча лікарні можуть стикатися із браком чогось щодня, скаржаться вони про це нечасто. Лише трохи більше половини (56%) керівників медичних установ доносять інформацію про брак необхідних засобів до представників органів влади щомісяця або щоквартально. 22% керівників роблять це раз чи два на рік. І лише 6% керівників медустанов направляють скарги до органів влади щотижня. Представники районних/міських органів влади мають інше бачення цих процесів. 36% з них стверджують, що отримують скарги про брак коштів або медичних товарів раз на тиждень. 45% отримують скарги щомісяця. Два респонденти сказали, що отримують скарги раз або двічі на квартал або рік.

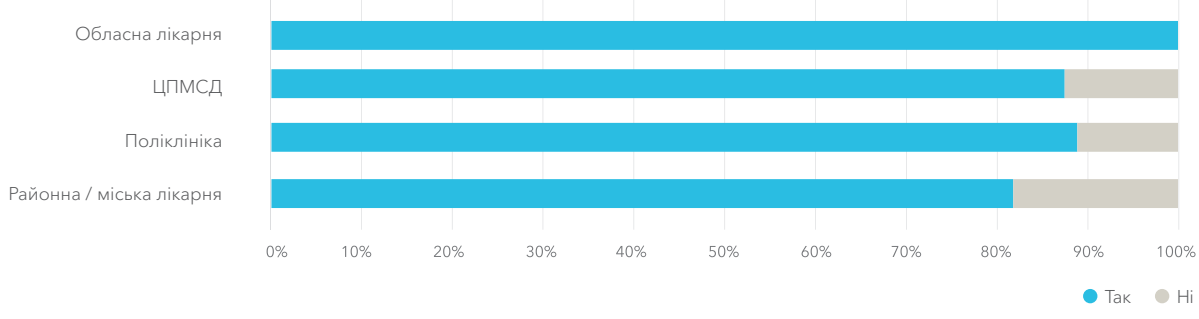
40% керівників медустанов повідомляють, що вони отримують певну допомогу від благодійних організацій. 22% купують необхідні засоби за допомогою благодійного фонду – так званої "лікарняної каси". Три лікарі звертаються з проханням про додаткове фінансування до місцевої влади. Один лікар зізнався, що він купував

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

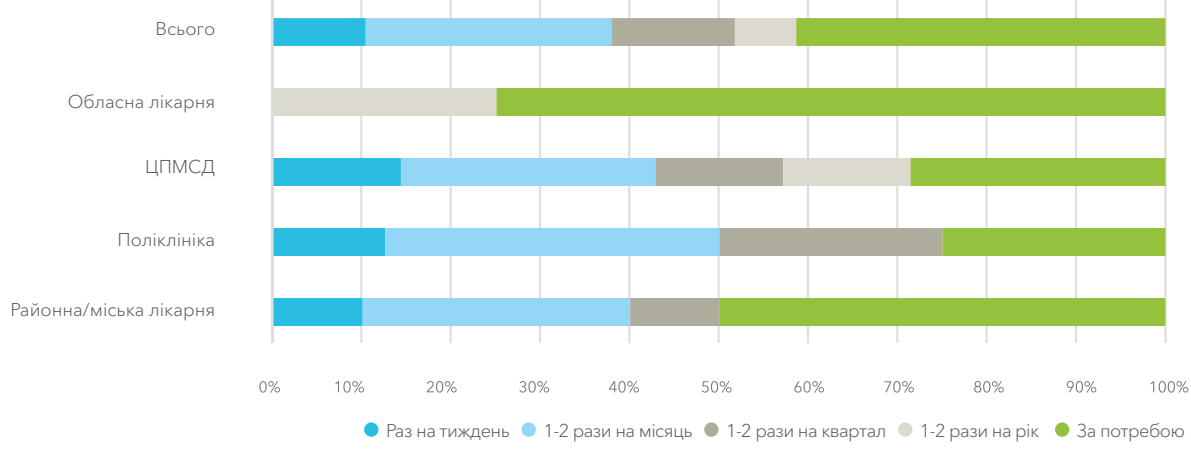
ГРАФІК 25. ЯК ВИ ЗАЗВИЧАЙ ВЧИНЯЄТЕ У ВИПАДКУ БРАКУ НЕОБХІДНИХ ЗАСОБІВ? (ЧАСТКА ЛІКАРІВ, ЯКІ ОБРАЛИ ПЕВНУ ВІДПОВІДЬ; МОЖНА БУЛО ОБИРАТИ ДЕКІЛЬКА ВІДПОВІДЕЙ)



ГРАФІК 26. ЧИ МАЄ ВАША УСТАНОВА РЕЗЕРВ ЛІКІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ГРАФІК 27. ЯК ЧАСТО ТАКИЙ РЕЗЕРВ ПОПОВНЮЄТЬСЯ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ліки за власний кошт. Найпоширенішою відповіддю лікарів після "прошу пацієнтів купити ліки/медичні товари за власний кошт" (70%) було "купую ліки/медичні товари за власний кошт" (близько 30%) (Графік 25). Проте слід зазначити, що у випадку придбання ліків лікарями за власний кошт вони витрачають на це доволі малі суми: у 2016 році 74% лікарів витратили 500 гривень або менше.

Практично всі медичні установи мають резерви ліків (для екстрених випадків) і поповнюють ці резерви за потреби (коли всі ліки використані або ж коли вийшов строк їхньої придатності).

Потенційні можливості для нецільового використання коштів

Закупівлі

Більше половини лікарів і представників влади визнають, що ProZorro допомогла їм заощадити кошти. Незважаючи на це, вони досі не дуже оптимістично ставляться до нововведеної системи, оскільки вона не дозволяє їм контролювати якість товарів та умови їх доставки. 60% медичних установ, переважно малим, складно залучати постачальників через відносно великі транзакційні витрати. Вирішити цю проблему можуть допомогти рамкові угоди.

Один з представників обласних органів влади повідомив, що закупівлі проводяться на всіх трьох рівнях (обласному, районному/міському та на рівні медустанов). Проте в іншій області відповідна посадова особа стверджувала, що медичні установи купують все самостійно. Представник обласної влади, який долучений до порядку проведення державних закупівель, сказав, що залучати постачальників легко.

Лише один районний/міський чиновник розповів, що вони опікуються закупівлями для медичних установ. Інші ж стверджуть, що медичні установи закуповують для себе все самостійно. Четверо з 11 опитаних представників районної/міської влади розповіли, що вони залучені до державних закупівель на рівні області – тобто, вони збирають запити від медичних установ і надають їх обласній владі.

Три районні/міські чиновники розповіли, що є випадки, коли медичні установи не задоволені централізованими надходженнями. Для порівняння слід зазначити, що лише два керівники медустанов висловили аналогічну позицію. Один із них пояснив, що їм надали нове обладнання, яке надто дороге в експлуатації та догляді. Другий респондент розповів, що його медичній установі часто надають ліки, які їм не потрібні, і які мають короткий строк придатності. Керівники інших медустанов значили, що вони отримують кошти та купують потрібні їм товари самостійно.

Представники обласних органів влади та вісім із 11 представників районної/міської влади сказали, що передача повноважень на здійснення закупівель медичним установам є найбільш ефективним рішенням. Проте інші три районні/міські чиновники підкреслили, що це залежить від типу товару, який необхідно придбати у рамках закупівель. Зокрема, краще, щоб ліки для рідкісних захворювань і дорогі ліки закуповувалися на рівні області або МОЗ.

Керівників медичних установ запитали про те, скільки процедур із закупівель вони проводять упродовж року, та скільки з них

Більшість державних закупівель лікарні здійснюють самостійно. Найбільші закупівлі – це комунальні послуги та енергія (на них витрачається значна частина бюджетів медичних установ). Більше половини установ, які брали участь у дослідженні, почали використовувати систему ProZorro ще до того, як це стало обов'язковим.

проводяться у формі тендерів. Керівники поліклінік не відповідали на запитання про закупівлі, оскільки вони самостійно їх не здійснюють (за придбання всього необхідного відповідають керівники їхніх лікарень).

Зазвичай лише дві чи три з кількох десятків (чи навіть сотень) закупівель[36] проводяться у формі тендерних процедур (Таблиці 7 і 8). Як правило, такі закупівлі стосуються енергії та комунальних послуг, оскільки вони є найбільшими закупівлями, які робить медична установа. У середньому медичні установи витрачають близько половини своїх бюджетів на тендери. У зв'язку з введенням обов'язку використовувати систему ProZorro починаючи з серпня 2016 року ця частка зростатиме.

ТАБЛИЦЯ 7. ЧАСТКА ТЕНДЕРІВ У ЗАГАЛЬНІЙ КІЛЬКОСТІ ПРОЦЕДУР ЗАКУПІВЕЛЬ, %

Тип медичної установи	N респ-ів	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум
Районні/міські лікарні	8	16	26	0	75
ЦПМСД	7	8	9	1	21
Обласні лікарні	2	32	43	1	62
Усього	**17**	**15**	**22**	**0**	**75**

СКВ – середнє квадратичне відхилення.

ТАБЛИЦЯ 8. ЧАСТКА ТЕНДЕРІВ У ЗАГАЛЬНІЙ ВАРТОСТІ ПРОЦЕДУР ЗАКУПІВЕЛЬ, %

Тип медичної установи	N респ-ів	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум
Районні/міські лікарні	7	68	28	26	98
ЦПМСД	7	35	20	12	72
Обласні лікарні	2	70	15	59	80
Усього	**16**	**54**	**28**	**12**	**98**

Медичні установи купують більшість ліків та інших товарів, які їм потрібні, самостійно (Таблиця 9).

ТАБЛИЦЯ 9. ЧАСТКА ЗАКУПІВЕЛЬ (У ГРН.), ЯКІ ЗДІЙСНИЛА БЕЗПОСЕРЕДНЬО МЕДИЧНА УСТАНОВА, %

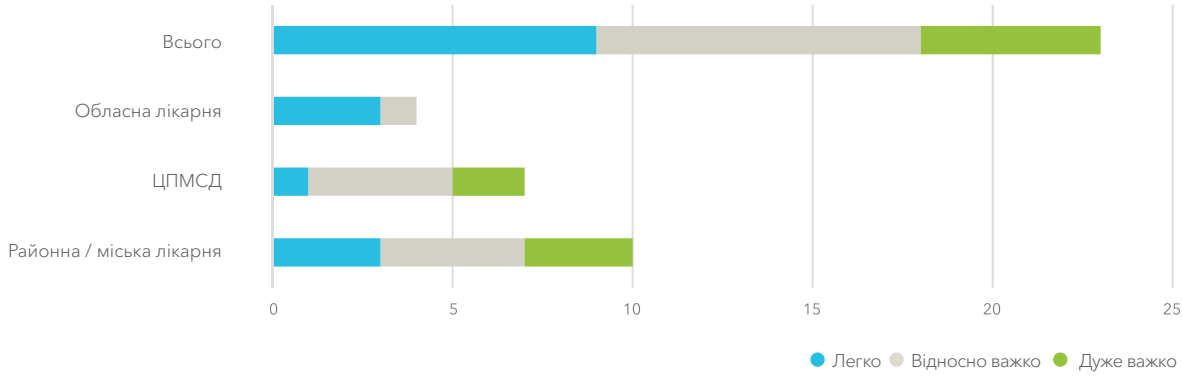
	Рік	N респ-ів	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум
Районні/ міські лікарні	2015	9	61,9	36,7	7	100
	2016	9	66,2	32,3	11	100
ЦПМСД	2015	5	85,0	20,6	50	100
	2016	5	85,0	20,6	50	100
Обласні лікарні	2015	3	88,3	7,6	80	95
	2016	3	95,0	5,0	90	100
Усього	**2015**	**17**	**73,4**	**30,7**	**7**	**100**
	2016	**17**	**76,8**	**27,9**	**11**	**100**

[36] Один головний лікар пояснив, що лікарня не може утримувати більш як п'ятиденний запас медикаментів для анестезії, тому їх потрібно часто купувати. Також його лікарня не оснащена для тривалого зберігання їжі, тому її також потрібно купувати часто.

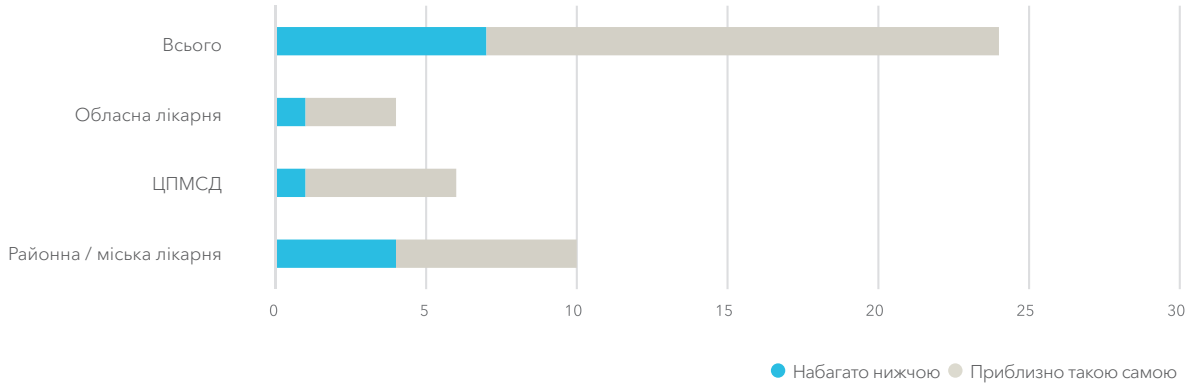
60% керівників медичних установ мають труднощі із залученням постачальників. Основною причиною є небажання постачальника працювати з бюджетною інституцією (через регульованість цін і вірогідні затримки з оплатою). Або ж майбутній договір буде на настільки незначну суму, що, на думку постачальника, такий договір не вартий усієї паперової роботи, яку він вимагає. Вартість договору зазвичай дещо нижча або практично така сама, як початково запропонована (Графіки 28 і 29).

Найбільш конкурентними є закупівля ліків (таку відповідь обрали 65% із 23 керівників медичних установ, які відповідали на це запитання), обладнання (42%) і немедичних товарів (39%).

ГРАФІК 28. ЯК ЛЕГКО ВАМ ВДАЄТЬСЯ ЗАЛУЧИТИ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ГРАФІК 29. НАСКІЛЬКИ ОСТАТОЧНА ВАРТІСТЬ ДОГОВОРУ ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ПОЧАТКОВОЇ ПРОПОЗИЦІЇ? (РЕСПОНДЕНТИ – КЕРІВНИКИ МЕДУСТАНОВ)



ProZorro

Один із представників обласних органів влади повідомив, що його область почала використовувати ProZorro ще до 1 серпня 2016 року. Натомість райони/міста та медичні установи почала використовувати ProZorro починаючи з 1 серпня 2016 року. Представник іншої області зазначив, що всі відповідні суб'єкти його області почали використовувати ProZorro до 1 серпня 2016 року у тестовому режимі. Жоден із обласних чиновників не зміг вказати, чи допомогла їм система ProZorro суттєво заощадити кошти.

Дві третини (сім із 11) службових осіб рівня району/міста зазначили, що медичні установи їхніх районів/міст почали використовувати ProZorro до 1 серпня 2016 року. Дев'ять районних/міських посадовців зазначили, що завдяки ProZorro їхні лікарні змогли заощадити певні кошти, і ці кошти були використані для додаткових закупівель. Проте на запитання про очікування від ProZorro лише п'ять представників районних органів влади висловились оптимістично, троє – незадовільно, а ще троє не мали особливої думки.[37]

З-поміж 21 медичної установи, які брали участь у дослідженні, 19 використовували ProZorro (представники однієї медустанови не відповідали на це запитання, а представники іншої пояснили, що їхні закупівлі є мінімальними, тому ProZorro була їм не потрібна, проте вони використовуватимуть систему з січня 2017 року). Із цих 19 медустанов сім почали використовувати ProZorro до 1 серпня 2016 року.[38] На момент проведення дослідження ці установи здійснювали близько 40% (у грошовому вимірі) своїх закупівель через ProZorro (Таблиця 10).

ТАБЛИЦЯ 10. ГРОШОВА ЧАСТКА ЗАКУПІВЕЛЬ, ЗДІЙСНЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ PROZORRO, %

Тип медичної установи	N респ-ів	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум
Районні/міські лікарні	5	25,7	33,8	0	82
Поліклініки	2	50,0	70,7	0	100
ЦПМСД	5	42,8	35,9	4	100
Обласні лікарні	3	54,0	40,3	25	100
Усього	**15**	**40,3**	**37,6**	**0**	**100**

Дві третини (69%) з 32 керівників медичних установ підтвердили, що ProZorro допомогла їм заощадити кошти; троє (9%) сказали, що економії не було, а п'ятеро (15%) не змогли дати відповідь на це запитання. Заощаджені кошти були використані для придбання додаткових подібних товарів. Наприклад, якщо вдалося заощадити на ліках, на зекономлені кошти були придбані ще ліки. Діяв саме такий алгоритм, оскільки до 2017 року для перерахування коштів між різними статтями бюджету необхідно було отримувати погодження місцевої ради.

Лише трохи більше половини (56%) керівників медичних установ мали позитивні очікування від ProZorro. Семеро мали негативні очікування, шестеро не мали жодних, і один керівник пояснив, що очікував як на позитив від систе-

[37] Один посадовець пояснив, що використання ProZorro має як свої позитивні сторони, так і ризики. Основний ризик полягає у тому, що процедури ProZorro вимагають більше часу та паперової роботи.

[38] Деякі з них пояснили, що місцева адміністрація Донецької області рекомендувала медичним установам почати використовувати ProZorro у тестовому режимі.

ми, так і на ризики від її використання. Основним зауваженням керівників до ProZorro була якість товарів – оскільки постачальники змагались лише за критерієм ціни, було складно проконтролювати якість пропозицій. Також, якщо постачальники знаходились в інших регіонах України, виникали проблеми з доставкою: деякі ліки потрібно транспортувати у спеціальних умовах (наприклад, у холодильниках); у деяких випадках, коли лікарні замовляють ліки у невеликих кількостях, їхня доставка може бути дорожчою за вартість самих ліків. Один керівник медустанови скаржився, що його установа обрала постачальника за допомогою ProZorro (того, хто пропонував найнижчу ціну), проте він не міг доставити необхідну кількість товару. Через це медустанова була змушена знову оголошувати тендер. Зрозуміло, що це затягнуло процес.

Запровадження рамкових угод для закупівель могло би вирішити деякі із перерахованих труднощів. Збільшення кількості закупівель стимулюватиме залучення великих постачальників (виробників) із цікавими тендерними пропозиціями. Одночасно лікарні отримуватимуть таку саме кількість ліків та інших товарів, які вони потребують.

Використання часу лікарів

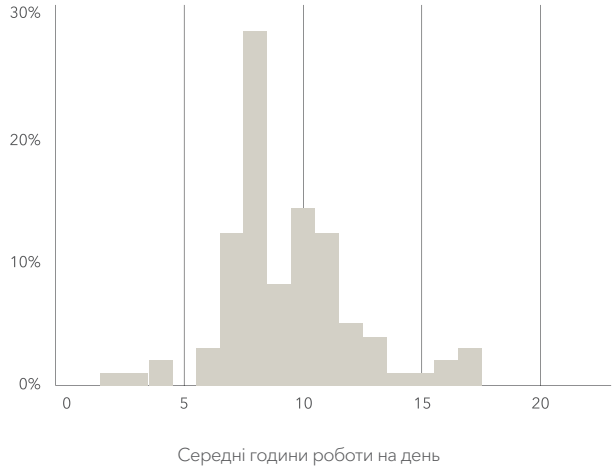
У середньому лікарі працюють 230 годин на місяць у районних/міських лікарнях і близько 160 годин на місяць у поліклініках і ЦПМСД. Цей час включає як регулярні зміни, так й інші обов'язки. Лікарі лікарень більше працюють понаднормово порівняно з лікарями інших медичних установ. На відміну від Львівської та Полтавської областей, лікарі Донецької та Луганської областей рідше мають інші роботи. Лише 20% із них сказали, що мають додатковий заробіток. І навіть серед цієї частки більшість осіб має другу роботу в поліклініках при лікарнях (лікарі стаціонару) або лікарнях (амбулаторні лікарі). У середньому лікарі проводять близько третини свого робочого часу над паперовою роботою. Близько 60% із них вважають, що якби паперову роботу виконувала медсестра, вони могли би приймати більше пацієнтів. У середньому лікарі витрачають близько 15-20 хвилин на одного пацієнта. Близько половини лікарів, які давали вичерпні відповіді на запитання, зазначили, що вони могли би приймати вдвічі більше пацієнтів за умови суттєвого підвищення заробітної плати.

Детальніше пояснюючи організацію свого робочого часу, майже 80% лікарів сказали, що вони не мають іншого місця роботи, окрім відповідної медичної установи, де проводились інтерв'ю. І лише чотири з 98 лікарів, які брали участь у дослідженні, надали інформацію про кількість годин, які вони працюють у немедичних установах.

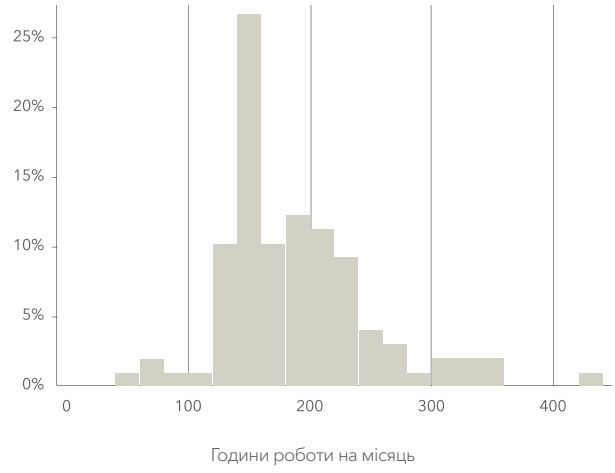
Трохи більше половини (55%) лікарів у середньому працюють понад вісім годин на день (Графік 30). Відповідно, зрозуміло,що у них мало часу на додаткову діяльність.

Графік 32 показує, що більшість "додаткових" робіт (в інших медичних установах) забирає менш як 50 годин на місяць (або близько 12 годин на тиждень). Найчастіше "інша медична установа" – це або поліклініка при лікарні (у випадку лікарів стаціонару) або лікарні (у випадку амбулаторних лікарів). Тобто, лікарі установ вторинної медичної допомоги часто поєднують роботу у лікарні та прикріплених до неї поліклініках.

ГРАФІК 30. СЕРЕДНЯ ТРИВАЛІСТЬ РОБОЧОГО ДНЯ (ЛІКАРІ)



ГРАФІК 31. ЗАГАЛЬНА ТРИВАЛІСТЬ РОБОЧОГО ЧАСУ У МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ РОБОТИ, ВКЛЮЧНО З ОСНОВНИМИ ОБОВ'ЯЗКАМИ ТА ЗА ВИНЯТКОМ "ЕКСТРЕНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ", УПРОДОВЖ МІСЯЦЯ (ЛІКАРІ)



І лікарі, і голови відділень лікарень у середньому працюють довше за лікарів поліклінік або ЦПМСД (див. Таблицю 11), і різниця у відповідних показниках для цілей статистики є значною. Різниця у тривалості робочого часу голів відділень і лікарів, а також лікарів поліклінік і ЦПМСД є статистично незначущою. Різниця між середньою тривалістю робочого часу лікарів, які працюють в інших медичних установах (додатково до основної роботи) не є статистично значущою (Таблиця 12).

Незважаючи на таке велике професійне навантаження, лікарі часто працюють понаднормово (Графік 33). Цей графік показує, що лікарі лікарень працюють понаднормово значно частіше за лікарів поліклінік. Частково це пояснюється особливостями їхньої роботи (вони не можуть залишити пацієнта у критичному стані із закінченням робочого дня).

Також причиною понаднормової роботи є прийом амбулаторних хворих у відділеннях для стаціонарного

ТАБЛИЦЯ 11. СЕРЕДНЯ ТРИВАЛІСТЬ РОБОЧОГО ЧАСУ У МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ РОБОТИ, ГОДИН НА МІСЯЦЬ (СЕРЕДНЄ КВАДРАТИЧНЕ ВІДХИЛЕННЯ У ДУЖКАХ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього на медичну установу
Районні/міські лікарні	242,3 (71,9)	220,4 (71,8)	-	-	230,9 (71,4)
Поліклініки	176,6 (41,5)	163,0 (58,6)	-	-	166,0 (55,0)
ЦПМСД	180,5 (34,5)	162,2 (54,6)	152,0 (2,8)	157,5 (12,0)	164,9 (40,9)
Обласні лікарні	198,4 (23,1)	181,0 (43,4)	-	-	185,0 (39,5)
Усього за посадою	**210,2 (62,3)**	**179,9 (62,8)**	**152,0 (2,8)**	**157,5 (12,0)**	**187,5 (62,2)**

ТАБЛИЦЯ 12. СЕРЕДНЯ ТРИВАЛІСТЬ РОБОЧОГО ЧАСУ В ІНШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ, ГОДИН НА МІСЯЦЬ (СЕРЕДНЄ КВАДРАТИЧНЕ ВІДХИЛЕННЯ У ДУЖКАХ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього на медичну установу
Районні/міські лікарні	6,9 (11,6)	7,1 (13,5)	-	-	7,0 (12,4)
Поліклініки	18,0 (41,8)	11,1 (23,0)	-	-	12,6 (27,5)
ЦПМД	4,8 (7,3)	12,9 (23,9)	0,0 (0,0)	3,2 (7,2)	7,8 (17,1)
Обласні лікарні	0,0 (0,0)	5,5 (15,7)	-	-	4,2 (13,8)
Усього за посадою	**8,4**	**9,5**	**0,0 (0,0)**	**3,2 (7,2)**	**8,6 (19,7)**

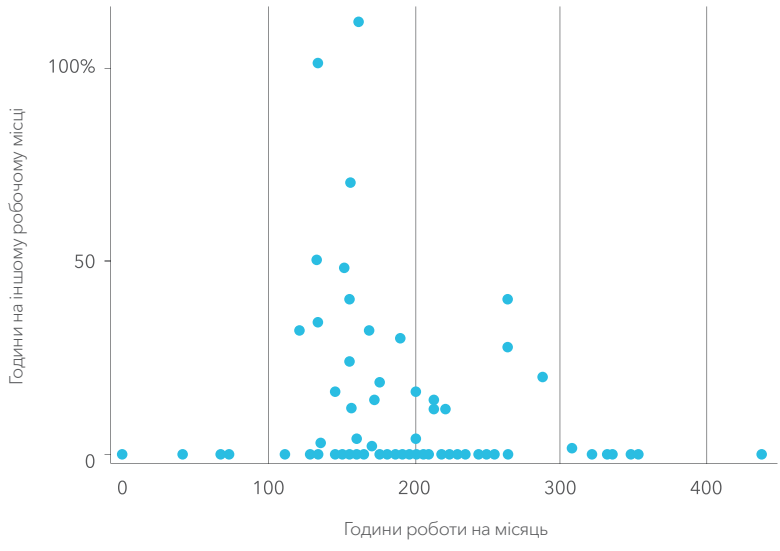
лікування. Більше половини (вісім із 14) керівників медичних установ і три чверті (28 із 37) лікарів лікарень підтверджують наявність описаної практики. Половина лікарів-респондентів розповіли, що вони приймають усіх пацієнтів, які приходять безпосередньо до них, оскільки "а що буде, якщо ми відправимо таку людину додому, і він/вона там помре? Ми повинні хоча би оглянути такого пацієнта".

Сім інших лікарів лікарень (25%) повідомили, що поліклініки або ЦПМСД направляють до них пацієнтів, яких можна лікувати на первинному рівні. Респонденти пояснюють таку поведінку або відсутністю достатньої кваліфікації у лікарів поліклінік або ЦПМСД, або їхнім небажанням брати на себе відповідальність. Дев'ять лікарів сказали, що вони приймають пацієнтів, які раніше лікувались у їхніх відділеннях. Сім лікарів пояснили, що вони приймають людей, які приїхали з віддалених сіл або інших міст.

Найбільш поширеною причиною ненаправлення пацієнта до поліклініки є ризик того, що поліклініка буде зачинена на момент приїзду пацієнта. Декілька лікарів розповіли, що пацієнти звертаються до лікарень тому, що вони не хочуть чекати у черзі у поліклініці. Із цих відповідей можна зробити висновок, що часто пацієнти, насправді, відвідують одного й того самого лікаря, який працює одночасно і в лікарні, і в поліклініці. Тому введення електронної системи реєстрації пацієнтів значно зменшить кількість випадків, коли амбулаторних пацієнтів приймають у стаціонарних відділеннях, що збереже час як лікарів, так і пацієнтів.

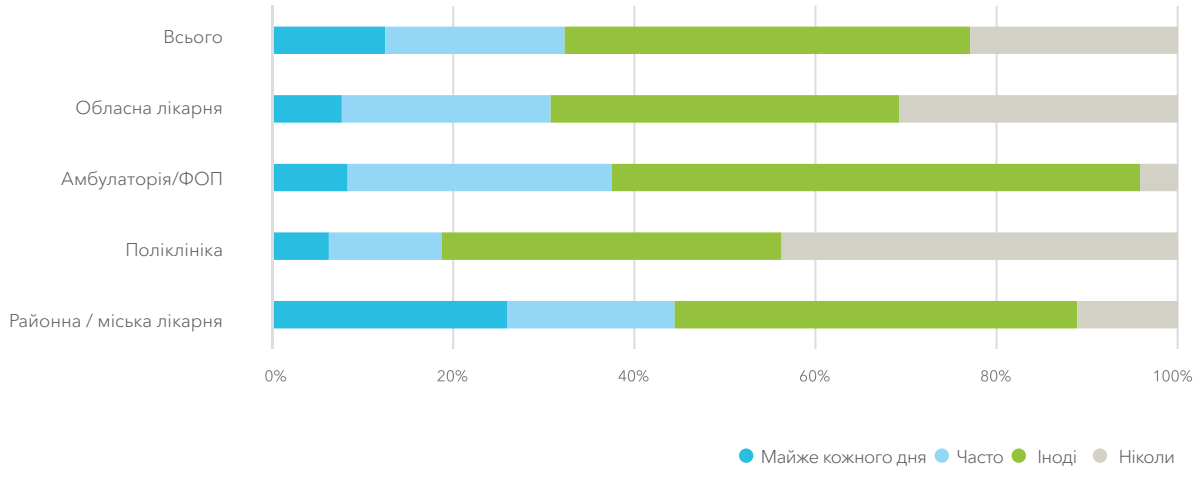
У середньому лікарі проводять третину свого робочого часу за паперовою роботою, яка безпосередньо не стосується їхніх пацієнтів. Наприклад, лікарі займаються написанням звітів (див. Графік 34). Деякі лікарі навіть витрачають свій вільний час на таку паперову роботу. Наприклад, вони беруть документи додому і працюють над ними ввечері або на вихідних. У лікарнях деякі лікарі витрачають відносно мало часу на паперову роботу, проте інші присвячують їй понад 60% свого часу. Тобто, випадків збалансованого використання часу у цьому питанні мало. На це впливає також спеціалізація лікарів: лікарі відділення інтенсивної терапії, кардіологи або хірурги зазвичай витрачають значно більше часу на паперову роботу, ніж терапевти. Лікарі ЦПМСД присвячують відносно більше свого часу паперовій роботі тому, що середня тривалість їхнього робочого часу коротша за відповідний показник лікарів у лікарнях.

ГРАФІК 32. СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ ТРИВАЛІСТЮ РОБОЧОГО ЧАСУ УПРОДОВЖ МІСЯЦЯ У МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ ЗА ОСНОВНИМ МІСЦЕМ РОБОТИ ТА ІНШИМИ МЕДИЧНИМИ УСТАНОВАМИ, ЛІКАРІ



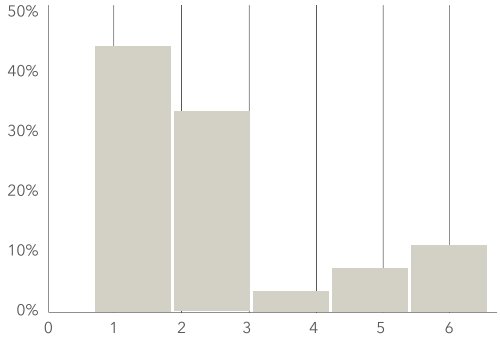
Введення електронної системи реєстрації пацієнтів значно зменшить кількість випадків, коли амбулаторних пацієнтів приймають у стаціонарних відділеннях, що збереже час як лікарів, так і пацієнтів.

ГРАФІК 33. ЧИ ЧАСТО ВИ ПРАЦЮЄТЕ ПОНАДНОРМОВО? (ЛІКАРІ)

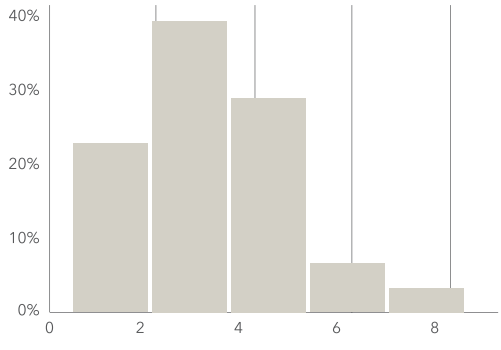


ГРАФІК 34. ЧАСТКА ЧАСУ, ВИТРАЧЕНА НА ПАПЕРОВУ РОБОТУ

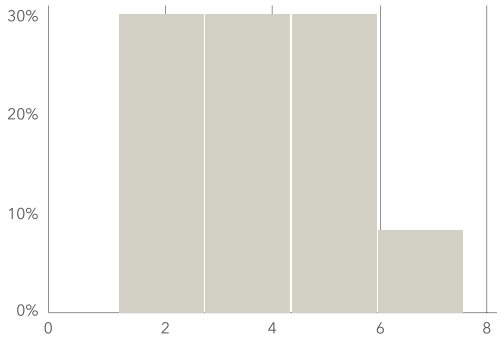
РАЙОННА / МІСЬКА ЛІКАРНЯ



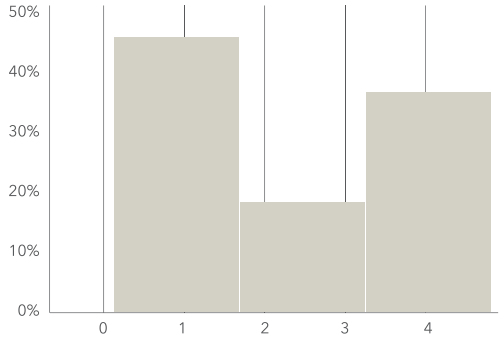
ПОЛІКЛІНІКА



ЦПМСД



ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ



Дві третини (66%) лікарів визнали, що вони приділяли би більше часу своїм пацієнтам, якби мали змогу делегувати частину паперової роботи медсестрам. Інші лікарі вважають, що саме лікарі мають продовжувати займатись паперами. Близько 62% лікарів підкреслюють, що надання їм комп'ютерів дозволило би їм заощадити час, який необхідно витрачати на паперову роботу. Проте 20% лікарів уже мають комп'ютери (хоча 30% із них використовують власні комп'ютери). Кілька лікарів зазначили, що їм допоміг би не лише комп'ютер, але й електронна система, яка містить усю інформацію про пацієнта та його/її лікування. Надання лише комп'ютера у деяких випадках створює додаткову роботу: лікарі спочатку пишуть необхідну інформацію від руки, а потім друкують ту саму інформацію на комп'ютері. Деякі лікарі скаржаться, що не вміють швидко друкувати. Тому надання їм комп'ютера лише сповільнить їхню роботу.

Робоче навантаження на лікарів доволі високе. За словами деяких із них, інколи вони приймають аж 60-80 пацієнтів на день (проте це пацієнти, які приходять просто на загальний огляд). У середньому лікарі приймають 24-28 пацієнтів за день (Графік 35).

У середньому лікарі витрачають 15-20 хвилин на прийом одного пацієнта (Графік 36). Близько половини (48%) лікарів ЦПМСД і 42% лікарів поліклінік визнали, що це замало для надання якісної послуги. Частка лікарів лікарень, які підтримають таку позицію, є меншою: 29% у районних/міських лікарнях і 25% в обласних лікарнях. Така відмінність у відповідях, певно, обумовлена тим фактом, що лікарі, які працюють у лікарнях, більш вільні у розподілі свого часу між пацієнтами, оскільки всі пацієнти знаходяться стаціонарно у лікарні, там немає черг.

Щоб з'ясувати, чи лікарі перепрацьовують, їм поставили запитання "Чи погодились би Ви приймати вдвічі більше пацієнтів, якби Ваша зарплатня була у п'ять разів вища?". Лише трохи більше половини лікарів (53%), які дали обґрунтовану відповідь на це запитання, погодилися би приймати більше пацієнтів у випадку підвищення зарплатні (Графік 37). Серед них переважають лікарі ЦПМСД і поліклінік, які, теоретично, можуть зменшити кількість часу, яку вони проводять із кожним пацієнтом (наразі середня тривалість прийому становить 15 хвилин), особливо якщо медсестра виконує за них паперову роботу.

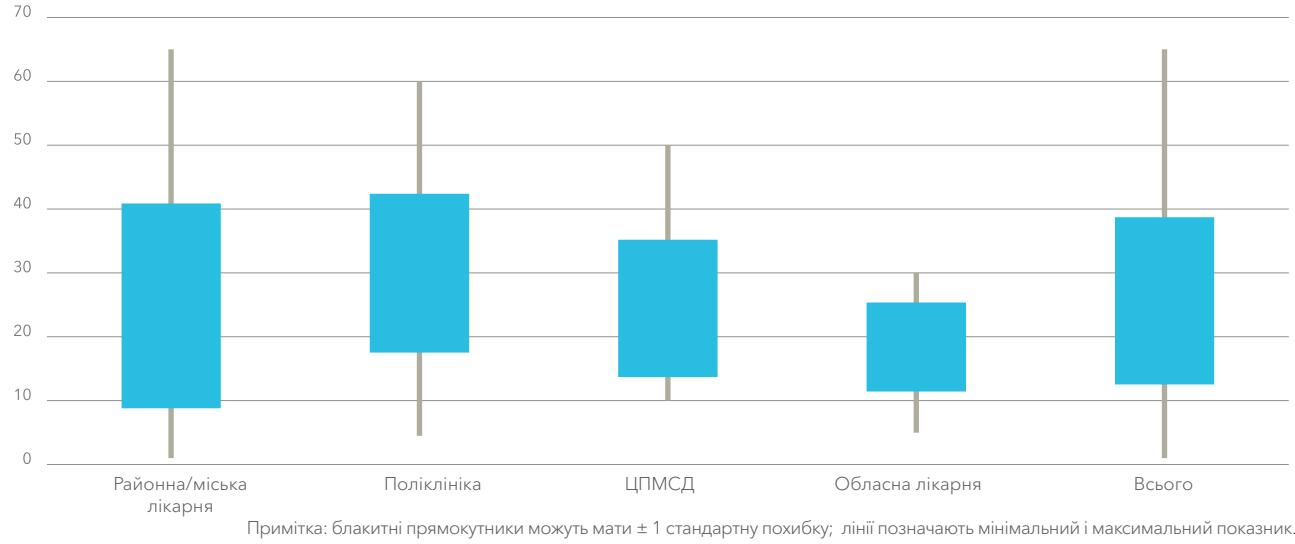
Лікарів ЦПМСД запитали, чи вони готові продовжувати надавати медичні послуги у статусі приватних підприємців, якщо така зміна статусу подвоїть їхній місячний прибуток.[39] Третина з них надала ствердну відповідь, половина відреагувала негативно, решта не визначились із відповіддю. Враховуючи їхній доволі обмежений досвід планування та бюджетної роботи, таке співвідношення відповідей не є неочікуваним.

Усі керівники медичних установ вказали, що випадки спізнення або відсутність на робочому місці або взагалі не трапяються в їхній установі, або є поодинокими. 90% (29 із 32) зазначили, що їхня медустанова має механізми моніторингу за присутністю персоналу на робочому місці. Вісім медустанов мали журнали відвідувань або табелі використання робочого часу. В інших установах застосовується "візуальний контроль" – тобто, голови відділень перевіряли присутність підпорядкованих їм лікарів на робочому місці.

[39] Це запитання було поставлене, оскільки реформа охорони здоров'я надає можливість сімейним лікарям працювати як приватним підприємцям (тобто, вони підписують договори зі своїми пацієнтами, отримують платню за цих пацієнтів від держави, є незалежними від поліклініки, орендують приміщення для свого кабінету, самі наймають на роботу медсестру тощо).

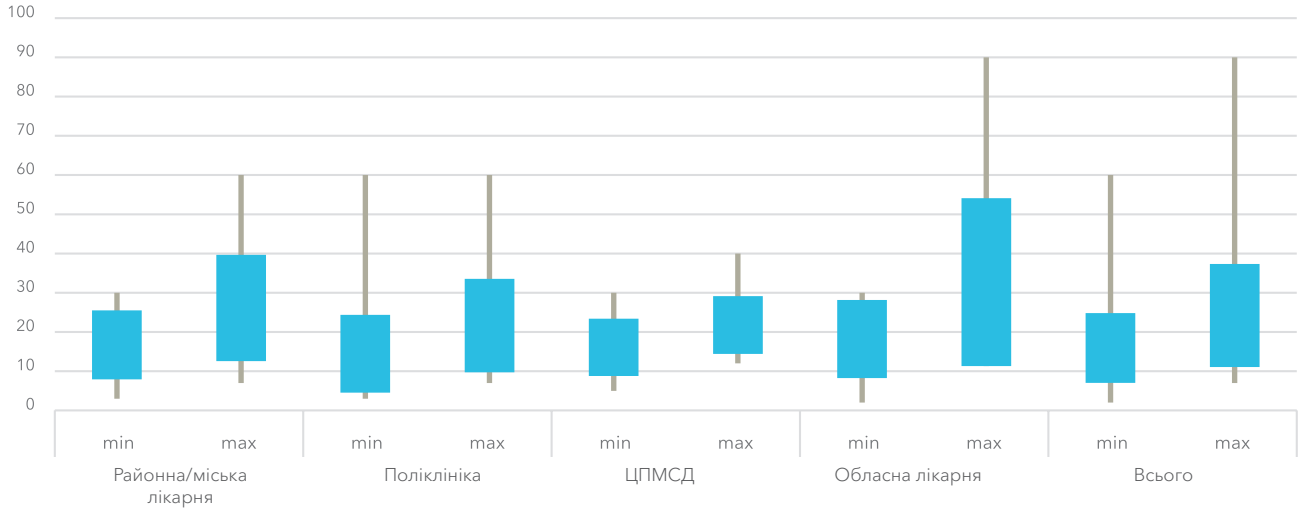
Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 35. КІЛЬКІСТЬ ПАЦІЄНТІВ, ПРИЙНЯТИХ УПРОДОВЖ ДНЯ (ЛІКАРІ)



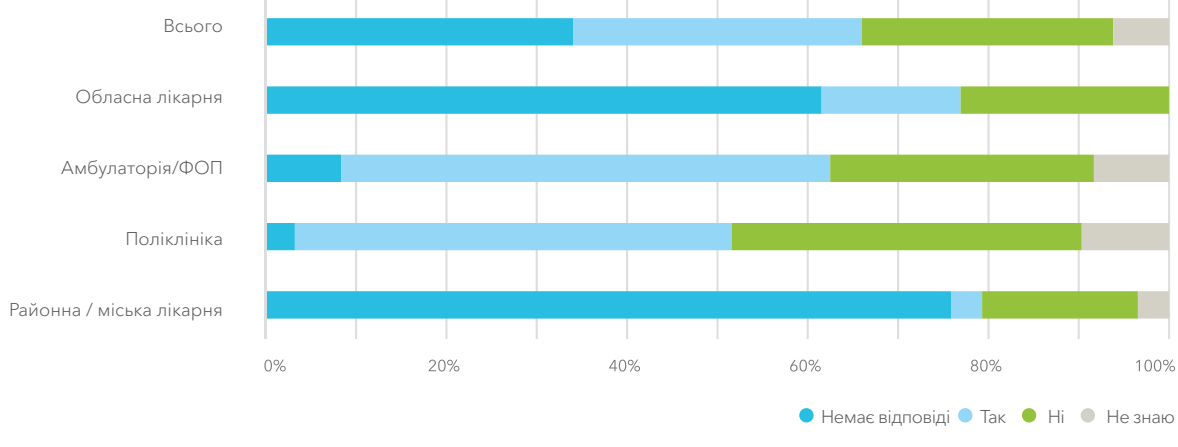
Примітка: блакитні прямокутники можуть мати ± 1 стандартну похибку; лінії позначають мінімальний і максимальний показник.

ГРАФІК 36. СЕРЕДНЯ ТРИВАЛІСТЬ ЧАСУ, ВИТРАЧЕНОГО НА ОДНОГО ПАЦІЄНТА, У ХВИЛИНАХ, МІНІМУМ І МАКСИМУМ (ЛІКАРІ)



Примітка: блакитні прямокутники можуть мати ± 1 стандартну похибку; лінії позначають мінімальний і максимальний показник. Різниця показників у мінімальному та максимальному прояві є статистично значущою. У графіку відсутній один блок, який позначав чотири години на пацієнта (в обласній лікарні).

ГРАФІК 37. ЯКЩО ЗАВТРА ВАША ЗАРПЛАТНЯ ЗРОСЛА Б У П'ЯТЬ РАЗІВ, ЧИ ПОГОДИЛИСЯ БИ ВИ ПРИЙМАТИ ВДВІЧІ БІЛЬШЕ ПАЦІЄНТІВ? (ЛІКАРІ)



Усі лікарі зазначили, що їхні медичні установи мають дуже сувору систему контролю за використанням ліків та інших медичних засобів. Зокрема, є численні журнали, до яких вони мають вносити інформацію про використання ліків чи інших медичних засобів (деякі респонденти говорили навіть про наявність 10 чи 20 таких журналів). Зазвичай за звітування з цього питання відповідають медсестри, але інколи цим займаються і лікарі. Виходячи з відповіді одного лікаря, ця звітна процедура забирає чимало часу.[40]

Робота за сумісництвом

Практика роботи за сумісництвом не дуже поширена у Донецькій і Луганській областях (на відміну від Львівської та Полтавської областей, які досліджувались раніше). Більшість керівників медичних установ зазначили, що лише поодинокі співробітники додатково працюють в іншій медичній установі. Лише у двох випадках була надана інформація про значну частку (понад 50%) лікарів, які також працюють в іншій установі. У таких випадках додатковим місцем роботи була міська лікарня або поліклініка при ній. Таким чином, лікарі працюють і в лікарнях, і в поліклініках. У більшості випадків лікарі поєднують роботу у лікарні та поліклініці, проте декілька лікарів також є сумісниками у приватних клініках. Порівняно з лікарями, медсестри менше працюють за сумісництвом (або, можливо, просто не зізнаються у цьому). Таким чином, у середньому 18% лікарів і 9% медсестер лікарень мають додаткову роботу. Відповідний показник є найвищим у поліклініках: 25% і 14% відповідно. Найнижчим цей показник є у ЦПМСД: 11% і 4% відповідно.

Що стосується роботи за сумісництвом адміністративного та допоміжного персоналу, близько половини керівників медичних установ змогли дати відповідь на це запитання, і в більшості випадків відповідь була негативною. Лише декілька керівників повідомили, що деякі члени адміністративного або допоміжного персоналу їхньої медичної установи додатково працювали в інших місцях. Лише чотири керівники сказали, що їхній персонал (до 10%) має додаткову роботу не у медичній сфері.[41] Вірогідно, що оскільки економічна ситуація в областях, які досліджувались, є доволі складною, додаткову роботу знайти складно. У сільській місцевості медпрацівники також займаються сільським господарством.[42]

[40] Один лікар (офтальмолог) чітко пояснила, що вони записують інформацію фактично про кожну краплю ліків, яку надають пацієнтові: "Ми використовуємо 4 краплі цього медичного засобу на одного пацієнта. В 1 мл цього засобу 10 крапель."

[41] Також можливо, що керівники медичних установ або не знають про додаткову роботу свого персоналу, або з певних причин не хочуть надавати інформацію про неї.

[42] Сільськогосподарські роботи можуть забирати доволі багато часу. Один із інтерв'юерів поставив лікарю абмулаторного центру дуже детальні запитання про сільськогосподарську діяльність. Виявилось, що вона забирає близько восьми годин на день (чотири години до робочої зміни та стільки ж після). Можна зробити висновок, що такий графік мають багато лікарів, які живуть у селах (хоча вони можуть витрачати менше часу на свої сільськогосподарські роботи). Про таку діяльність не повідомляють, оскільки вона є неоплачуваною.

ТАБЛИЦЯ 13. ЯКА ЧАСТКА ПЕРСОНАЛУ ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ ДОДАТКОВО ПРАЦЮЄ В ІНШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ? (УЗАГАЛЬНЕНІ ВІДПОВІДІ КЕРІВНИКІВ МЕДУСТАНОВ І ЛІКАРІВ)

	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум	N респ-ів
Лікарі					
Районні/міські лікарні	18	25	0	80	11
Поліклініки	24	18	0	63	10
ЦПМСД	11	10	0	28	8
Обласні лікарні	26	12	13	40	4
Усього	19	19	0	80	33
Медсестри					
Районні/міські лікарні	10	20	0	60	11
Поліклініки	17	18	0	40	8
ЦПМСД	4	9	0	25	7
Обласні лікарні	3	5	0	10	4
Усього	**9**	**16**	**0**	**60**	**30**

ТАБЛИЦЯ 14. ЧИ ВИ МАЄТЕ ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА ПРИБУТКУ ПОЗА МЕЖАМИ ЦІЄЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ? (% СТВЕРДНИХ ВІДПОВІДЕЙ, РЕСПОНДЕНТИ – ЛІКАРІ)

	Голова відділення	Лікар	Медсестра	Фельдшер	Усього на медичну установу
Обласні лікарні	0,0	20,0	0,0	0,0	15,4
Районні/міські лікарні	14,3	26,7	0,0	0,0	20,7
Поліклініки	28,6	40,0	0,0	0,0	37,5
Абмулаторні центри/ФАПи	16,7	0,0	0,0	20,0	8,3
Усього на посаду	**16,7**	**30,2**	**0,0**	**20,0**	**22,4**

Заробітна плата та премії

Лікарів попросили зазначити приблизний об'єм премій, які вони отримують у медичній установі, де наразі працюють. Варіант відповіді "у нас немає премій" був найпоширенішим, його надали 42% лікарів. Чверть (26,5%) лікарів отримують "тринадцяту зарплату". Її надання передбачене законом. Лише троє з 83 лікарів, які відповідали на це запитання, сказали, що розмір їхньої премії складає 50% від їхньої річної зарплати (Таблиця 15).

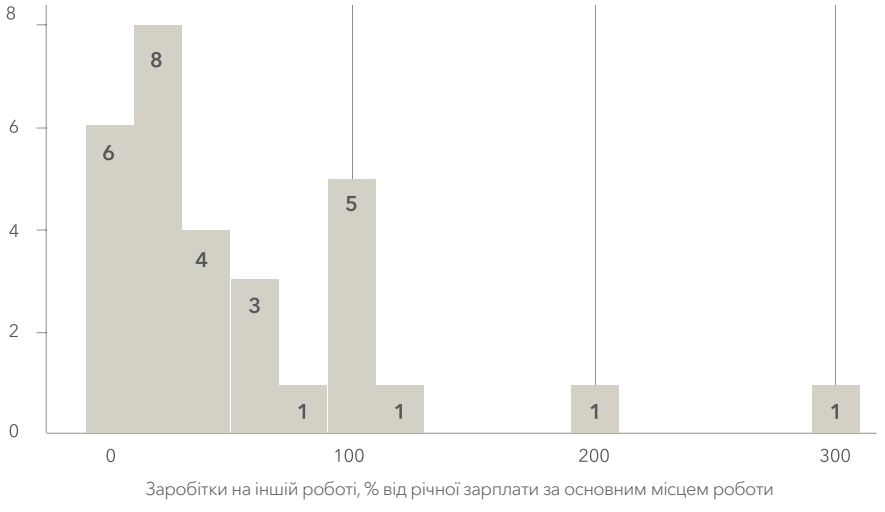
Лише 24 лікаря сказали, що вони мають додатковий дохід за межами медичної установи, де у них брали інтерв'ю.[43] Понад половина таких респондентів на іншій роботі отримувала менш як 30% від своєї річної зарплати.

На запитання про бажану місячну зарплату 35% лікарів відповіли "10 000 гривень", 30% обрали меншу суму і лише чотири лікарі назвали суму понад 30 000 гривень (1 000 євро). Один із них сказав, що зарплатня лікарів має бути 6 000 євро, як у Польщі (Графік 39). Для близько 17% лікарів бажана місячна зарплата становила 1 000 доларів США або 1 000 євро. У випадку останніх респондентів, інтерв'юери вважають, що ці лікарі і так заробляють названі суми за рахунок неофіційних платежів.[44] Різниця між зарплатними очікуваннями лікарів медичних установ різного рівня не була статистично значущою.

ТАБЛИЦЯ 15. ПРЕМІЇ У МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ, % ВІД РІЧНОЇ ЗАРПЛАТИ

Тип медичної установи	N респ-ів	Середнє	СКВ	Мінімум	Максимум
Районні/міські лікарні	23	3,1	4,0	0	10
Поліклініки	30	8,7	10,8	0	50
ЦПМСД	20	6,4	7,4	0	25
Обласні лікарні	10	14,6	16,6	0	50
Усього	**83**	**7,3**	**10,1**	**0**	**50**

ГРАФІК 38. ПРИБУТКИ НА ІНШОМУ МІСЦІ РОБОТИ, % ВІД РІЧНОЇ ЗАРПЛАТИ (ЛІКАРІ)

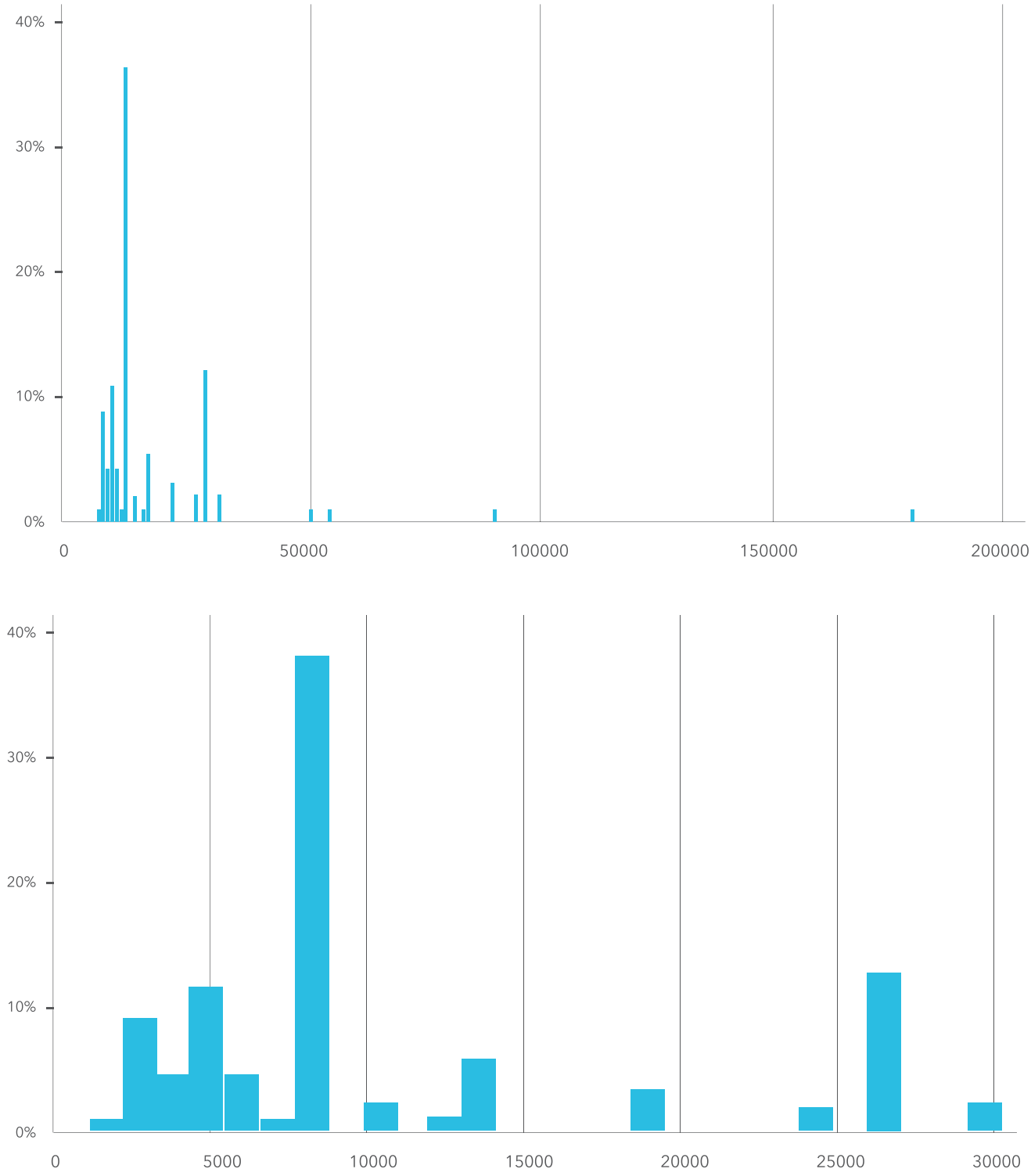


[43] Одна з лікарів медичної установи, де проходило інтерв'ю, мала додаткову роботу. Її основною роботою було викладання у медичному коледжі (це випадок із 300%, відображений у Графіку 38, його не потрібно враховувати, оскільки він не є статистично значущим).

[44] Інтерв'юери відзначили, що деякі лікарі мали коштовні телефони та годинники.

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 39. ЯКА ВАША БАЖАНА ЗАРПЛАТА У ГРИВНЯХ НА МІСЯЦЬ? (ЛІКАРІ)



Примітка: верхня панель: усі відповіді; нижня панель: усі відповіді – не більше 3 000 гривень; горизонтальна вісь: місячна зарплата; вертикальна вісь: частка лікарів (%), які назвали такий рівень зарплати.

Надлишкова потужність

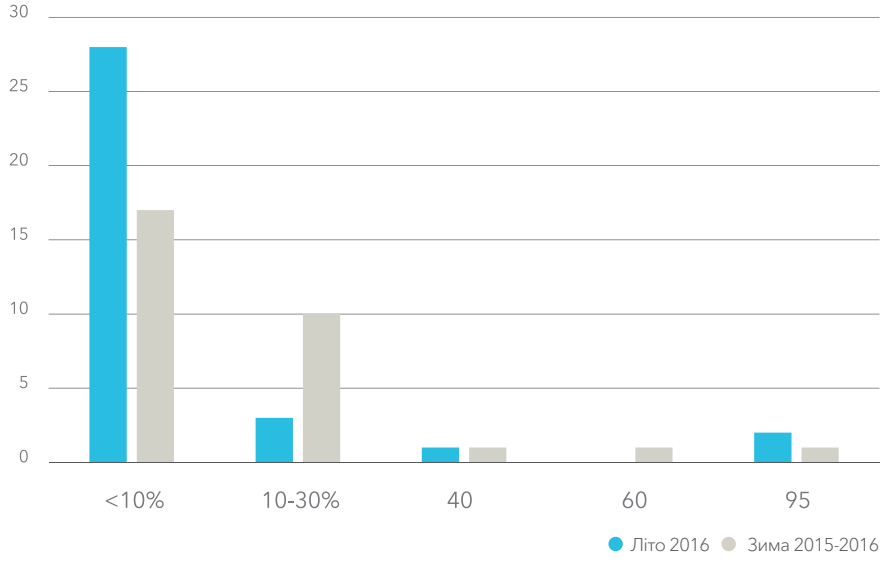
Поширеним є уявлення про те, що в Україні надто багато лікарняних ліжко-місць. На початку 2016 року відповідна норма була знижена з 80 до 60 ліжок на 10 тис. населення.[45] Для порівняння, середній норматив у країнах Європейського Союзу – 53 ліжка на 10 тис. населення. Проте, відповідаючи на відповідне пряме запитання, представники медичних установ, які брали участь у дослідженні, сказали, що не вважають кількість ліжок у своїх установах невиправдано великою. Навпаки, лікарні стверджують, що їм потрібні додаткові ліжко-місця. Ця проблема є ще гострішою у Донецькій і Луганській області.

Близько 85% лікарів медустанов із ліжко-місцями розповіли, що ці ліжка практично завжди зайняті. Решта сказали, що всі ліжко-місця зайняті більш ніж 50% часу. Один лікар навіть зазначив, що хоча відповідно до документів, його відділення має 50 ліжок, насправді їх 60. Це дозволяє лікарю за необхідності приймати на 10 пацієнтів більше.

За словами більшості лікарів, дуже мало вразливих пацієнтів, наприклад, безпритульних, приймаються у їхніх медичних установах[46] (хоча деякі лікарі зауважили, що через загальне сильне зубожіння населення їхньої території зараз усі пацієнти є вразливими).

Майже 50% лікарів сказали, що жодні пацієнти їхніх стаціонарних медичних установ не можуть лікуватись як амбулаторні хворі. І лише п'ять респондентів повідомили, що таких пацієнтів понад 30% (Графік 41). Майже 30% зазначили, що їхні пацієнти повинні будуть звертатися до інших лікарень (Графік 42). Тому можна зробити висновок, що більшість пацієнтів лікарень таки дійсно потребує стаціонарного лікування.

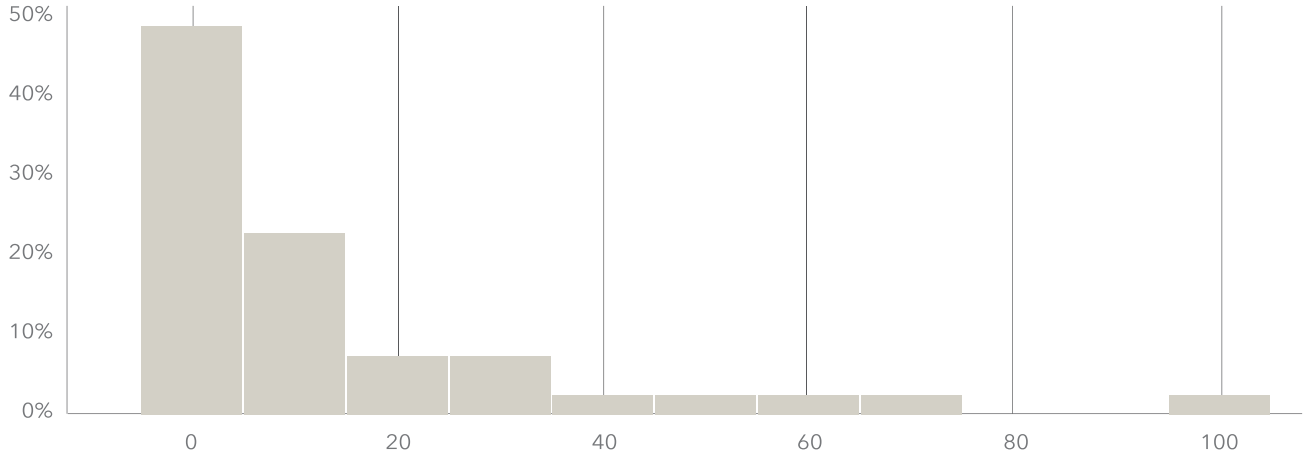
ГРАФІК 40. ЯКУ ЧАСТКУ ЛІЖКО-МІСЦЬ У ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ ЗАЙМАЮТЬ ВРАЗЛИВІ ПАЦІЄНТИ? (ЛІКАРІ)



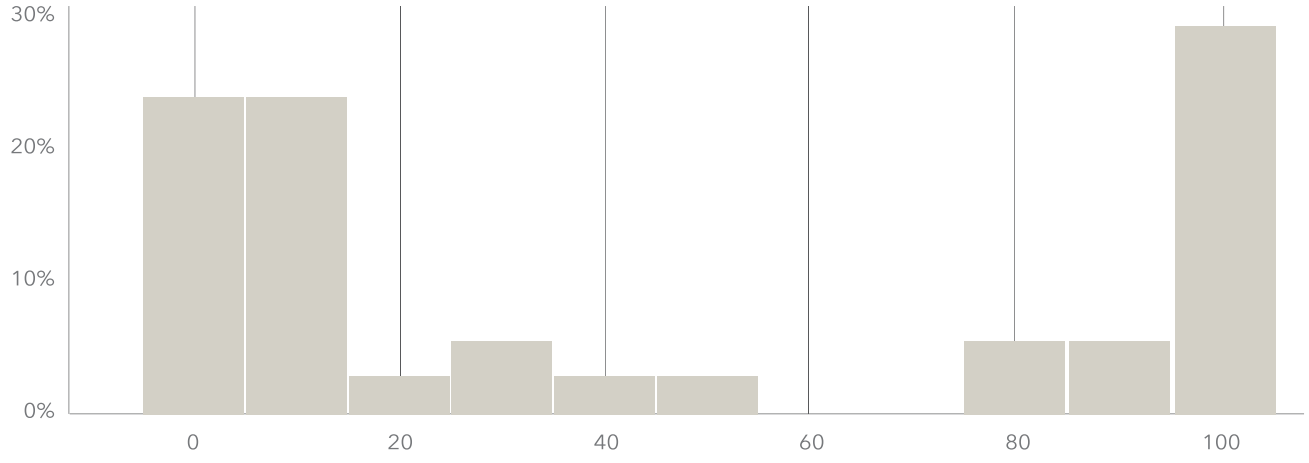
[46] Один лікар вказав, що декілька років тому під час спалаху холери у місті мер міста наказав у якості превентивного заходу доставити місцевих безпритульних до відділення лікарні. Видається, що це був єдиний прецедент, який не відповідав усталеній практиці.

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 41. УЯВІТЬ, ЩО ЗАВТРА КІЛЬКІСТЬ ЛІЖКО-МІСЦЬ У ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ СУТТЄВО ЗМЕНШИТЬСЯ. ЯКУ ЧАСТИНУ СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ МОЖНА БУДЕ ЛІКУВАТИ В АМБУЛАТОРНОМУ РЕЖИМІ? (ЛІКАРІ)



ГРАФІК 42. А ЯКА ЧАСТИНА ПАЦІЄНТІВ ПОВИННА БУДЕ ЗВЕРНУТИСЯ ДО ІНШОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ?



Фінансування сфери охорони здоров'я

Більшість керівників медичних установ вважає, що держава повинна фінансувати сектор охорони здоров'я. Оскільки переважна частка населення їхнього регіону бідна, вони переконані, що люди не готові платити за додаткові послуги (чи дуже мала кількість осіб готова на це). Хоча більшість медичних установ, які брали участь у дослідженні, мають благодійні рахунки, дуже мало пацієнтів перераховують на них кошти. Тому частка благодійних внесків до бюджетів медичних установ дуже незначна.

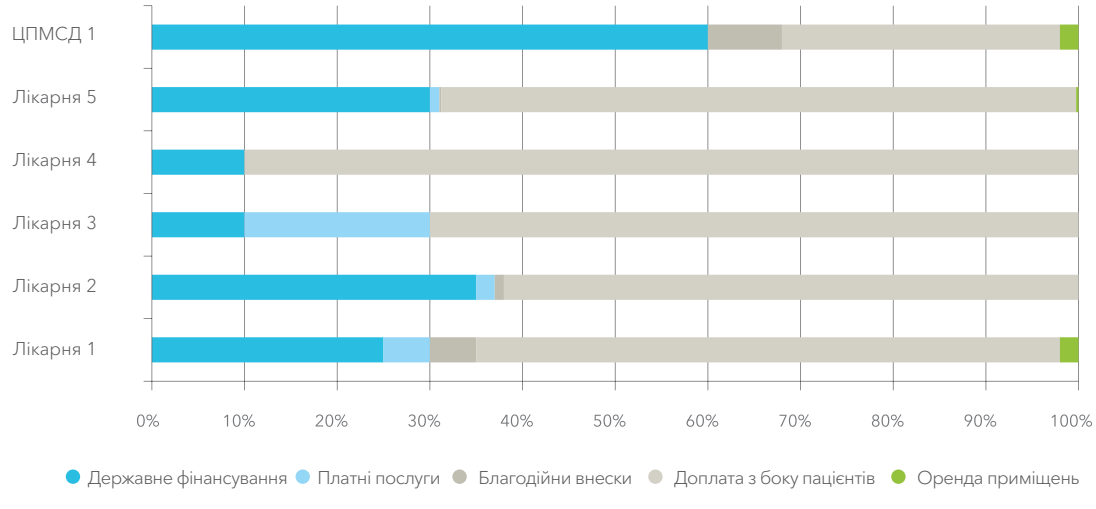
Декількох керівників медичних установ попросили оцінити фінансування вартості лікування з різних джерел. За їхніми підрахунками, близько 70% вартості лікування сплачують безпосередньо пацієнти (Графік 43).

Інші лікарі-керівники медустанов (або бухгалтерії лікарень) надали дані щодо реального складу бюджету їхньої установи з урахуванням усіх джерел фінансування. За їхніми показниками, понад 90% фінансування лікарень і ЦПМСД забезпечуються з державного та місцевого бюджетів (Графік 44).

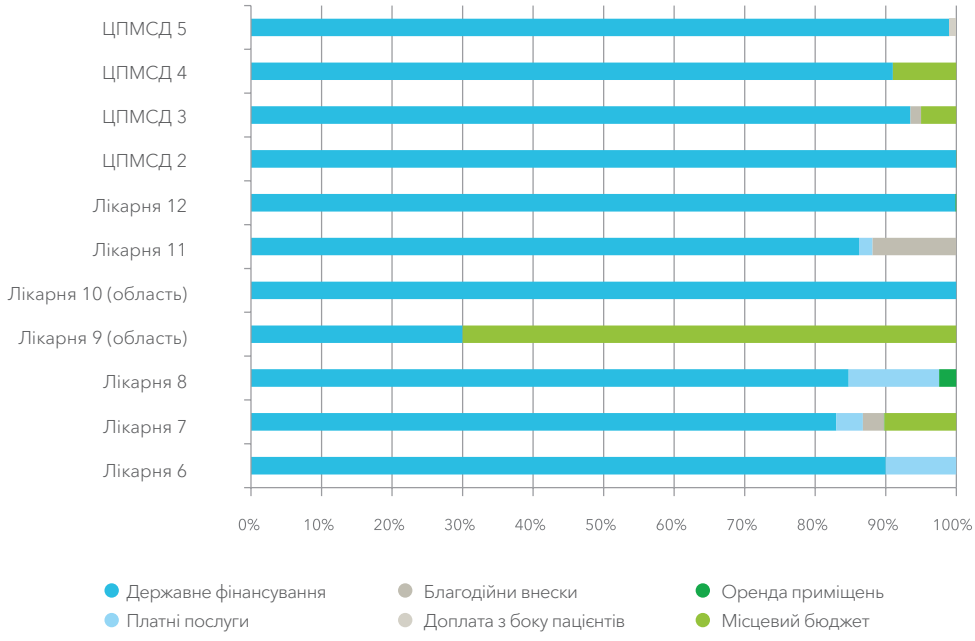
Коментуючи реальну вартість лікування, керівники медичних установ визнали, що переважну її частину оплачують пацієнти. Що стосується реального бюджету їхньої медустанови, більшість із керівників повідомили, що основним джерелом фінансування є державне фінансування (медичні субвенції).

Реальне співвідношення джерел фінансування несуттєво відрізняється від бажаного (або "ідеального"). Більшість керівників медичних установ, які відповідали на це запитання, вважають, що сфера охорони здоров'я повинна повністю або переважно фінансуватись державою (Графік 45).

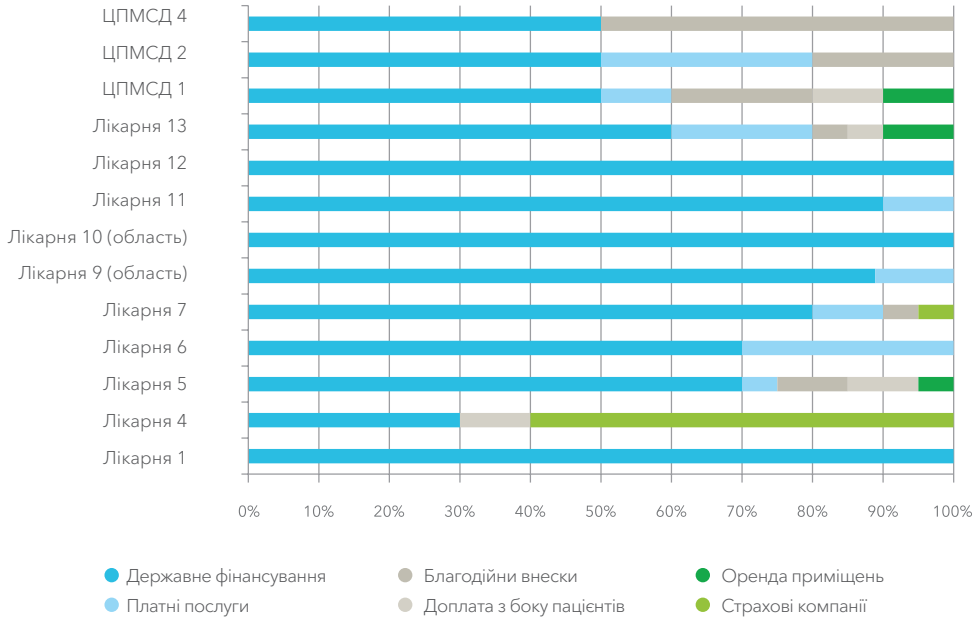
ГРАФІК 43. БУДЬ ЛАСКА, ПРОАНАЛІЗУЙТЕ ЗАГАЛЬНУ ВАРТІСТЬ ЛІКУВАННЯ. З ЯКИХ ДЖЕРЕЛ ВОНО ФІНАНСУЄТЬСЯ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 44. РЕАЛЬНІ ДЖЕРЕЛА НАДХОДЖЕНЬ ДО БЮДЖЕТУ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 45. ЯКОЮ ВИ ВБАЧАЄТЕ "ІДЕАЛЬНУ" МОДЕЛЬ ФІНАНСУВАННЯ ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



Паралельне фінансування у системі охорони здоров'я

У цій частині аналізуться паралельні системи фінансування, які були створені на противагу забюрократизованій процедурі звітування та скороченням бюджету.

Дві третини (14 із 21) медичних установ, які брали участь у дослідженні, мають благодійні рахунки. Це переважно районні/міські лікарні. Лише три з восьми ЦПМСД мають благодійний рахунок. В обласних лікарень таких рахунків немає (або ж вони не розповідають про їх наявність). П'ять медустанов відкрили благодійні рахунки доволі нещодавно – у період між 2013 та 2015 роками. Три медичні установи відкрили такі рахунки на початку 2000-них рр., одна – у 1992 році. Керівники медичних установ повідомляють, що дуже мало пацієнтів перераховують кошти на такі рахунки. Дев'ять керівників медустанов сказали, що менш як 5% пацієнтів роблять внески на добровільні рахунки. Два керівники розповіли, що частка таких пацієнтів у їхніх установах складає 10-15%, а решта керівників обрали варіант відповіді "менше 50%", не надаючи подальших роз'яснень. Відповіді лікарів були подібними – за винятком лише одного лікаря: за його словами, понад 50% пацієнтів їхньої лікарні роблять благодійні внески.

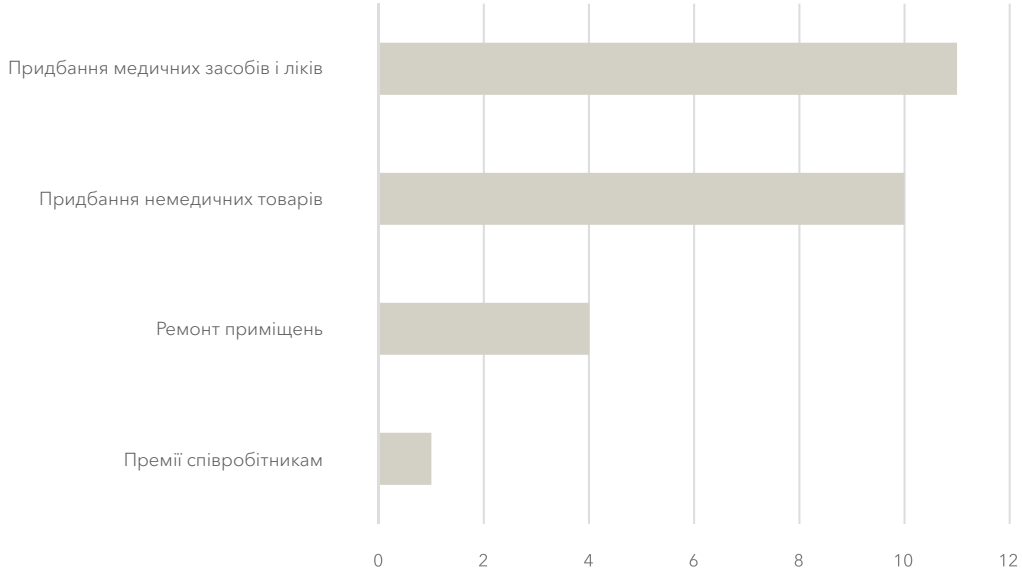
Щодо розміру внесків, їхню середню величину визначити складно через брак точних відповідей. Найпоширеніша верхня межа внеску становить 300 гривень. У п'яти медичних установах, дві з яких – ЦПМСД, розмір добровільних внесків не перевищує 40-50 гривень. На думку двох лікарів, максимальний розмір внесків повинен становити 5 000 грн., або ж він взагалі не повинен мати верхньої межі. Найменші внески становили 10-20 гривень. Більшість лікарів стверджують, що пацієнти дуже бідні, а тому не можуть робити благодійні внески. Також декілька лікарів (зокрема, ті, що працюють у закладах первинної медико-санітарної допомоги) повідомили, що деякі пацієнти вимагають безоплатного надання медичних послуг, як це передбачено Конституцією, і навіть сваряться, якщо не отримують бажане.

Чверть (25%) лікарів лікарень і 45% лікарів поліклінік пояснили, що розмір благодійних внесків залежить від об'єму послуг, які надаються пацієнту. Тому у Донецькій і Луганській областях, на відміну від Полтавської та Львівської областей, які досліджувались раніше, благодійні внески навряд чи замінять платню за обслуговування, навіть у поліклініках.

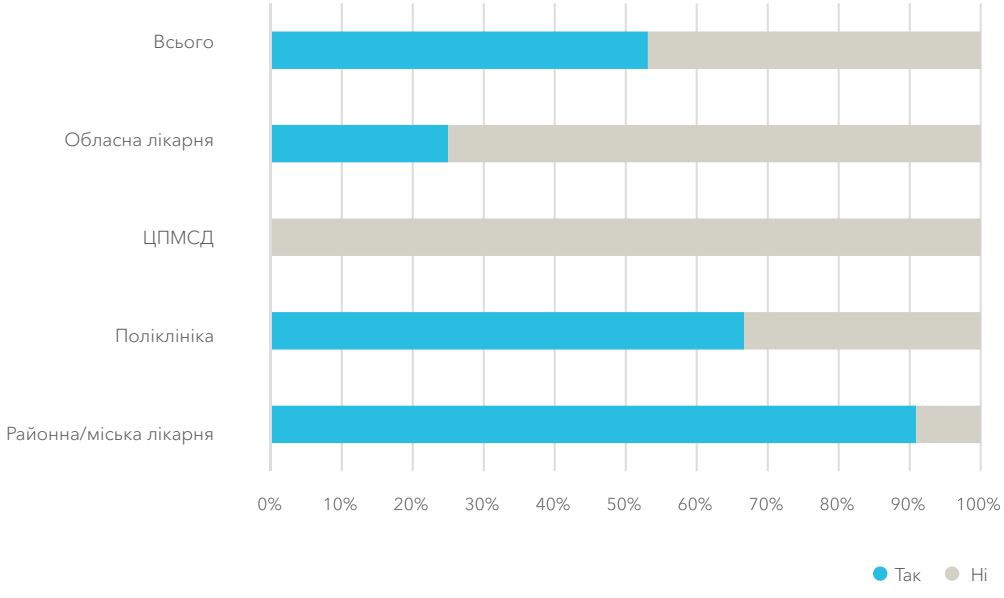
Більшість керівників медичних установ зазначили, що використовують благодійні внески на купівлю медичних засобів і товарів немедичного призначення. Лише один керівник використовує такі внески для виплати премій персоналу своєї медустанови (Графік 46). Відповіді лікарів дуже подібні.

Трохи більше половини медичних установ надають платні послуги (Графік

ГРАФІК 46. ВИКОРИСТАННЯ БЛАГОДІЙНИХ ВНЕСКІВ (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 47. ЧИ НАДАЄ ВАША МЕДИЧНА УСТАНОВА ПЛАТНІ ПОСЛУГИ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



47). Практично завжди перелік таких послуг включає планові медичні огляди – за них зазвичай платять відповідні підприємства. В одній медустанові також надають платні стоматологічні послуги. Ще в одній проводяться платні огляди, необхідні для отримання водійських прав або дозволу на володіння вогнепальною зброєю. П'ять керівників медичних установ визнали, що пацієнти з інших регіонів платять за послуги в їхніх установах. Виняток передбачений для малозабезпечених і ветеранів війни.[47]

[47] Лише чотири керівника медичних установ правильно назвали категорії населення, які не повинні платити за медичні послуги. Двоє з них назвали всі запропоновані категорії.

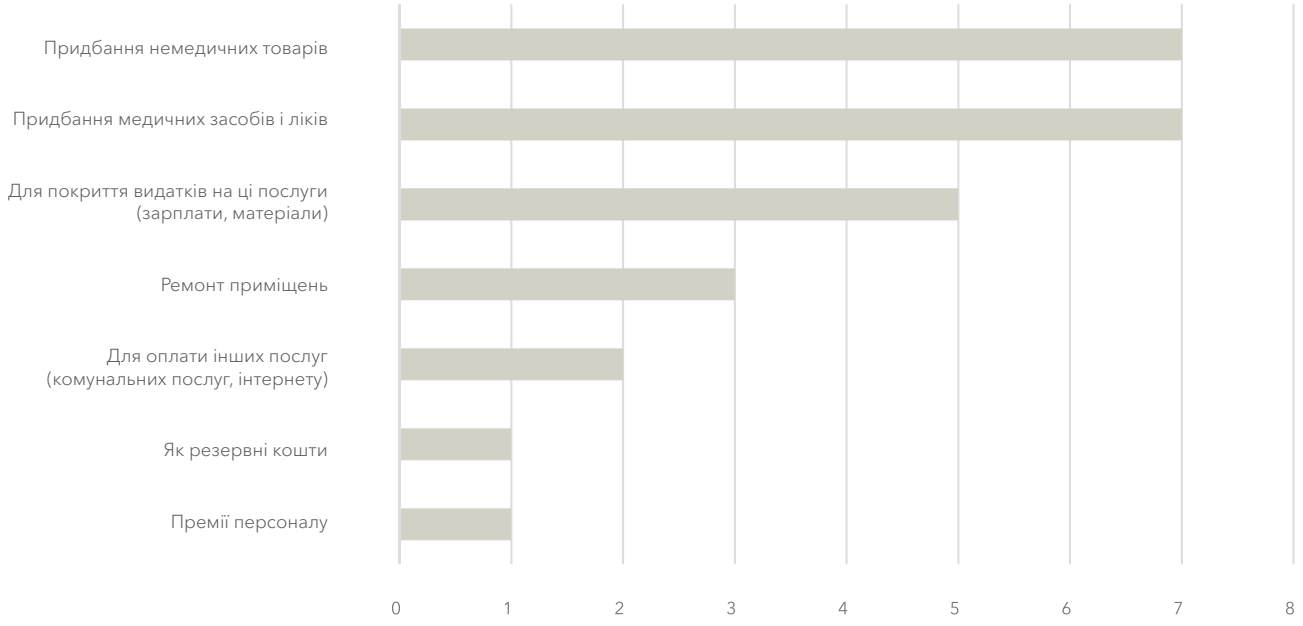
Вартість оплачуваних послуг обраховується відповідно до методичних рекомендацій МОЗ, а після цього затверджується місцевою державною адміністрацією або місцевою радою. Два керівники медичних установ вказали, що для розрахунку вартості послуг вони зверталися по допомогу до бухгалтерської компанії. Один керівник медустанови поскаржився, що вартість послуг залишається незмінною з 2012 року, незважаючи на те, що витрати на на їх надання зросли.

Кошти, отримані за надання платних послуг, використовуються для придбання товарів або покриття вартості наданих послуг (зокрема, на товари одноразового використання для проведення лабораторних аналізів, на зарплати відповідному персоналу тощо). Лише один керівник медичної установи зазначив, що його установа використовує такі кошти для виплати премій своєму персоналу (Графік 48).

Більшість керівників медичних установ вважають, що люди або не можуть платити за медичні послуги, або ж це може собі дозволити лише незначна меншість (не більше 20% пацієнтів), оскільки люди в їхньому регіоні дуже бідні.[48]

Три чверті (77%) лікарів, які відповіли, що принаймні частина пацієнтів може платити за медичні послуги, уточнили, що мають на увазі послуги з поглибленої діагностики (наприклад, УЗД). На думку інших лікарів, пацієнти готові платити за поліпшені умови перебування у лікарні або візити лікарів до пацієнтів додому. Порівнюючи Графік 49 і Графік 50, можна побачити, що відповіді керівників медустанов і лікарів районних/міських лікарень щодо платоспроможності пацієнтів дуже подібні. Більше керівників, ніж лікарів поліклінік і ЦПМД вважають, що пацієнти могли би платити за додаткові послуги. Натомість, в обласних лікарнях протилежна позиція (при цьому слід зазначити, що респондентами в цій категорії були лише три керівника).

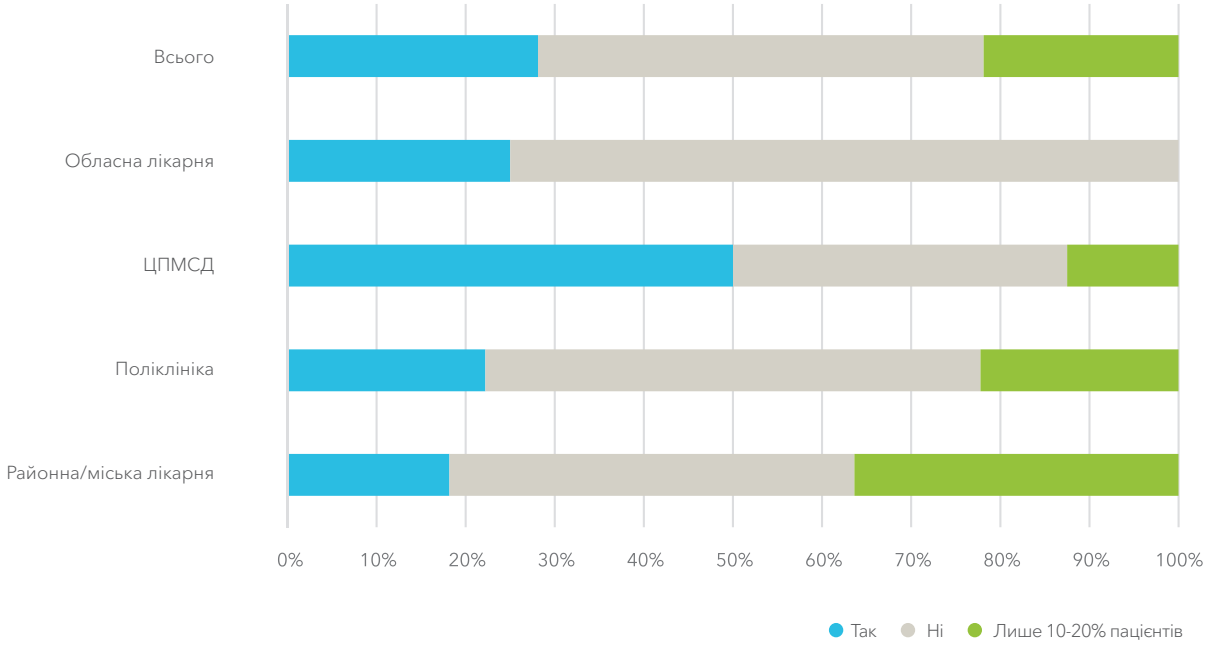
ГРАФІК 48. ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ, ОТРИМАНИХ ЗА НАДАННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



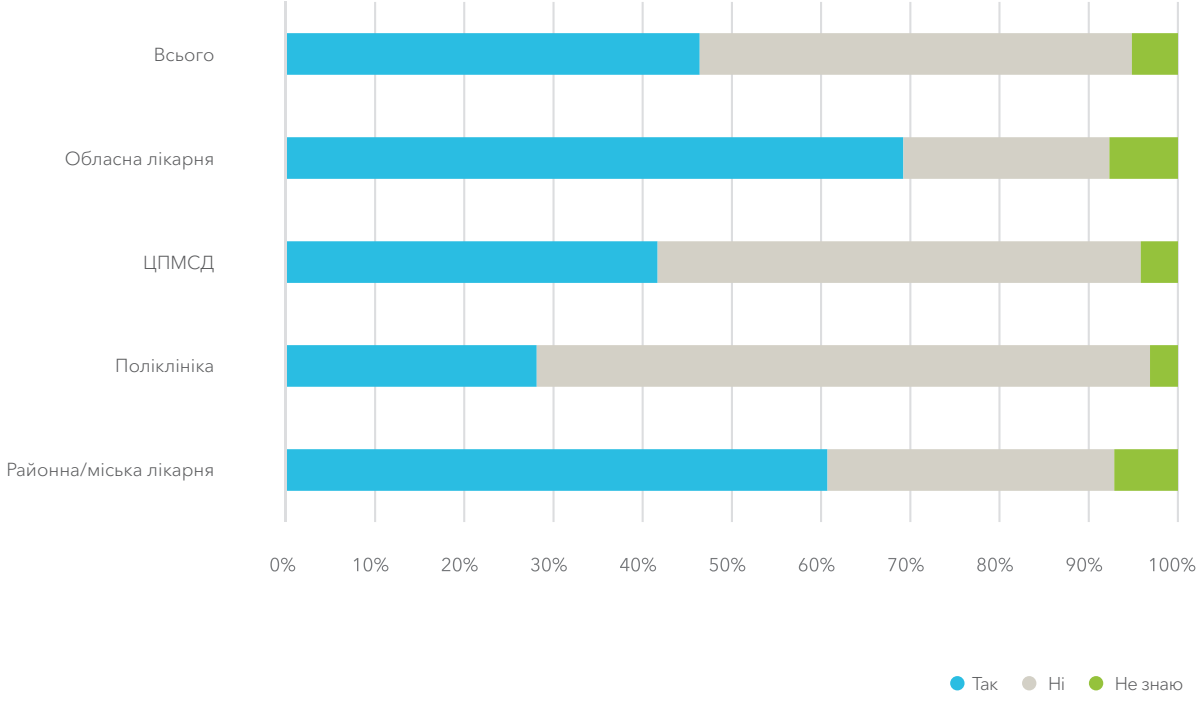
[48] Така частка виправдана з огляду на загальну ситуацію з економікою та безпекою в регіоні.

Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

ГРАФІК 49. ЧИ, НА ВАШУ ДУМКУ, ПАЦІЄНТИ ГОТОВІ ПЛАТИТИ ЗА ДОДАТКОВІ ПОСЛУГИ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 50. ЧИ, НА ВАШУ ДУМКУ, ПАЦІЄНТИ ГОТОВІ ПЛАТИТИ ЗА ДОДАТКОВІ ПОСЛУГИ? (ЛІКАРІ)



Готовність до реформ

За відповідями керівників медичних установ можна зробити висновок, що реформа децентралізації забезпечила такі позитивні зрушення, як підвищення фінансування капітальних видатків таких установ у 2015-2016 роках з місцевих бюджетів. Лише один керівник медустанови поскаржився, що фінансування його установи значно зменшилось у 2015 році (і зросло у 2016 році). 10 керівників (31%) зазначили, що фінансування капітальних видатків за рахунок місцевого бюджету зросло суттєво в обидва роки. 11 керівників (34%) відчули значне зростання фінансування лише в один рік. Дев'ять керівників сказали, що фінансування капітальних видатків їхніх установ не змінилось упродовж 2015-2016 років порівняно з попередніми роками.

І керівникам медичних установ, і лікарям необхідно надавати значно більше інформації про кінцеву мету реформи системи охорони здоров'я та роз'яснювати особливості нової системи. Дехто не зможе одразу ефективно використовувати "неочікувану свободу", коли медичні установи отримають автономію. Тому буде доцільно надати їм певні настанови та найкращі практики щодо планування, проведення закупівель і використання ресурсів.

Які елементи системи охорони здоров'я найменш ефективні?

Представники влади обох областей вважають, що найменш ефективним є МОЗ. На їхню думку, ця ланка є надто бюрократичною, а тому діє повільно. Зокрема, через це затримуються поставки ліків.

Представники районних/міських органів влади та керівники медичних установ мають подібні погляди щодо ефективності системи охорони здоров'я. Переважна більшість із них вважає, що неефективним є найвищий рівень системи.

На думку більшості посадовців районів/міст, система охорони здоров'я на їхньому рівні може бути вдосконалена. Двоє з них підтримали потребу створити департамент охорони здоров'я у місцевій адміністрації. Такий департамент приймав би на роботу лікарів (на неповну зайнятість), що дозволило би більше ефективно оцінити та задовольнити потреби у сфері охорони здоров'я певного району/міста.[49] Один посадовець наголосив на існуючих проблемах із третинною системою охорони здоров'я у Донецькій області. Оскільки всі спеціалізовані медичні установи вищого (третинного) рівня залишились в окупованій частині Донецької області, відтепер районні/міські лікарні (які мають спеціалізовані відділення або єдині спеціалізовані відділення на область) виконують деякі їхні функції. Та незважаючи на те, що вони надають медичні послуги мешканцям усієї області, вони не завжди отримують компенсацію за це з обласного бюджету або з бюджетів районів/міст.

Представники обласних органів влади вважають, що за фінансування найнижчих ланок охорони здоров'я повинні відповідати МОЗ або області. Натомість, районна/міська влада більше підтримує ідею передачі відповідальності за бюджетні питання до нижчих рівнів, найчастіше серед варіантів відповіді називали "громаду" (хоча більшість із них вважає найефективнішим районний/міський рівень). Певно, через те, що незначна кіль-

[49] Можливо, вони мали на увазі щось подібне до системи, що діє на обласному рівні (посадовець Донецької області сказав, що це найкраща система, і вона повинна бути введена по всій Україні): департамент охорони здоров'я наймає у якості тимчасового персоналу різних лікарів (кардіологів, фахівців із лікування туберкульозу, ВІЛ тощо), які відповідають за розвиток певних сфер охорони здоров'я в області. Вони слідкують за виконанням відповідних програм державного й обласного рівнів. Вони також аналізують бюджети, подані лікарнями, на предмет виправданості їхніх запитів.

ТАБЛИЦЯ 16. ЯКИЙ РІВЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЙМЕНШ ЕФЕКТИВНИЙ?

	Відповіді обласних посадовців	Відповіді районних/міських посадовців	Відповіді керівників медичних установ
МОЗ	2	8	23
Область	-	1	1
Район	-	1	1
Громада	-	1	0
Система ефективна	-	1	0
Уся система неефективна	-	1	4

кість об'єднаних громад зараз лише перебуває на стадії формування (і жодна з них досі не діє), посадовці демонструють пересторогу та стримані очікування. Одна особа пояснила, що передача відповідальності за охорону здоров'я та бюджетні питання має свої як позитивні, так і негативні сторони. З одного боку, громада краще розуміє, які послуги та які спеціалісти потрібні її населенню. З іншої сторони, їй може не вистачати ресурсів для оплати таких послуг.

ТАБЛИЦЯ 17. СТАВЛЕННЯ ДО РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

	Посадовці обласного рівня	Посадовці районного / міського рівня
Який рівень має найбільший потенціал до підвищення ефективності охорони здоров'я?		
МОЗ	-	3
Область	1	4
Район/місто	-	7
Медична установа	-	2
Уся система неефективна	1	-
Яка найнижча ланка повинна відповідати за бюджет на сферу охорони здоров'я?		
МОЗ	1	-
Область	1	2
Район/місто	0	3
Громада	0	5
На якому рівні відносини підпорядкування медичних установ є найбільш ефективними?		
Область	2	-
Район/місто	-	6
Громада	-	3
Як Ви ставитесь до передачі обов'язків і бюджетів на охорону здоров'я до громад?		
Позитивно	2	5
Негативно	-	2
Не можу сказати	-	4

Опитування щодо реформи сфери охорони здоров'я продемонструвало, що більшість представників влади та лікарів неповністю розуміють особливості реформи, яка наразі запроваджується. Наприклад, під час обговорення розділення функцій покупців і постачальників медичних послуг, представники районних/міських органів влади зазначили, що буде складно визначити кількість послуг, які покупець повинен буде оплатити (тобто, вони не знають, як саме це відбуватиметься). Інший посадовець вважає, що якщо всі медичні установи мають більшу автономію, їм потрібно буде більше персоналу й обладнання. Найбільш позитивне ставлення до реформи мають керівники ЦПМСД. 75% із них вважають, що реформа буде корисною. Натомість, лише 38% керівників поліклінік розділяють цю думку; а більшість із них узагалі не могла дати відповідь на це запитання. Таблиця 18 показує, що 64% районних/міських чиновників і 38% керівників медичних установ не змогли відповісти на запитання про заплановане розмежування функцій покупців і надавачів медичних послуг. Звідси можна зробити висновок, що їм не вистачає інформації про конкретні наслідки реформ безпосередньо для них.

Багато керівників медичних установ і представників районної/міської влади цього регіону почуваються "забутими". Вони розповіли, що навіть на конференціях або зустрічах із високопосадовцями вони не можуть отримати відповіді на свої запитання, у них складається відчуття, що їхній голос не чують.

Брак розуміння суті реформи також підтверджується незнанням більшості обласних і районних/міських посадовців суті таких понять, як "рамкові угоди", "загальні бюджети" або "діагностично-споріднені групи" (ДСГ) (Таблиця 19).

Один представник обласної влади вважає неефективною систему, за якої "кошти слідують за пацієнтом". На його думку, зараз багато пацієнтів і мало медичних установ для їх лікування.

Керівники медичних установ переважно погоджуються, що необхідно ввести плату за лікування (Графік 51), більшість лікарів також підтримують цю ідею (Графік 52). Проте вони також мають певні зауваження. Один із них зазначив, що має враховуватись якість лікування. Інший підкреслив, що оскільки результат лікування багато в чому залежить від пацієнтів – від прийняття ними призначених лікарів, від ведення здорового способу життя тощо, – то запропонована система може виявитись не дуже справедливою до лікарів.[50] Також, у випадку хронічних захворювань, не можна говорити про "вилікувану особу". Кілька лікарів вважають, що у випадку введення системи оплати за лікування ЦПМСД не направлятимуть пацієнтів для лікування на вищих рівнях. Це дозволить ЦПМСД отримати повну оплату за медичні по-

ТАБЛИЦЯ 18. ЯК ВИ СТАВИТЕСЬ ДО РОЗДІЛЕННЯ ФУНКЦІЙ ПОКУПЦІВ І ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ДО НАДАННЯ БІЛЬШОЇ АВТОНОМІЇ МЕДИЧНИМ УСТАНОВАМ?

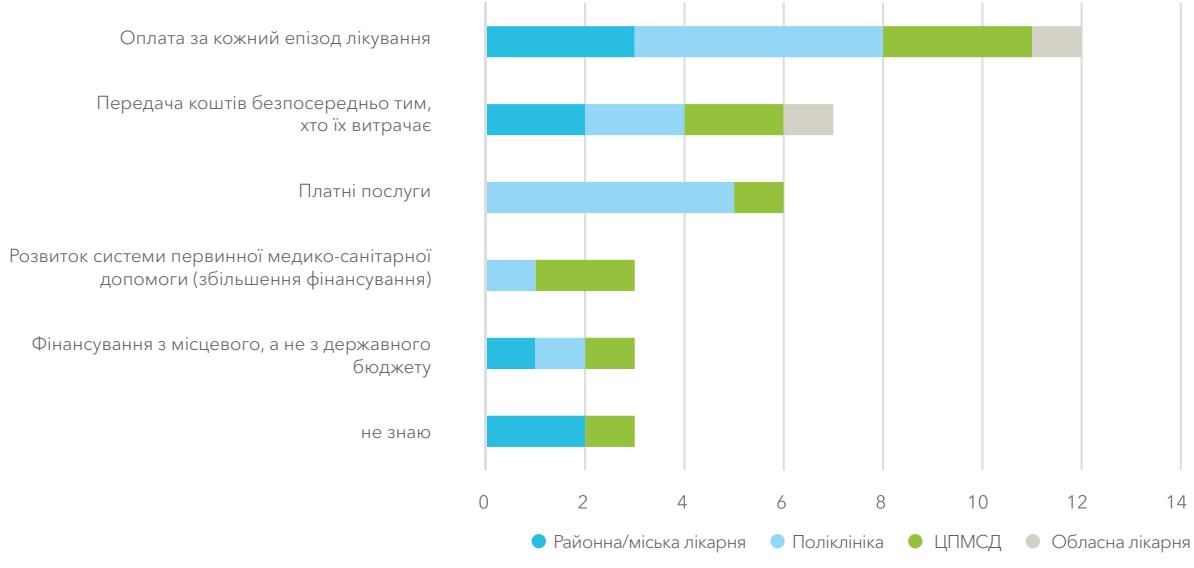
	Посадовці обласного рівня	Посадовці районного/ міського рівня	Керівники медичних установ
Позитивно	1	1	17
Негативно	1	3	3
Не можу сказати	-	7	12

[50] Натомість, один лікар зазначив, що наявність медичної страховки могла би вирішити питання такою опортуністичної поведінки.

ТАБЛИЦЯ 19. ЗНАННЯ ПЕВНИХ ЕЛЕМЕНТІВ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Чи маєте Ви досвід роботи з…	Посадовці обласного рівня	Посадовці районного/ міського рівня
…рамковими угодами?		
Так	1	3
Ні	1	4
Важко сказати	-	4
…загальними бюджетами?		
Так	-	3
Ні	2	5
Важко сказати	-	3
…ДСГ або оплати відповідного лікування?		
Так	1	2
Ні	1	6
Важко сказати	-	3

ГРАФІК 51. ЯК СЛІД ЗМІНИТИ МЕТОД ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



слуги, але такий підхід шкодитиме пацієнтам. Один лікар вважає, що первинна медицина повинна фінансуватись за іншим принципом: не відповідно до факту проведення лікування пацієнта, а за кількістю хвороб, які були вилікувані на ранніх стадіях або попереджені.

Половина (49%) лікарів вважають, що метод фінансування медичних установ необхідно змінити. 18% стверджують, що діюча система змін не потребує. Майже 32% респондентів було важко визначитись із відповіддю. Відповідаючи на це запитання, дев'ять лікарів згадали

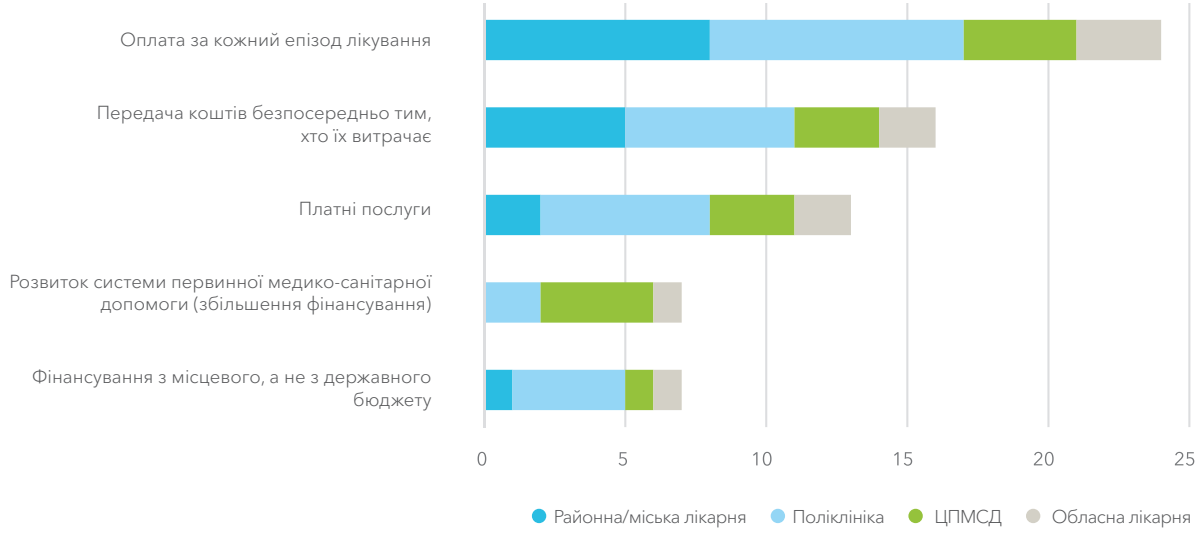
Практично 88% керівників медичних установ вважають, що наразі задовольняється менше половини фінансових потреб сфери охорони здоров'я. 53% вважають, що їхні установи отримують менше чверті того, що потребують.

про медичну страховку. П'ять лікарів вважають, що лише держава повинна фінансувати охорону здоров'я. На думку декількох лікарів, охорона здоров'я повинна забезпечуватись з різних джерел – державою, приватними фондами, страховими компаніями тощо. Усі лікарі погоджуються, що фінансування сфери охорони здоров'я необхідно значно збільшити.

Відповідаючи на запитання про ефективність та фінансування системи охорони здоров'я, лікарі часто висловлювали свої думки щодо реформи охорони здоров'я загалом. Так, деякі лікарі позитивно ставляться до введення інституту сімейних лікарів. Інші стверджують, що розділення рівнів первинної та вторинної медичної допомоги погіршило ситуацію. Наводяться різні пояснення причин такого погіршення. Деякі лікарі засвідчують, що сімейні лікарі надають перевагу направленню пацієнтів для отримання вторинної медичної допомоги – це стосується навіть тих пацієнтів, які такої допомоги не потребують. Інші респонденти скаржаться, що сімейні лікарі лікують пацієнтів самостійно. Проте оскільки вони не є "спеціалістами в усьому", їхнє лікування є неправильним і радше погіршує стан пацієнтів, аніж допомагає їм. Лікар однієї районної лікарні сказав, що розділення первинної та вторинної медичної допомоги у їхньому районі було помилкою. Оскільки їхній район (і його лікарня) дуже малі, усі лікарі лишились працювати на вторинному рівні. На первинному рівні немає лікарів – лише медсестри та фельдшери. Тому усіх пацієнтів лікують у лікарні, адже немає лікарів, які могли би відвідувати їх удома. Така ситуація може скластися і в інших маленьких районах. Проте створення лікарняних районів повинно частково вирішити цю проблему.

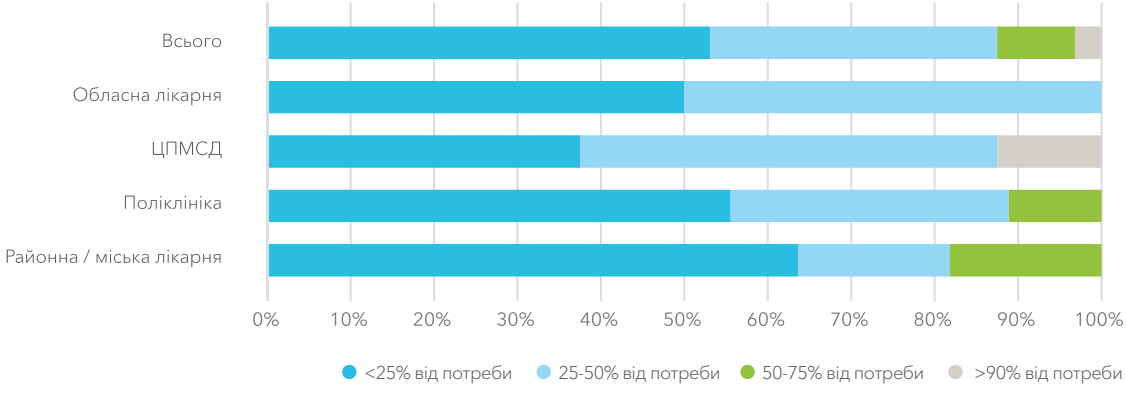
Практично 88% керівників медичних установ вважають, що наразі задовольняється менше половини фінансових потреб сфери охорони здоров'я. 53% вважають, що їхні установи отримують менше чверті того, що потребують. На думку лише однієї лікарки ЦПМСД, задовольняються понад 90% фінансових потреб її центру. Слід зазначити, що вона висловлювала своє бачення лише щодо свого району (Графік 53).

ГРАФІК 52. ЯК ВАРТО ЗМІНИТИ МЕТОД ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ? (ЛІКАРІ)

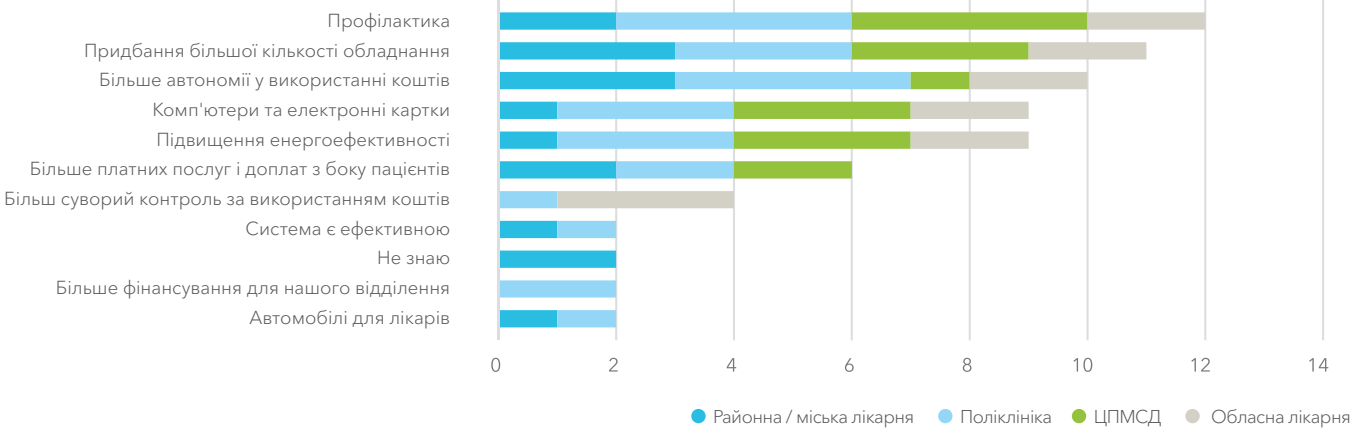


Передмова
Вступ
Резюме
Суть і цілі дослідження
Методологія
Організація фінансування сфери охорони здоров'я
Результати дослідження
Висновки

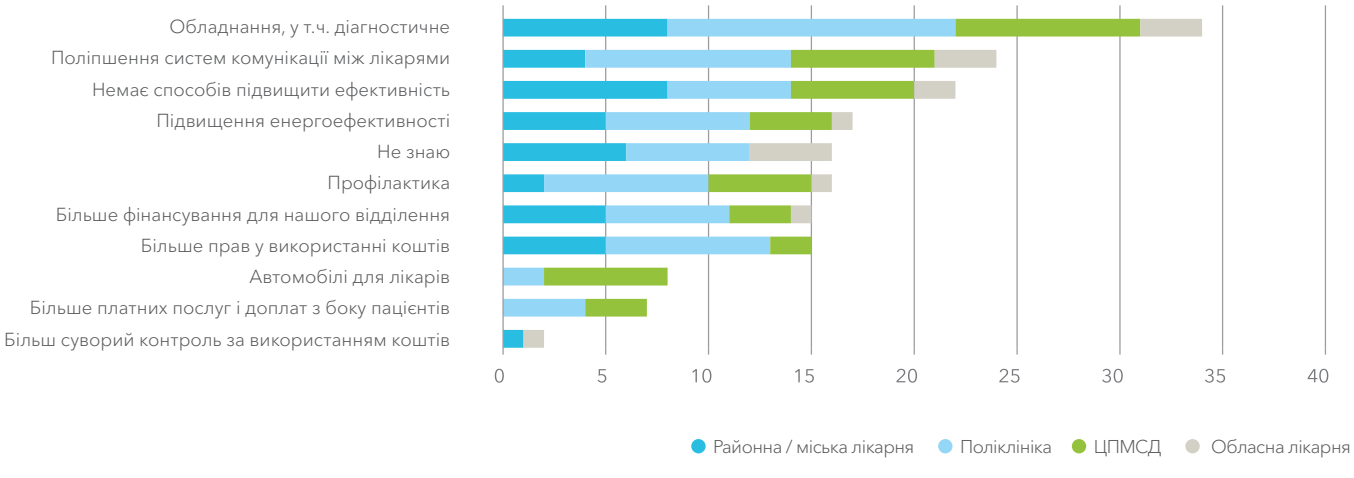
ГРАФІК 53. ЯКА ЧАСТКА ФІНАНСОВИХ ПОТРЕБ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗАДОВОЛЬНЯЄТЬСЯ, НА ВАШУ ДУМКУ? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 54. ЯК МОЖНА ПІДВИЩИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИТРАТ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я? (КЕРІВНИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ)



ГРАФІК 55. ЯК МОЖНА ПІДВИЩИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИТРАТ У ВАШІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВІ? (ЛІКАРІ)



Керівників медичних установ запитали про можливі шляхи вдосконалення ефективності витрат на утримання усієї системи охорони здоров'я (Графік 54). Лікарям поставили аналогічне запитання, проте лише щодо їхніх медичних установ (Графік 55). Цікаво порівняти ці графіки. І керівники медустанов, і лікарі однаково велике значення приділяють опціям "нове обладнання" та "краща комунікація між лікарями". Третій найпопулярніший варіант відповіді серед лікарів (22%) стосується неможливості підвищити ефективність витрат їхньої установи, оскільки вони вже економлять на всьому. Серед керівників медичних установ найпоширенішою відповіддю є профілактика. Натомість, за результатами опитування лікарів, цей варіант відповіді посів п'яте місце, розділівши його з опцією "не знаю".

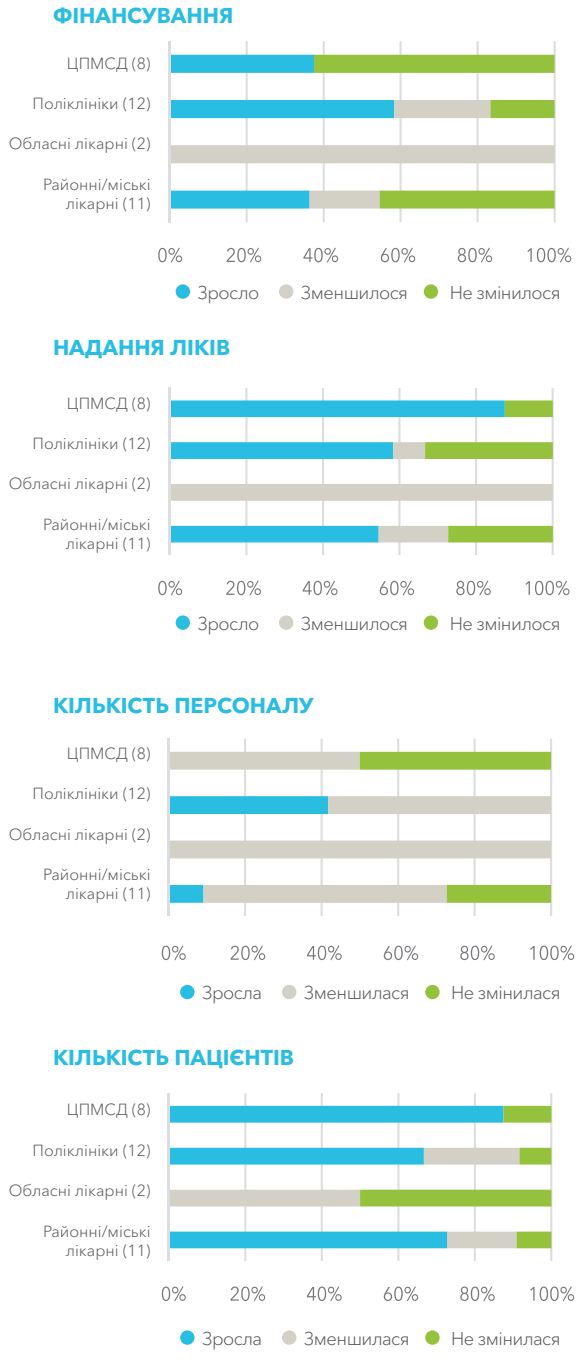
СЕРЕД ІНШИХ ВІДПОВІДЕЙ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ БУЛИ ТАКІ:

- "Необхідно провести справжню децентралізацію — тобто, кошти повинні залишатися у міському бюджеті. Міська влада повинна вирішувати, які [спеціалізовані] департаменти потрібні місту та підтримувати декілька «головних» лікарень для уникнення дублювання функцій".
- "Залучати гроші громад".
- "За умови зростання економіки буде достатньо коштів для охорони здоров'я. Наразі ми настільки ефективні, наскільки реально можемо бути".
- "Необхідно прийняти закон, який закладе нормативне регулювання для створення акціонерних товариств і неприбуткових підприємств на базі закладів охорони здоров'я".
- "Лікарі та решта персоналу повинні працювати на контрактній основі. Таким чином щороку я зможу відзначати зразкових працівників преміями та звільняти недоброчесних. Також я повинен мати можливість приймати на роботу додатковий допоміжний персонал для догляду за всією власністю лікарні".
- "Держава має гарантувати та надавати фінансування на певний базовий набір послуг. Інші медичні послуги повинні надаватись на платній основі".
- "Загальний бюджет".

Вплив конфлікту

Керівників медичних установ і лікарів запитали, що змінилося в їхніх установах з моменту початку конфлікту.

ГРАФІК 56. У ПОРІВНЯННІ З ПОЧАТКОМ 2014 РОКУ, У ВАШІЙ УСТАНОВІ...



Половина (52%) лікарів, які відповіли на це запитання, зазначили, що кількість пацієнтів зросла трохи менше як на чверть. 36% респондентів розповіли, що таке зростання знаходиться у діапазоні 25-50%. Інші 11% лікарів сказали, що кількість пацієнтів у їхніх медичних установах зросла на 50-100%. Усі ці установи розташовані у великому місті, де також знаходиться переміщена лікарня, і куди переїхала велика кількість ВПО. Лише 16% лікарів із трьох міських лікарень розповіли про зниження кількості пацієнтів (не більше як на 50%).

Серед найбільш поширених причин збільшення поставок ліків називали підвищення централізованих поставок і збільшення гуманітарної допомоги – як від волонтерів, так і від міжнародних організацій. Декілька лікарів сказали, що централізоване постачання ліків порівняно з 2014 роком погіршилось.

Лише декілька лікарів повідомили про збільшення кількості персоналу. В одних випадках це пояснювалось кількістю волонтерів, які залишались у лікарні. В інших – переїздом лікарів із окупованих територій. Але найчастіше кількість персоналу лікарень зменшувалась порівняно з 2014 роком. У понад половині випадків причиною є від'їзд лікарів із регіону. Трохи менше половини лікарів-респондентів пояснили таке зменшення кількості персоналу реорганізацією (зменшенням кількості ліжко-місць або відділенням рівня первинної медичної допомоги). Декілька лікарів скаржились на те, що через низькі зарплати складно залучити молодь до роботи у медичних установах (дійсно, середній вік лікарів-респондентів становив 49 років).

Причинами збільшення кількості пацієнтів є приїзд людей із окупованих територій і зростання чисельності ВПО. Дуже мало медичних установ надають допомогу військовим, хоча кількість таких медустанов була більшою у 2014-2015 роках. Тепер військових лікують у спеціалізованих лікарнях. Кількість пацієнтів також зменшилась через від'їзд людей з Донецької і Луганської областей. Також причиною скорочення кількості пацієнтів є бідність – лікарі стверджують, що деякі люди не звертаються до лікарень, тому що, у будь-якому випадку, вони не зможуть сплатити за лікування.

Висновки

Це дослідження демонструє, що система розподілення фінансування охорони здоров'я в Україні має бути змінена, а використання державних коштів у цій сфері має бути вдосконалене.

Другий етап дослідження підтверджує багато висновків першого етапу. Деякі результати дослідження стали ще більш очевидними, інші результати набули більшого регіонального виміру. У цьому звіті більша увага приділяється висновкам, що стосуються Донецької та Луганської областей. Більш загальна аналітика буде представлена у заключному звіті.

Гуманітарні та соціально-економічні наслідки збройного конфлікту продовжують ускладнювати надання послуг із охорони здоров'я на Донбасі. Окрім типових проблем сфери охорони здоров'я України, Донецька та Луганська області стикаються з низкою додаткових викликів. По-перше, через велику кількість ВПО загострюється питання використання ресурсів, які були дуже скромними навіть до конфлікту. Через зубожілість населення не може оплачувати медичні послуги навіть частково. Через це фінансово незабезпечені пацієнти не отримують належного обсягу медичних послуг. З огляду на вимушене переміщення лікарень багато медичного обладнання та установ залишились на окупованих територіях. Більшість медичних установ скаржаться на зменшення кількості персоналу. Через це навіть фінансово забезпечені пацієнти змушені звертатись по медичну допомогу до інших областях.

За результатами аналізу фінансової звітності та у ході інтерв'ю були виявлені значні невідповідності. Так, у восьми випадках із 42 кількість коштів, наданих Державним казначейством, суттєво відрізнялася від сум, отримання яких декларували місцеві адміністрації. В одному випадку була виявлена більше ніж десятикратна різниця. Проте такі невідповідності не завжди є результатом нецільового використання коштів (адже невідповідності можуть бути як у сторону збільшення, так і у сторону зменшення). Наприклад, вони можуть свідчити про розбіжності у звітності. Натомість, останнє саме по собі свідчить про певну пасивність в отриманні інформації з метою оптимізації використання скромних ресурсів. Натомість, превалюють перекладання відповідальності на державу та переконання, що існуючі проблеми можна вирішити за допомогою більшого фінансування.

Подібно до інших регіонів, бюджет Донецької та Луганської областей планується з огляду на попередні показники, планування відбувається на основі отриманих коштів. Оскільки розмір медичних субвенцій розраховується відповідно до кількості населення, не дивно, що 20 із 32 керівників медичних установ розробляють бюджет на основі графіків з кількістю населення (наступними найбільш поширеними кретеріями, що беруться до уваги, є кількість працівників медустанови та минулорічний бюджет – їх назвали 19 і 18 респондентів відповідно). Лише десять опитаних керівників медичних установ оцінюють потенційні потреби у сфері охорони здоров'я на основі статистичних даних щодо захворюваностей. Понад три чверті (81%) керівників медустанов для кадрового планування керувалися Наказом №33 (незважаючи на те, що він офіційно скасований), оскільки контрольні та ревізійні органи проводили оцінку згідно зі згаданим Наказом №33 навіть у 2016 році.

Медичним установам критично не вистачає фінансування. За середніми оцінками керівників медичних установ, бюджет їхніх установ забезпечує лише 40% потреб у ліках, 46% потреб у товарах немедичного призначення та близько чверті потреб в обладнанні. Надаються лише медикаменти для екстрених ситуацій. У 80-90% випадків пацієнти купують ліки самостійно. Благодійні організації також активно працюють у регіоні, що досліджувався. У випадку нестачі медикаментів 40% керівників медичних установ звертаються по допомогу до благодійних організацій. Позитивним моментом є той факт, що десять керівників медичних установ (31%) зазначили, що капітальне фінансування з місцевого бюджету суттєво зросло і у 2015 році, і у 2016 році. 11% респондентів зауважили, таке фінансування збільшилось лише в один рік .

Закупівлі зазвичай здійснюються безпосередньо лікарнями. Кожна медична установа двічі або тричі здійснювала значні закупівлі комунальних послуг за допомогою тендерних процедур. Вони також робили сотні менших закупівель без тендерів, оскільки медикаменти для анестезії або їжу лікарні вимушені купувати часто. Близько 60% переважно маленьких медичних установ мають проблеми із залученням постачальників через розмір необхідних логістичних витрат. У випадку використання ProZorro також є питання з якістю товарів (оскільки конкуренція відбувається лише за показником ціни) та вартістю доставки (яка може перевищувати вартість ліків у випадку невеликих закупівель). У таких випадках існує чітка потреба в розумній економії. Використання рамкових угод може допомогти врегулювати цю проблему.

Наявні ресурси використовуються неефективно. Лікарі лікарень скаржились на обтяжливе навантаження, яке інколи передбачало роботу 230 годин на місяць (не рахуючи часу, коли лікар перебуває вдома, проте зобов'язаний відповідати на телефонні дзвінки з проханнями про термінову консультацію). Однак половина лікарів (переважно з поліклінік і ЦПМСД) готові приймати удвічі більше пацієнтів за умови суттєвого підвищення зарплати. Близько третини робочого часу витрачається на паперову роботу. Приблизно 60% лікарів готові витрачати цей час на прийом більшої кількості пацієнтів. Більше половини (вісім із 14) керівників медичних установ і три чверті (28 із 37) лікарів, які працюють у лікарнях, приймають амбулаторних хворих у відділеннях стаціонарної медичної допомоги.

Робота медичного персоналу за сумісництвом менш поширена у цих областях. Проте, як видається, це є наслідком меншої кількості професійних можливостей або конфлікту. Лише 20% лікарів Донбасу мають додаткову роботу. Цей показник контрастує із Полтавською та Львівською областями, де 28% і 47% лікарів працюють за сумісництвом.

Паралельне фінансування за рахунок залучення пацієнтів до оплати медичних послуг є менш поширеним. Також рідше використовуються неофіційні джерела додаткового фінансування. Дві третини (14 із 21) медичних установ, які брали участь у дослідженні, мають благодійний рахунок (такі рахунки мають переважно районні та міські лікарні). За словами керівників медичних установ, менше 50% пацієнтів роблять благодійні внески (у дев'яти установах частка таких пацієнтів не досягає навіть 5%). Лікарі пояснюють, що пацієнти дуже бідні та не можуть робити благодійні внески (або ж вони платять скромні внески розміром 10-300 гривень). Тим не менш, така статистика може свідчити про поширеність неофіційних винагород за надання медичних послуг.

Реформи у сфері охорони здоров'я не доводяться до відома лікарів і керівників медичних установ Донбасу належним чином. Дві третини (64%) районних/міських посадовців і понад третина (38%) керівників медустанов не могли дати відповіді на запитання про суть запланованих реформ. Більшість представників обласної і районної/міської влади також не знали суть понять "рамкові угоди", "загальні бюджети" і "ДСГ". Проведення реформ неможливе без збільшення фінансування. 88% керівників медичних установ вважають, що система охорони здоров'я недофінансована більш як наполовину. 53% керівників медустанов стверджують, що забезпечується менше чверті потреб системи.

Додатки

Вибірка

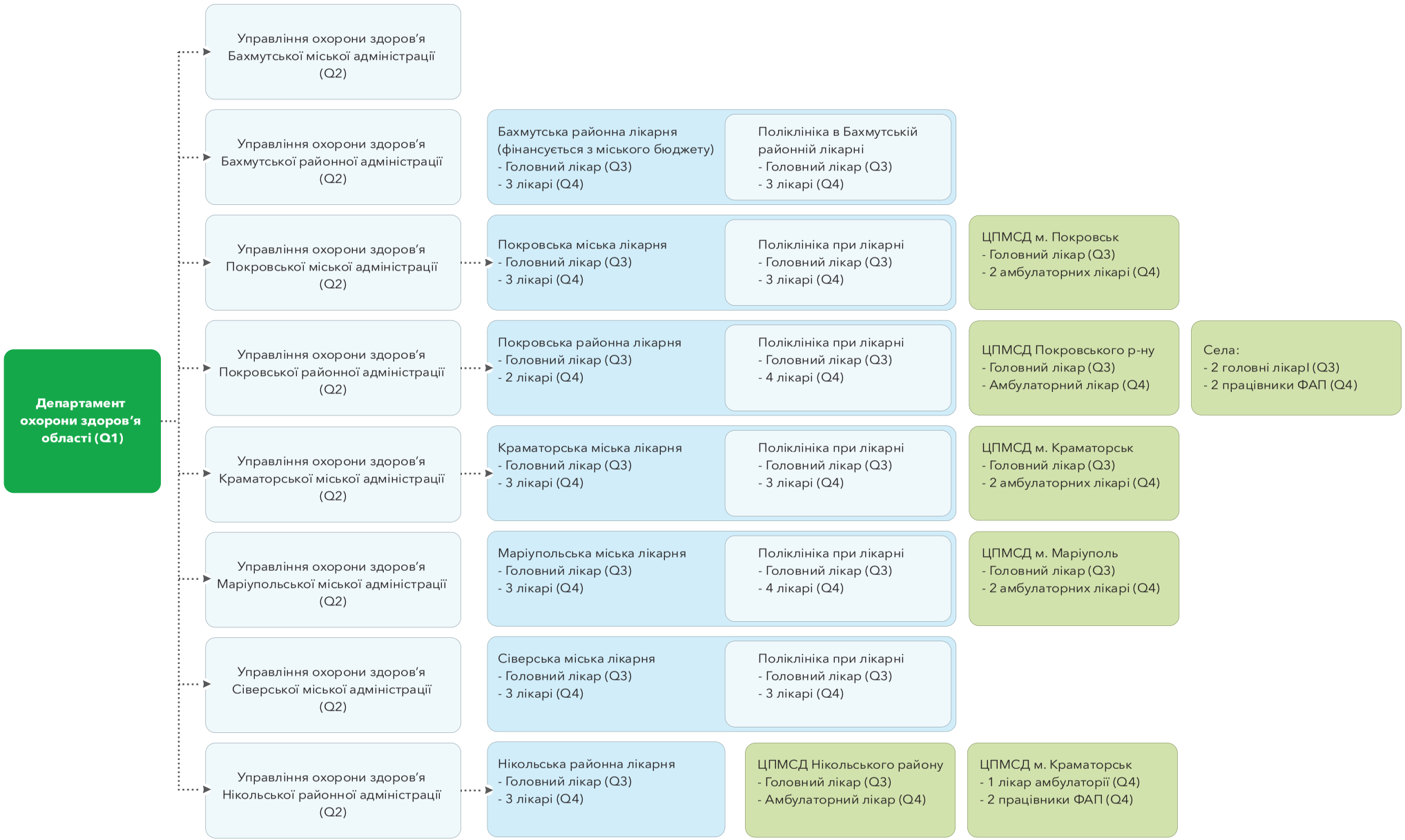
у Донецькій області:

- 1 голова Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації;
- 7 голів міських/районних департаментів/підрозділів охорони здоров'я;
- 18 керівників медичних установ (у тому числі головні лікарі та їхні заступники), голови підрозділів поліклінік і голови міських або районних ЦПМСД;
- 48 лікарів лікарень/поліклінік, сімейних лікарів та медсестер.

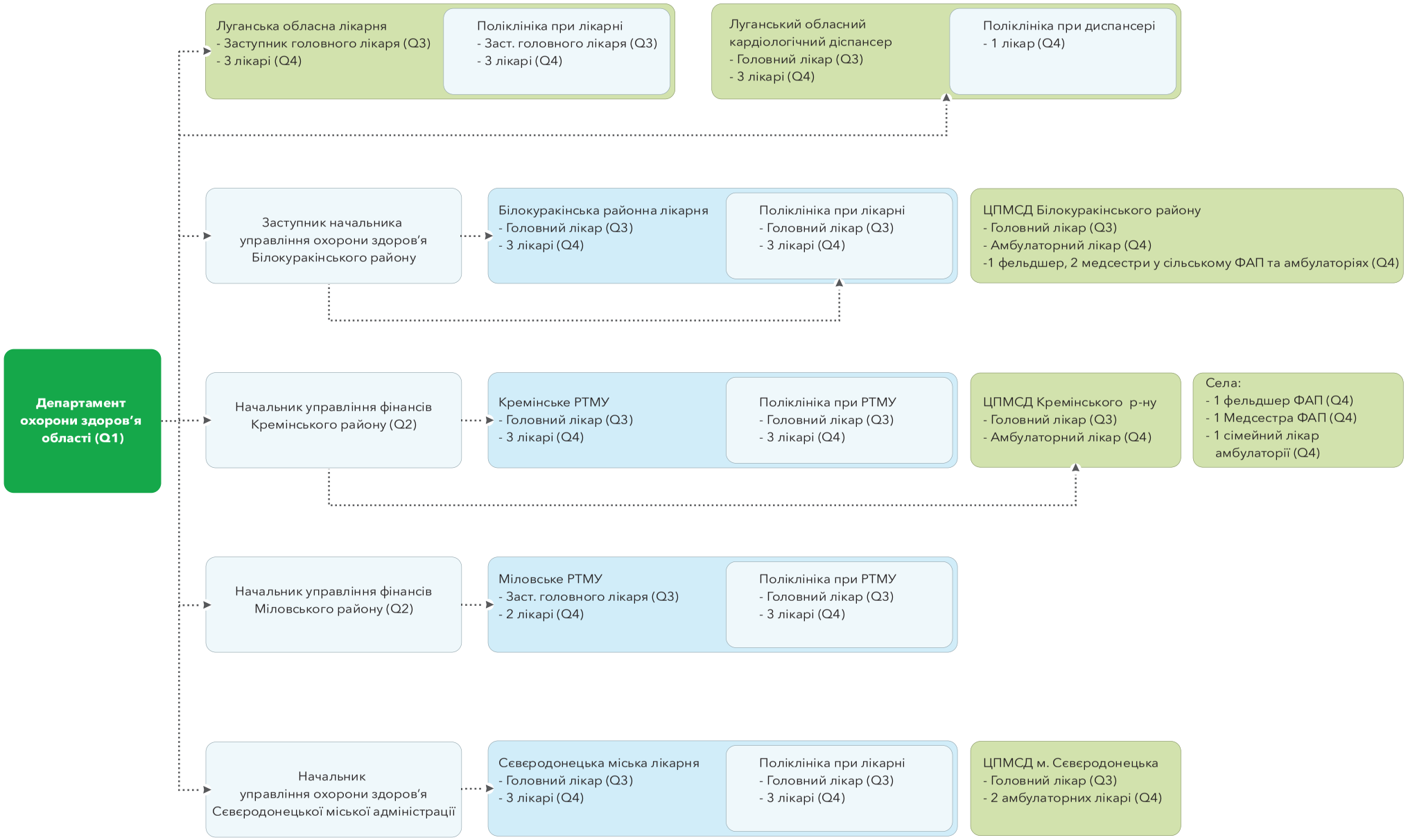
у Луганській області:

- 1 голова Департаменту фінансів Луганської обласної державної адміністрації;
- 2 голови фінансових департаментів районних адміністрацій, 1 голова департаменту охорони здоров'я міської адміністрації та 1 в.о. голови районної адміністрації;
- 14 керівників медичних установ (у тому числі головні лікарі та їхні заступники), голови підрозділів поліклінік і голови міських або районних ЦПМСД;
- 50 лікарів лікарень/поліклінік, сімейних лікарів, медичних асистентів і медсестер.

ГРАФІК 57 (1). СТРУКТУРА ВИБІРКИ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ



ГРАФІК 57 (2). СТРУКТУРА ВИБІРКИ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

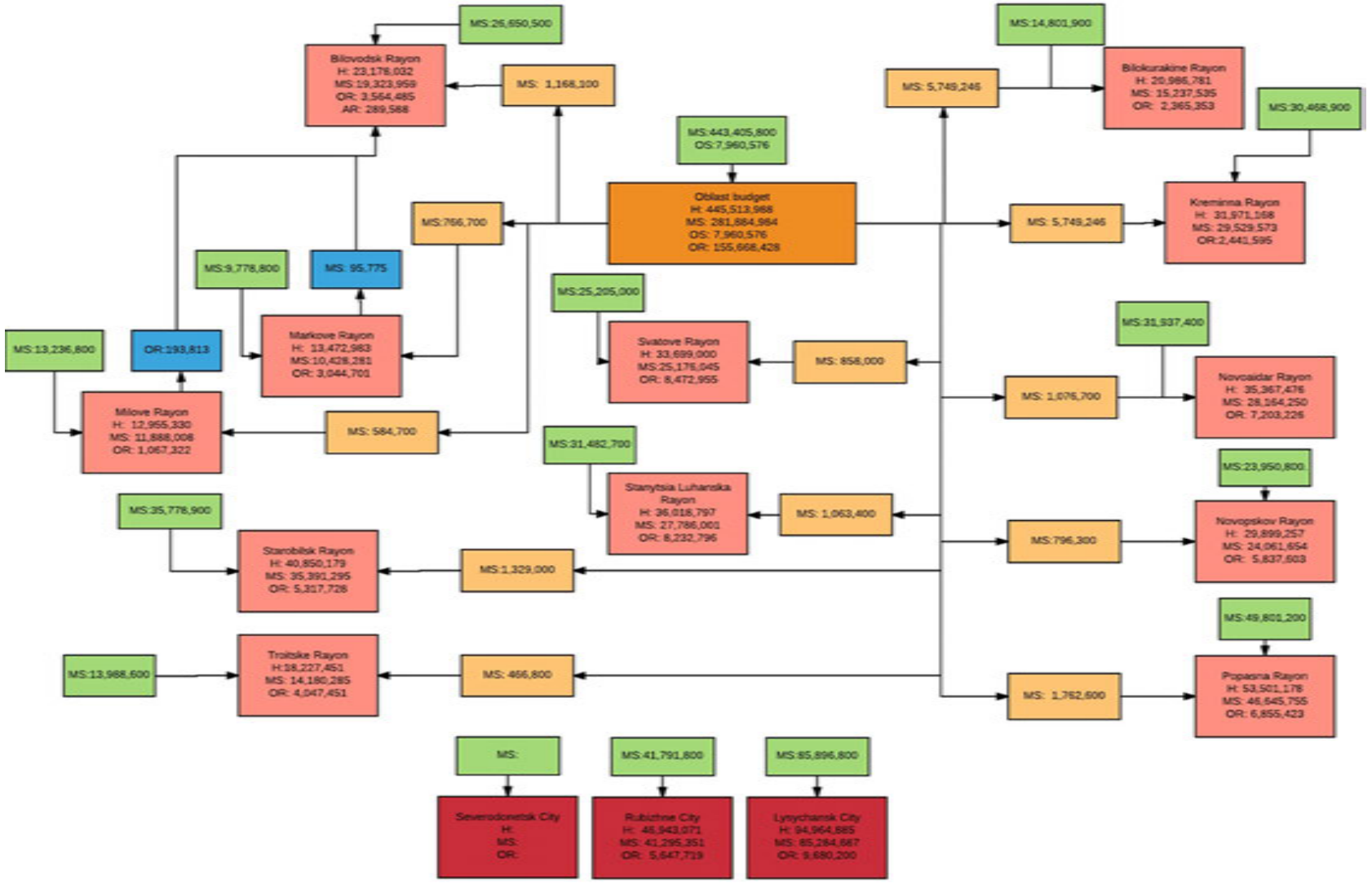


ТАБЛИЦЯ А1. ЕКОНОМІЧНА СТРУКТУРА ДЕРЖАВНИХ ВИДАТКІВ НА СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ДОНЕЦЬКІЙ І ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ, 2015 (ГРН.)

	Донецька область		Луганська область	
	Сума	Частка	Сума	Частка
Усього	**3 106 331 974**	**100%**	**1 079 679 577**	**100%**
Поточні видатки	**2 596 180 716**	**84%**	**930 330 933**	**86%**
Зарплати	160 576 578	5%	610 477 632	57%
Товари та послуги	2 430 340 958	78%	309 087 639	29%
у тому числі				
Обладнання	11 253 569	0%	59 667 260	6%
Медикаменти	101 858 584	3%	125 108 840	12%
Продукти харчування	2 461 528	0%	17 355 688	2%
Інші послуги	6 826 538	0%	19 016 588	2%
Комунальні послуги	19 998 332	1%	87 295 683	8%
Дослідницькі та державні (регіональні) програми	2 287 740 879	74%	274 234	0%
Трансферти	28 370	0%	0	0%
Соціальне забезпечення	5 032 637	0%	8 682 529	1%
Інші видатки	202 171	0%	2 083 133	0%
Капітальні видатки	**509 898 231**	**16%**	**149 348 644**	**14%**
у тому числі				
Капітальні закупівлі	149 593 765	5%	149 027 240	14%
Капітальні трансферти	360 304 466	12%	321 404	0%

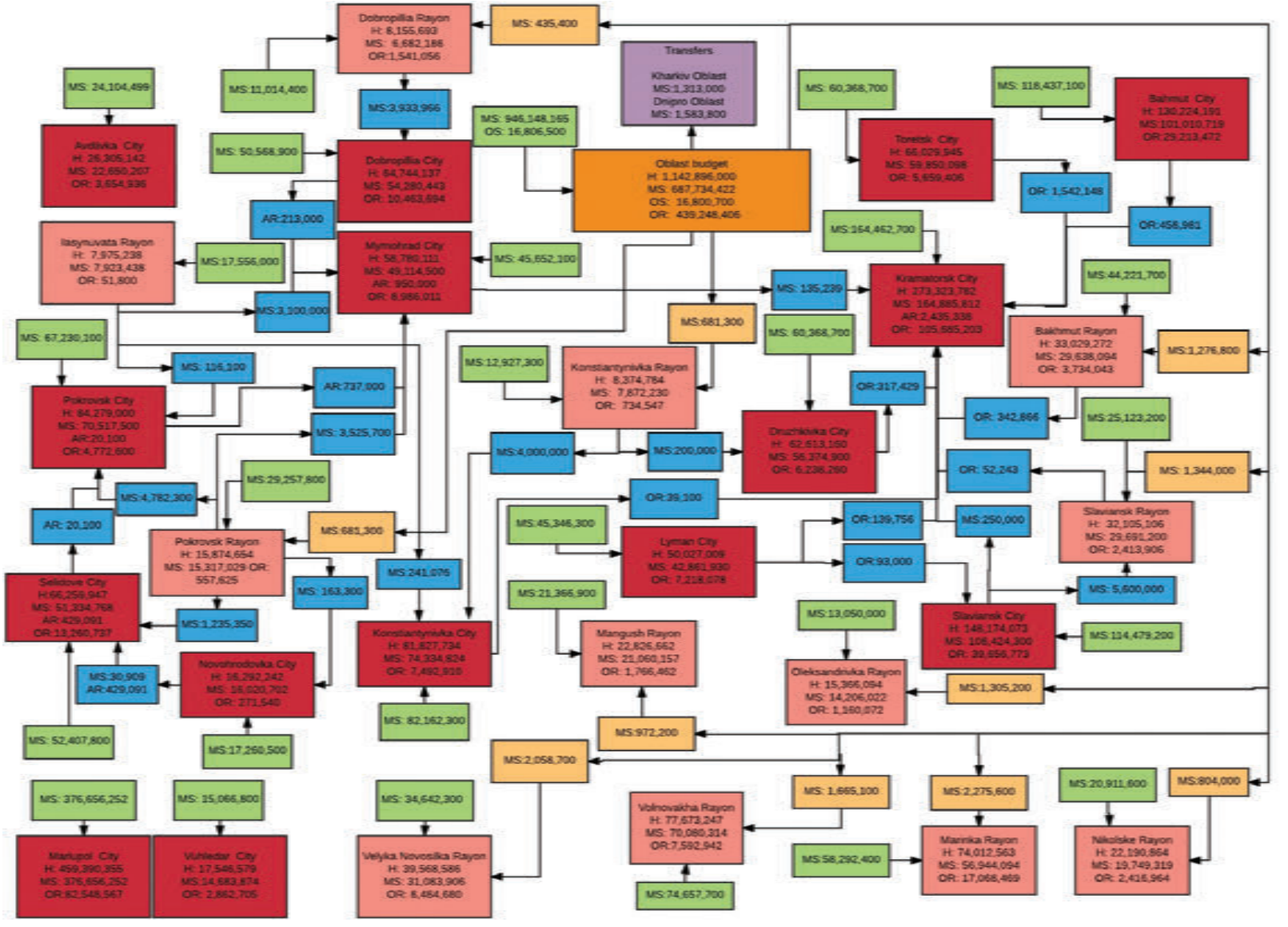
Джерело: Державна казначейська служба

ГРАФІК 58. ФІНАНСОВІ ПОТОКИ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ, 2015 РІК



Administrative Units:
- Oblast budget
- Municipal budgets
- Rayon budgets

Transactions:
- From the central budget to local budgets
- Among local budget within the same region
- Transactions to and from other regions

Transfers:
H: Total public health expenditures
MS: Medical subvention
OS: Other Subventions and donation
OR: Own resources

ГРАФІК 58. ФІНАНСОВІ ПОТОКИ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ, 2015 РІК