



THE WORLD BANK  
IBRD - IDA

Україна

Тематична записка:

## реформування фінансування охорони здоров'я заради підвищення якості надання послуг

4 квітня 2017 р.

- *Україна витрачає на охорону здоров'я чималі обсяги державних і приватних ресурсів, але стан здоров'я населення залишається поганим.*
- *Система фінансування охорони здоров'я є неефективною та підриває якість медичної допомоги. Основний наголос у бюджеті робиться на фінансуванні стаціонарів та ліжко-місць, що віднімає ресурси в амбулаторій, закладів первинної допомоги та профілактики захворювань.*
- *Система охорони здоров'я має реалізувати кілька важливих змін: 1) перехід від стаціонарного лікування до профілактичної медичної допомоги; 2) перехід від фінансування на ресурсній основі до фінансування за результатом і 3) впровадження нового прозорого комплексу медичної допомоги.*

### **Застаріла система охорони здоров'я є причиною поганого стану здоров'я населення.**

Система охорони здоров'я в Україні мало змінилася з часів СРСР, коли її основне призначення полягало в епізодичному лікуванні гострих захворювань. Основні потреби населення України в охороні здоров'я на сьогодні пов'язані з неінфекційними захворюваннями (НІЗ), а для подолання цієї проблеми потрібні зміни в поведінці та зміцнення здоров'я.

На сьогодні стан здоров'я населення в Україні є поганим. В Україні очікувана тривалість життя при народженні становить 71 рік, що більш ніж на 10 років менше середнього показника ЄС. Рівень смертності дорослих суттєво вищий, ніж середній по Європі: зокрема, показник смертності чоловіків перевищує відповідний рівень на 65 відсотків. Головною причиною захворюваності та смертності є НІЗ: на серцево-судинні та онкологічні захворювання у 2013-2014 роках припадало до 81 відсотка всіх випадків смерті. Понад 25 відсотків дорослого населення у віці від 18 до 65 років страждають на хронічне захворювання або хронічний стан; близько 7 відсотків мають одразу кілька (три або більше) хронічних захворювань або станів. Крім того, показники поширеності ВІЛ та туберкульозу в Україні є найвищими в Європі.

Громадяни України незадоволені неефективністю та низькою якістю послуг охорони здоров'я. Попри високі рівень і поширеність потреб в охороні здоров'я, дуже мало українців оцінюють якість охорони здоров'я позитивно. У 2015 році близько 78 відсотків громадян хворіли хоча б один раз, і близько 79 відсотків зверталися по медичну допомогу. Це показує, що доступність і якість медичної допомоги актуальні для всіх. Однак лише 10 відсотків громадян України позитивно відгукнулися про якість медичної допомоги; 85 відсотків вважають якість послуг охорони здоров'я низькою або дуже низькою. Крім того, більшість населення вважає, що за останні п'ять років якість медичних послуг знизилась і погіршується далі. Близько 15 відсотків домогосподарств, що потребують допомоги, не мали доступу до необхідних послуг з огляду на економічні (79 відсотків) та суто фізичні (13 відсотків) перешкоди. Громадяни регулярно відносять реформування системи охорони здоров'я до найпріоритетніших напрямків діяльності уряду.

Реформування охорони здоров'я має велике значення як для добробуту українців, так і з точки зору перспектив економічного розвитку країни. Понад 80 відсотків смертей чоловіків працездатного віку обумовлені хворобами, які можна було б вилікувати завдяки кращому наданню первинної допомоги. Низький рівень здоров'я населення не лише справляє безпосередній вплив на добробут громадян, але й знижує продуктивність їхньої праці. За даними досліджень, збільшення очікуваної тривалості життя на 1 рік може допомогти підняти рівень ВВП на душу населення приблизно на 4 відсотки. За оцінками, кількість років продуктивного життя, втрачених через передчасну смертність та інвалідність, становить в Україні 5,9 млн років на рік (у віковій групі від 45 до 65 років).

### **Неефективний розподіл ресурсів підриває фінансову стійкість і надання послуг.**

Сукупний обсяг видатків державних і приватних видатків на охорону здоров'я, що становить 7,6 відсотка ВВП, перевищує середньосвітове значення для рівня доходів в Україні. Державні видатки на охорону здоров'я становили протягом останніх років у середньому 4 відсотки ВВП, що значно перевищує середньосвітове значення для країн із близьким

до українського рівнем доходів. Водночас, домогосподарства несуть додаткові видатки на охорону здоров'я в такому самому обсязі, що й уряд: розмір особистих готівкових платежів сягнув у 2015 році майже 50 відсотків сукупного обсягу видатків на охорону здоров'я, що є чи не найвищим показником у Європі. Державне фінансування йде, в основному, на утримання величезної мережі закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу, але його результати з точки зору стану здоров'я, населення є низькими.

**У розмірах асигнувань на охорону здоров'я спостерігається перекіс на користь стаціонарної допомоги, яка не є результативною в тому, що стосується контролю над рівнем смертності, якій можна було б запобігти.** Стаціонарні заклади освоюють понад 60 відсотків сукупного обсягу грошей, що виділяються на охорону здоров'я, тоді як спеціалізованим амбулаторним закладам виділяється лише 10 відсотків, закладам первинної медичної допомоги — 9 відсотків, а на профілактику захворювань іде менш ніж 2 відсотки.

**Чинний механізм розподілу грошей створює неналежні стимули, адже він передбачає фінансування ресурсів, а не послуг.** На сьогодні розмір бюджетів стаціонарних закладів значною мірою залежить від кількості ліжок-місць. Така система не створює жодних стимулів до ефективнішого використання бюджетних грошей або кращого лікування хворих. Унаслідок цього Україна має приблизно на 40 відсотків більше ліжок-місць у стаціонарах на душу населення, ніж країни ЄС у середньому. Ця інфраструктура споживає більшу частку наявних коштів, забезпечуючи при цьому надання самих лише базових послуг. Така система робить менш адекватним лікування, тягнучи за собою непотрібне зростання рівнів госпіталізації та тривалості перебування хворих у стаціонарах для виправдання надмірних масштабів мережі лікарень. У 2013 р. середня тривалість перебування у стаціонарі сягнула в Україні 11,7 дня, тоді як середній показник країн європейського регіону становить 8,6 дня.

**На поточні видатки припадає близько 90 відсотків сукупного бюджету охорони здоров'я, що позбавляє можливості здійснювати будь-які інвестиції в розвиток сучасної інфраструктури охорони здоров'я.** Найбільшою статтею видатків на охорону здоров'я є оплата праці медичних працівників, на яку у 2015 році припадало більш ніж 50 відсотків бюджету охорони здоров'я, тоді як на товари й послуги витрачається більш ніж 37 відсотків. Головним джерелом неефективності та корупції в секторі охорони здоров'я були державні закупівлі. Внаслідок цього для здійснення давно назрілих капіталовкладень на заміну застарілого обладнання та поліпшення стану закладів залишається дуже мало ресурсів.

Рисунок 1. Очікувана тривалість життя, в роках

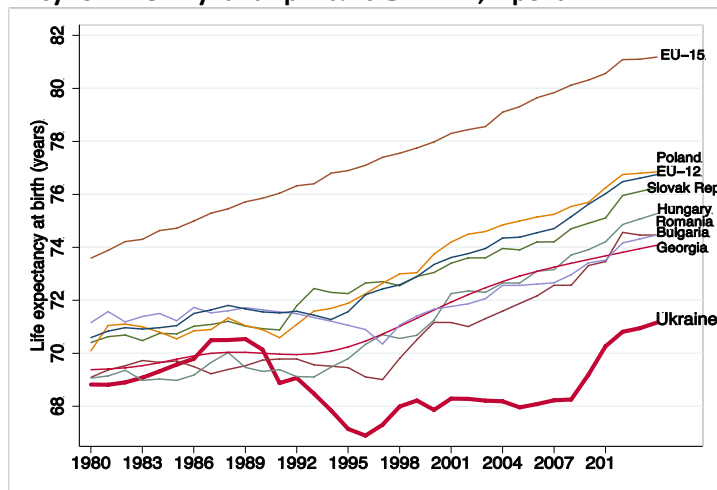
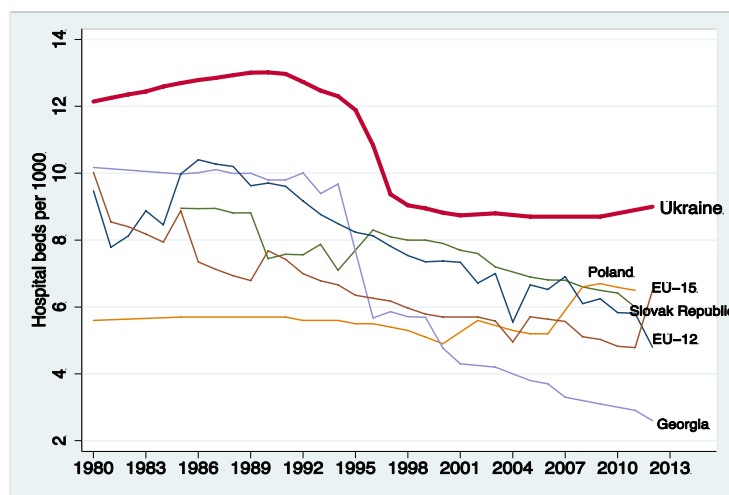


Рисунок 2. Кількість ліжок-місць на 1000 осіб



Джерело: World Development Indicators («Показники світового розвитку»), BOO3, 2015 рік

## Варіанти реформування системи охорони здоров'я

У 2016 році Уряд схвалив пакет реформ системи охорони здоров'я. Він передбачає 1) перегляд системи фінансування охорони здоров'я (зі створенням єдиного загальнонаціонального замовника — Національної служби здоров'я України); 2) модернізацію системи надання первинної медичної допомоги; 3) збільшення доступності лікарських засобів; 4) розв'язання проблеми неінфекційних захворювань і 5) створення комплексного національного інституту громадського здоров'я з питань контролю та профілактики захворювань. Цей пакет реформ було схвалено в жовтні 2016 року, і нинішнє керівництво Міністерства охорони здоров'я активно працює над реалізацією заходів з реформування.

**Реформа охорони здоров'я має передбачати докорінну зміну парадигми, а не поступове здійснення незначних виправлень.** Загальною метою реформи є створення справедливої системи охорони здоров'я, котра б відгукувалася на потреби клієнтів, була б прозорою, ефективною та результативною в профілактиці неінфекційних захворювань (НІЗ) та контролі над ними. Така зміна парадигми передбачає здійснення таких перетворень:

- **Переорієнтацію системи охорони здоров'я з лікування та профілактику.** Це потягне за собою необхідність 1) збільшення масштабів профілактичної діяльності та первинної допомоги і впровадження системного підходу до профілактики та лікування НІЗ; 2) здійснення стратегічних інвестицій в інфраструктуру охорони здоров'я, скорочення надмірних потужностей, перепрофілювання лікарень і модернізації закладів, що залишаться, для надання якіснішої допомоги; і 3) впровадження прозорих процедур управління державними коштами, що виділяються на охорону здоров'я.
- **Перехід від фінансування на ресурсній основі до фінансування за результатом.** Для цього знадобиться перейти від чинної системи фінансування на основі забезпеченості ресурсами до оплати за результатами діяльності у сфері спеціалізованої медичної допомоги та подушної оплати у сфері первинної допомоги. При застосуванні такого принципу кошти йтимуть за пацієнтами, а не за ресурсами.
- **Перехід від нібито безоплатної медичної допомоги зі значними обсягами неофіційних платежів з кишень пацієнтів до прозорого комплексу послуг.** Цей напрямок реформування має на меті зниження частки особистих готівкових платежів шляхом чіткого визначення гарантованого урядом комплексу послуг із забезпеченням можливості участі в їх оплаті з одночасним захистом малозабезпечених та хронічно хворих.

**Система охорони здоров'я має перестати бути тягарем для державного бюджету й повинна відповідати принципам ефективного розподілу державних коштів.** І якщо деякі заходи з реформування системи охорони здоров'я в короткостроковій перспективі можуть бути пов'язані з необхідністю додаткового фінансування з бюджету на здійснення інвестицій, то заходи на середньострокову перспективу, що передбачають оптимізацію мережі лікарень, чисельності персоналу та фонду оплати праці, мають створити фіскальний простір для здійснення давно назрілих капіталовкладень у підвищення якості медичних закладів. Крім того, вдосконалення потребує й система державних закупівель. При створенні окремого державного органу з закупівлі лікарських засобів та медичної продукції мають бути впроваджені потужні антикорупційні механізми і здійснені інвестиції в розбудову спроможностей його працівників.

Контактна інформація: Фон Зао (fzhao@worldbank.org), Карліс Смітс (ksmits@worldbank.org),  
Анастасія Головач (agolovach@worldbank.org) і Фарук Кхан (fkhan5@worldbank.org)  
(380 44) 490 66 71 [www.worldbank.org/ua](http://www.worldbank.org/ua)