

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»

Факультет соціальних наук та соціальних технологій

кафедра політології (Освітньо-наукова програма: Антикорупційні студії)

ОСОБЛИВОСТІ ДОСТУПУ ДО ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У  
КРАЇНАХ ІЗ ГІБРИДНИМИ РЕЖИМАМИ: КОРУПЦІЙНА СКЛАДОВА

дипломна робота

на здобуття академічного звання магістра політології

студентки Ємельяненко Марії Сергіївни

Науковий керівник

кандидат політичних наук, завідувач кафедри публічного врядування

Київської школи економіки

Гомза І.А.

Робота допущена до захисту в ДЕК рішенням кафедри політології  
протокол №\_\_ від \_\_\_\_\_ 2021 р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

Київ – 2021 р.

## **План**

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>Розділ 1. Теоретичні засади поняття «гібридних політичних режимів»</b>	
1.1. Походження терміну та ознаки гібридних політичних режимів.....	5
1.2. Приклади впливу корупції на владу у гібридних політичних режимах.....	11
<b>Розділ 2. Особливості доступу до послуг з охорони здоров'я на сучасному етапі у країнах із гібридними режимами: порівняльний аналіз</b>	
2.1. Роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я.....	18
2.2. Зарубіжний досвід доступу до послуг з охорони здоров'я у країнах пострадянського та соціалістичного табору (на прикладі Грузії та Сербії).....	29
<b>Розділ 3. Перспективи розвитку сфери охорони здоров'я у країнах з гібридними режимами</b>	
3.1. Чи підривають гібридні режими здоров'я населення: тестування гіпотези.....	32
3.2. Особливості впровадження концепту з універсального доступу до послуг охорони здоров'я в Україні.....	45
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>55</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>59</b>
<b>АНОТАЦІЯ.....</b>	<b>64</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>65</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Проблематика наявності зв'язку між типом політичного режиму і наданням якісних послуг з охорони здоров'я особливо гостро стоїть у країнах пострадянського та соціалістичного табору. Цим обумовлена й актуальність даного дослідження, яке пропонує вирішити цю дискусію через увагу до гібридних режимів.

У межах цієї магістерської роботи буде досліджено аналітичне питання: яким чином гібридні режими за умови конкуренції кількох пірамід можуть впливати на якість системи охорони здоров'я? Гіпотезою дослідження є спроба з'ясувати, чи притаманні державам із гібридними режимами проблеми в досягненні прогресу в показниках здоров'я населення?

Науково-теоретичним підґрунтям цієї магістерської роботи стали наукові доробки вітчизняних та зарубіжних вчених. Важливе значення для вивчення гібридних політичних режимів мають праці: Б. Гіллі, Х. Хале, Я. Сміта, Д. Браунлі, Й. Екмана, Л. Даймонда, Л. Гілберт, Л. Морліно, М. Богордса, М. Вігеля, Н. Петрова, Ф. Шміттєра, Г. О'Доннелла, Т. Каротерса, Е. Ханкіша, С. Левітські, Л. Вей, А. Громико, Ю. Сумбатяна, В. Якушика.

До вітчизняних дослідників, які вивчали зарубіжний досвід, належать Р. Кополовець, Р. Кисленко, І. Гомза, А. Ремізов, Н. Кононенко, В. Смірнова, К. Лавренова, Ю. Дзюбенко та ін.

**Об'єкт роботи** – гібридні політичні режими.

**Предмет магістерської роботи** – вплив гібридних політичних режимів на громадське здоров'я.

У зв'язку з вищевикладеним, **метою роботи** є встановити, чи впливає гібридний тип політичного режиму на якість системи охорони здоров'я.

Для досягнення мети сформульовано такі **завдання**:

- розкрити теоретичні засади поняття «гібридні політичні режими»;

- узагальнити поточний досвід доступу до послуг з охорони здоров'я на сучасному етапі у країнах із гібридними режимами;
- визначити перспективи розвитку сфери охорони здоров'я у країнах з гібридними режимами;
- описати роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я;
- встановити характер впливу гібридних режимів на надання послуг у сфері охорони здоров'я.

*Теоретичною і методологічною основою є система взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових й спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. Серед них методи: інтерв'ю, відбору та узагальнення (для характеристики наукових праць, присвячених вивченню дослідницького питання). На основі порівняльного аналізу вивчено стан досліджуваної проблеми. Комплексний аналіз наукової інформації за темою магістерської роботи та її узагальнення дозволили конкретизувати напрями та запропонувати тестування визначеної гіпотези.*

*Практичне значення магістерської роботи зумовлене можливістю використання її положень для розвитку термінологічного апарату сучасної політологічної науки.*

*Теоретичні напрацювання за темою роботи можуть бути використані для організації окремих тренінгів, сенсibilізації громадськості до проблеми корупції тощо.*

*Структура магістерської роботи.* Магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, анотації, додатків.

Повний обсяг магістерської роботи складає 58 сторінок, список використаних джерел налічує 33 найменування, робота містить анотацію та 7 додатків.

## **Розділ 1. Теоретичні засади поняття «гібридних політичних режимів»**

### **1.1. Концептуалізація поняття та ознаки гібридних політичних режимів**

Хоча територіально Україна й розташована згідно із відомим висловом «всередині Європи» - яка в свою чергу характеризується наявністю найбільшої кількості демократичних країн, всередині самої країни спостерігається наявний гібридний політичний режим. У яких згідно із вже згаданим індексом демократії, що від 2006 року укладає The Economist Intelligence Unit, живе 35 країн в світі та 15% людей<sup>1</sup>.

Розглядаючи праці дослідників, які вивчають такий тип політичного режиму, можна виділити наступні його ознаки:

1. наявність демократичних атрибутів – виборів, політичних партій, опозиції;
2. низький рівень учасництва громадян у процесі прийняття політичних рішень;
3. низький рівень політичної участі;
4. декларативність політичних прав і свобод громадян;
5. низький рівень довіри громадян до політичних інститутів;
6. високий рівень корупції.

Більша чи менша вираженість перерахованих ознак породжує різні види гібридних режимів, і різні вчені класифікують його по-різному. Зокрема, Т. Каротерс називає такий режим «режимом із синдромом слабого плюралізму» та «режимом із синдромом домінуючої влади», Л. Даймонд – «електоральною демократією» та «псевдodemократією», Ф. Шміттер використовує терміни «диктобланда» та «демократура», С. Левітські – «опікунська демократія» та «змагальний авторитаризм», а Е. Ханкіш так і називає його, «гібридним політичним режимом»<sup>2</sup>.

Український дослідник Р. Кополовець у своїй статті «Поняття та класифікація «гібридних політичних режимів» у дослідженні

---

<sup>1</sup> Зануда А. Як пандемія підкосила демократію у світі і чому це важливо [Електронний ресурс]: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-56086885>

трансформаційних процесів<sup>2</sup> робить спробу узагальнити концепції гібридних режимів та зазначає, що *«в політології є відсутнім єдиний підхід до їх кваліфікації»*.

Вивчаючи такий тип політичного режиму у розрізі українського кейсу, доцільним є звернутися до вивчення праці політолога зі США Т. Карозерса «Кінець парадигми транзиту»<sup>3</sup>, який пропонує два види гібридних політичних режимів – «режим із синдромом слабого плюралізму» та «режим із синдромом домінуючої влади». Ознаками першого виду є регулярне проведення виборів, високий рівень політичної конкуренції між політичними елітами, слабка політична участь громадян та висока корумпованість політичних еліт. На його думку, у країнах із таким політичним режимом зазвичай існує певна політична свобода, проводяться вибори і змінюється влада, проте не відбувається жодних істотних змін. Поверхневою залишається й демократія, політичні еліти є корумпованими та неефективними, економічна політика є погано продуманою, а соціальні реформи не вирішують наявних у країні проблем. Дослідник зазначає, що такий тип гібридного політичного режиму є притаманним для деяких держав Східної Європи – у тому числі й України, а також країн Латинської Америки.

Основними характеристиками другого виду – «режиму із синдромом домінуючої влади» є наявність таких демократичних атрибутів як політичні вибори, права і свободи, слабка опозиція, концентрація усіх державних ресурсів владною партією.

Як зазначає у своїй статті український дослідник Р. Кополовець<sup>2</sup>, *«країни із цим типом гібридного режиму мають обмежений, але реальний політичний простір, певну конкуренцію влади з опозицією. При цьому в політичній системі домінує політична партія, клан чи сім'я, що практично нівелює розвиток демократії чи зміну влади. На відміну від країн із синдромом слабого*

---

<sup>2</sup> Кополовець Р.В. Поняття та класифікація «гібридних політичних режимів» у дослідженні трансформаційних процесів [Електронний ресурс]: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/33656/1/%d0%9f%d0%be%d0%bd%d1%8f%d1%82%d1%82%d1%8f%20%d1%82%d0%b0%20%d0%ba%d0%bb%d0%b0%d1%81%d0%b8%d1%84%d1%96%d0%ba%d0%b0%d1%86%d1%96%d1%8f.pdf>

<sup>3</sup> Каротерс Т. Конец парадигмы транзита [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/n/konets-paradigmy-tranzita>

плюралізму, ключова політична проблема – відсутність розмежування між державою та правлячою партією. Головні атрибути державної влади: фінанси, робочі місця, публічна інформація (через державні ЗМІ) і силовий блок – поступово концентруються в руках правлячої партії (лідера, сім'ї). Судова влада, як правило, перебуває в залежному становищі і є частиною монополії влади. Ефективну опозицію режиму пов'язують із групами громадянського суспільства, які зазвичай являють собою слабо структуровані громадські організації та незалежні ЗМІ, що часто фінансуються західними донорами».

Множинність видів такого політичного режиму характеризує як його транзитивність, так і несталий характер предмета дослідження. З іншого боку, російські дослідники стверджують, що «гібридні режими досить стійкі і живучі. Вони користуються перевагами майже ринкової економіки і частково вільного громадянського суспільства і тому не розвалюються за день, як класичні диктатури. Це треба знати як тим, хто очікує ремейка розвалу СРСР, так і тим, хто чекає його раптового відродження. На 16-му році правління вдаритися об підлогу і обернутися бравим фашистом так само важко, як вбитися об стіну і відродитися променистим лібералом»<sup>4</sup>.

Звертаючись до теми даної роботи, а саме вивчаючи особливості доступу до послуг охорони здоров'я у країнах із гібридними режимами слід наголосити, що дана тематика не є вельми популярною для вивчення у наукових колах. Зазвичай, кричущими питаннями та емпіричною базою є проблематика функціонування ЗМІ чи сфера судової влади у країнах із таким типом політичного режиму.

Слід зазначити, що поточна ситуація з кризою, спровокованою COVID-19, значно посилила негативні тенденції у доступі до послуг охорони здоров'я, що й без неї уособлював нерівність громадян та був корупційною нішею для влади у країнах з гібридними режимами. «Було приголомшливо спостерігати, як легко свобода і демократія стають необов'язковими за умов надзвичайного стану у

---

<sup>4</sup> Шульман Е. Царство политической имитации: гибридные режимы [Электронный ресурс]: <https://openuni.io/course/6-course-5/lesson/1/material/546/>

світовій системі охорони здоров'я. Включно із найрозвиненішими демократіями у світі», - каже редактор Індексу демократії Джоан Хоуі<sup>1</sup>.

Схожими думками діляться й опитані респонденти – представники країни з гібридними політичними режимами. *«У Сербії люди не є активними щодо належного доступу до послуг з охорони здоров'я. Все функціонує радше на рівні скандалу. Крім того, є дуже низькою культура здоров'я, що ми спостерігаємо зараз, під час пандемії. Залишається високим відсоток курців, вживання алкоголю, а низькою - особиста гігієна. Наразі ми маємо потужний рух проти вакцинації, оскільки з таким суспільством це легко. На мою думку, за це безпосередньо відповідає політичний режим, адже на початку пандемії вони створили серйозну проблему. Це була дуже незручна прес-конференція з Президентом та трьома лікарями, і один з лікарів сказав: «привіт, це найсмішніший вірус у світі, який не виходить на вулицю і є лише у Facebook». Після чого, він закликав італійців та особливо мешканців міста Мілан вести звичайний ритм життя та йти на шопінг. Під час прес-конференції усі вони також сміялися. Це є абсолютно недоречним. Я, разом із 4-ма професорами, написали листа медичному товариству Сербії, з проханням оцінити етичний рівень поведінки лікаря під час прес-конференції, але відповіді ми так і не отримали. Це було багато разів у ЗМІ. І ми кілька разів давали інтерв'ю. Але медичне товариство надало відповідь, що через пандемічні заходи етичний комітет не може проводити засідання»<sup>20</sup>.*

Цей кейс доводить, що із таким початком пандемії з боку провладної еліти, наразі дійсно є дуже важким переконати населення Сербії вакцинуватись. Разом із тим, країна має достатню кількість вакцин різних виробників та навіть підтримує сусідні балканські країни. *«Я маю на увазі, що за цю порожню кампанію безпосередньо відповідають вищі політичні структури. Водночас, великим плюсом є те, що наразі у нас є вакцини - китайська, російська, Pfizer та Astra-Zeneca, і ми дійсно підтримуємо сусідні країни у поточному процесі вакцинації. Це пов'язано з нашою позицією між Сходом та Заходом. До прикладу, люди могли приїхати з регіонів та з інших країн, щоб отримати*



вакцини у Белграді - у мене є друзі з Боснії та Македонії, і я надала у нашу електронну систему їх дані за допомогою свого номеру телефону та електронної пошти, їх запросили і вони зробили щеплення. Це позитивно. Але політики повинні бути послідовними у цьому процесі підтримки, і не лише здійснювати це заради політичної гри»<sup>20</sup>.

Позитивним та негативним прикладом дій влади під час пандемії у Грузії ділиться дослідник з клінічних досліджень: «Що позитивного зробила наша влада? Ось, наприклад, в Китаї вони побудували ці одноразові госпіталі, в Грузії звичайно такого не зробили. Але вони переробили великі готелі на COVID-hotels, і пацієнтів пускали не в лікарню, а туди, в ці великі готелі. Тому з одного боку для готелів це було вигідно, тому що у них не було туристів, а держава їм сплачувала якусь суму певну. І з іншого боку, вони могли ізолювати цих пацієнтів один від одного, вони просто не могли виходити з номера і отримували там медичну послугу. І так це працює до цих пір.

Але, звичайно велика проблема була вже всередині госпіталів, тому що ми втратили багато лікарів. І серед них - такі лідуючі хірурги і лікарі, які були дуже відомими. Це створило ще гірший фон для пандемії. І ось тільки зараз це налагоджується, і вакцинація більш-менш йде. Але звичайно, не порівняти з іншими країнами, тому що фізично вакцин в нас немає. Зараз тільки почали використовувати китайську вакцину. Ще додам про наш політичний фактор - російську вакцину ми не можемо ставити тому, що не довіряємо, індійську не можемо, тому що не довіряємо, китайську - півроку довбали цю тему і говорили, що це китайський непотріб. Ось як не люблять китайські смартфони, так вони дивилися і на вакцину, в тому числі і опозиція. Але потім, коли подивилися, що навколо усі її роблять, були змушені завести й в Грузію. І ось зараз це почало працювати»<sup>19</sup>.

Ситуацію в Україні з боку провладної еліти стосовно пандемії діючий хірург-практик коментує як «загрозу національній безпеці». Разом із розповсюдженими в суспільстві неінфекційними захворюваннями, яки багато років вбивають переважну частку населення країни. «Коли в Америці побачили,

*що люди вмирають від серцево-судинної патології, вони зрозуміли, що це загроза національній безпеці. У нас в Україні традиційно загроза національній безпеці це тільки те, що загрожує зі Сходу - Росія та інше. Це абсолютно зрозуміло і абсолютно правильно. Але насправді на сьогодні COVID-19 - це загроза національній безпеці і завжди була серцево-судинна патологія, тому що 67% людей помирають від серцево-судинних захворювань. Практично 70% населення України. COVID-19 - це 1-2% смертей від цієї глобальної маси. Це ішемічна хвороба серця, аритмії, серцева недостатність, кардіопатія, це інфаркти, інсульты, ось це все. Це величезна проблема і якщо ми не будемо цим займатися, то середня тривалість життя буде в нас така, як зараз - дуже маленька»<sup>15</sup>.*

## 1.2. Приклади впливу корупції на владу у гібридних політичних режимах

В Україні, як країні із гібридним політичним режимом, корупція є одним із основних джерел дисфункції влади, вона пронизує різні сфери суспільного життя та порушує нормальний порядок речей у суспільстві. Дослідник О. Сахань визначає, що вплив корупції на владу стає можливим завдяки наявній *«розмитості моральних орієнтирів у населення та байдужості чиновників до проблеми корупції, бо більшість з них належать до одного клану, в якому «рука руку миє» і все робиться для себе, а не для держави і людей, надмірному впливу великого бізнесу на владу, недосконалості законодавчої бази та системи судоустрою, поганій роботі контролюючих та правоохоронних органів, неоперативності владних структур у запобіганні та неефективності протидії корупції, недостатньому рівні політико-правової та економічної культури значної частини громадян, низької активності громадських організацій та потенціалу інститутів громадянського суспільства в антикорупційній політиці держави»*<sup>5</sup>.

Приклад впливу корупції на владу, а саме належність чиновників до корупційних кланів, я би хотіла навести з особистого робочого досвіду. Вище ми вже зазначали, що гібридні політичні режими характеризуються, зокрема, низьким рівнем громадянської участі у процесі прийняття рішень та низьким рівнем довіри до політичних інститутів, низьким рівнем політичної участі та високим рівнем корупції. Розмірковуючи над цією проблематикою варто, напевно, додати до перерахованого вище й такі ознаки гібридного режиму, як складності із верховенством права та слабкість інституцій. Пропрацювавши більше 5 років у Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) в

---

<sup>5</sup> Сахань О.М. КОРУПЦІЯ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ ЯК ДЖЕРЕЛО ДЕСТРУКТИВНОСТІ ВЛАДИ / Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого» № 4 (27) 2015. - С. 117-118 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14588/1/Sahan\\_112-129.pdf](http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14588/1/Sahan_112-129.pdf)

Україні та будучи у тому числі відповідальною за імплементацію проєкту з попередження поширення неінфекційних хвороб в Україні (частиною якого є контроль над ратифікованою в Україні Верховною Радою України у 2006 році Рамковою конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну далі - РКБТ), я була опосередкованим свідком того, як корупційні дії великого бізнесу (у даному конкретному прикладі - транснаціональних тютюнових корпорацій) впливають на владу, а саме представників минулого Парламенту України.

Такі свої висновки я зробила на основі проведеного ГО «Життя» у 2017 році моніторингу аналізу виконання Україною статті 5.3 РКБТ та Керівних принципів до статті 5.3 щодо обмеження впливу тютюнової промисловості на розробку та ухвалення рішень у сфері боротьби проти тютюну. Зокрема фахівцями використовувалися різні методи збору даних, завдяки яким можна виявити та дослідити зв'язок між державними чиновниками, народними депутатами та навіть громадськими організаціями, з одного боку, та тютюновими корпораціями, з іншого.

Основною метою транснаціональних корпорацій, які у власності міноритарних акціонерів, є збільшення пробутку. Тому, для захисту власних інтересів, зменшення податкового тиску та регулювання, та свободи здійснення господарської діяльності тютюнові компанії намагаються співпрацювати та підтримувати тісний контакт з найвищими органами державної влади. Більше того, тютюнові корпорації намагаються впливати на органи державної влади. Вплив тютюнової індустрії на державний апарат може здійснюватись різними способами, зокрема, просуванням своїх людей на певні посади, здійснення непрямого підкупу державних чиновників, лобіювання рішень через діючих та колишніх народних депутатів. Тютюнові корпорації намагаються користуватись цим способами з метою отримання важелів впливу, але в той же час породжують іншу проблему - вчинення посадовцями дій в умовах конфлікту інтересів, або у супереч пріоритетам державної політики, що може бути одним із джерел корупції в Україні.

Зазвичай конфлікт інтересів виникає за рахунок існування в органах державної влади та органах місцевого самоврядування можливостей для зловживання владою. Беручи участь у державному управлінні та фактично розпоряджаючись владою, чиновники зазвичай управляють людськими та матеріальними ресурсами та можуть впливати на бізнес – тобто сам механізм державного управління налічує у собі потенційні умови для виникнення конфлікту інтересів.

Врегулювання конфлікту інтересів на сьогодні здійснюється чинним Законом України «Про запобігання корупції»<sup>6</sup>, який визначає правові та організаційні засади функціонування системи запобігання корупції в Україні, зміст та порядок застосування превентивних антикорупційних механізмів, правила щодо усунення наслідків корупційних правопорушень. Для формування чіткого розуміння змісту інституту запобігання та врегулювання конфлікту інтересів, насамперед необхідно з'ясувати сутність ключового терміну – конфлікт інтересів. На сьогодні законодавством передбачено два види конфлікту інтересів: потенційний та реальний. Потенційний конфлікт інтересів – наявність у особи приватного інтересу у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість прийняття нею рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень (абзац дев'ятий частини першої статті 1 Закону України «Про запобігання корупції»). Реальний конфлікт інтересів – суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість у прийнятті рішень, або на вчинення чи невчинення дій під час виконання зазначених повноважень (абзац тринадцятий частини першої статті 1 «Про запобігання корупції»). Під приватним інтересом слід розуміти будь-який майновий чи немайновий інтерес особи, у тому числі зумовлений особистими, сімейними, дружніми чи іншими позаслужбовими стосунками з фізичними чи

---

<sup>6</sup> Закон України «Про запобігання корупції» [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text>

юридичними особами, у тому числі ті, що виникають у зв'язку з членством або діяльністю в громадських, політичних, релігійних чи інших організаціях<sup>7</sup>.

Так, за результатами моніторингу що проводився ГО «Життя» у 2017 році можна дійти висновку, що у законотворчих процесах протягом 2015-2017 років простежується публічна діяльність окремих депутатів, яку можна трактувати радше як захист інтересів тютюнової індустрії, ніж як обстоювання пріоритетів держави у сфері контролю над тютюном, а саме сприяння зниження споживання та зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення (згідно ЗУ №2899). Таким чином відслідковується прямий зв'язок між такими ознаками політичних гібридних режимів як слабкість інституцій та високий рівень корупції. Наведу конкретний приклад.

У травні 2015 року у співпраці з громадськими організаціями народними депутатами України О. Богомолець, О. Мусій, Г. Гопко, О. Корчинська. І. Луценко, П. Унгурян було зареєстровано проект Закону «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну» №2820 від 13.05.2015 року. Законопроект був розроблений на основі статей 9, 10 та 11 РКБТ та приводить законодавство України у відповідність із більшістю положень Детективи Європейського Союзу 2014/40/ЄС (*Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC*)<sup>8</sup>.

Законопроект упроваджує важливі норми для зменшення вживання тютюну та поширеності тютюнокуріння. Положеннями закону, зокрема, пропонувалося заборонити сигарети з ароматизаторами, збільшити графічні попередження про шкоду куріння на пачках сигарет та друкувати їх на обох боках пачки у верхній частині, зобов'язати виробників тютюнових виробів звітуватися про склад продукції та її вплив на здоров'я людини, заборонити

---

<sup>7</sup> Конфлікт інтересів: що необхідно знати держслужбовцю [Електронний ресурс]: <https://www.pfu.gov.ua/zk/448670-konflikt-interesiv-shho-neobhidno-znaty-derzhsluzhbovtsy/>

<sup>8</sup> Проект Закону про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну [Електронний ресурс]: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=55081](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=55081)

продавати електронні сигарети неповнолітнім та встановити чіткі вимоги до вмісту й маркування цих пристроїв, заборонити рекламу тютюну в Інтернеті та інше.

Законопроект № 2820 отримав схвальну оцінку в листах від Міністерства охорони здоров'я України, Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, Світового банку в Україні, Smoke Free Partnership (коаліції з понад 25 європейських організацій), Європейської мережі з попередження куріння (ENSP), Коаліції «За вільну від тютюнового диму України» (об'єднує понад 50 організацій та ініціатив), ініціативи Реанімаційний пакет реформ.

07.10.2015 року законопроект №2820 розглядався в головному комітеті – Комітеті ВР України з питань охорони здоров'я та був рекомендований до розгляду Верховною Радою України в першому читанні. За публікаціями<sup>9</sup> в медіа можна дослідити, що з того часу та зокрема до 2018 року законопроект так і не було винесено на розгляд ВРУ.

Позиція Голови Комітету з питань податкової та митної політики Южаніної Н.П. спочатку полягала у тому, вказаний проект закону №2820 потрібно об'єднати з проектом Закону «Про внесення змін до деяких законів України щодо виконання зобов'язань України за Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами членами (стосовно виробництва, презентації та реалізації тютюнових виробів, їх реклами і спонсорства)», реєстраційний № 2430-1 від 03.04.2015, поданий народними депутатами Кривошеєю Г.Г., Сташуком В.Ф., Козирем Б.Ю.<sup>10</sup> та визначити головним комітетом саме Податковий комітет.

Наполягання Керівництва Податкового комітету брати за основу законопроект 2430-1, який суттєво відрізняється від 2820, та перенести

---

<sup>9</sup> Під Радою вимагають прийняти антитютюнові закони [Електронний ресурс]:

<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2433698-pid-radou-vimagaut-prijnati-antitutunovi-zakoni.html>

<sup>10</sup> Проект Закону про внесення змін до деяких законів України щодо виконання зобов'язань України за Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами (стосовно виробництва, презентації та реалізації тютюнових виробів, їх реклами і спонсорства) [Електронний ресурс]:

[http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_2?id=&pf3516=2430-1&skl=9](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=2430-1&skl=9)

дискусію з комітету охорони здоров'я у податковий комітет, призвело до того, що законотворчий процес було зтягнуто та заблоковано. Окрім того, голова податкового комітету кілька разів виступала проти розгляду законопроекту 2820.

Пізніше, на основі законопроектів № 2820 та 2430-1 члени податкового комітету зареєстрували проект Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання у сфері виробництва, обігу, заборони реклами та спонсорства тютюнових виробів, електронних сигарет і трав'яних виробів для куріння» №2430-д від 18.05.2017 року<sup>11</sup>. Він набагато послаблює антитютюнові норми, що передбачаються законопроектом №2820, зокрема, не містить положення про зміну маркування пачок тютюнових виробів. Є всі підстави вважати, що законопроект був розроблений представниками тютюнових корпорацій. У підсумку, разом з комплексним законопроектом №2820, який приводить законодавство України у відповідність із більшістю положень Детективи Європейського Союзу 2014/40/ЄС, були зареєстровані ще два схожі проекти метою яких було, ймовірно, зтягування та блокування законодавчого процесу. **Така тактика є тактикою втручання тютюнової індустрії в політику охорони здоров'я на глобальному рівні, і на жаль, вона є успішною<sup>12</sup> й до сьогодні.**

Наразі останні комплексні антитютюнові зміни здійснювалися в Україні більш ніж 5 років тому. Що прямо свідчить про участь тютюнової індустрії у формуванні державної політики та вдало ілюструє трикутник політика – охорона здоров'я – корупція. За словами виконавчого директора ГО «Антикорупційний штаб», *«тютюнова індустрія знайшла підхід до нових народних депутатів і чиновників. Ми бачимо активну участь і фінансування тютюновою індустрією громадських організацій, інших впливових лобістів, які просувають її інтереси. Наприклад, Філіп Морріс Інтернешнл протягом*

---

<sup>11</sup> Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання у сфері виробництва, обігу, заборони реклами та спонсорства тютюнових виробів, електронних сигарет і трав'яних виробів для куріння [Електронний ресурс]: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=61819](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61819)

<sup>12</sup> Устінова О. Мінус 3 млрд гривень і повальне куріння дітей – нова ініціатива від «Слуг народу» [Електронний ресурс]: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/ustinova/604f5573c8f43/>



*2014-19 років виділив майже 1,5 млн доларів на фінансування різних громадських організацій, які дуже часто впливали на рішення парламенту й Кабінету Міністрів, здійснюючи дуже сумнівну діяльність. Філіп Морріс також намагається впливати на благодійні фонди, надаючи їм допомогу на боротьбу з COVID-19»<sup>13</sup>.*

Щоправда, після публічної акції, яка була проведена за ініціативи ГО «Життя» під стінами Парламенту 31 травня 2021 року та присвячена Всесвітньому дню боротьби із тютюнопалінням, Верховна Рада все ж таки ухвалила у першому читанні комплексний антитютюновий законопроект №4358. Що саме стало поштовхом для цього рішення – активна участь представників Бюро ВООЗ в Україні у заході із закликом наближення законодавства до міжнародних вимог чи зміна керівника Міністерства охорони здоров'я України, знаного своїми нахилами до корупційних діянь – залишається тільки здогадуватися.

---

<sup>13</sup> Тютюнове лобі: Україна погіршила показники у глобальному рейтингу [Електронний ресурс]: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3145773-tutunove-lobi-ukraina-pogirсила-pokazniki-u-globalnomu-rejtingu.html>

## **Розділ 2. Особливості доступу до послуг з охорони здоров'я на сучасному етапі у країнах із гібридними режимами: порівняльний аналіз**

### **2.1. Роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я**

Національна служба здоров'я України розпочала свою роботу у 2018 році. Це – центральний орган виконавчої влади, що здійснює державну політику в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення<sup>14</sup>. Заклад є відповідальним за укладання договорів із закладами охорони здоров'я та закуповує для них послуги з медичного обслуговування населення, а також виплачує гроші аптекам за програмою «Доступні ліки».

Ідея створення такого єдиного органу, який би був відповідальним за закупівлі та згодом за впровадження електронної системи охорони здоров'я – що, безумовно, сприятиме збільшенню прозорості та превенції корупції у медичній галузі – належить колишній в.о. Міністра охорони здоров'я Уляні Супрун. Поширеною є й думка представників міжнародних організацій, які вважають що зі створенням та функціонуванням такого закладу держава висвітлює реальних обсяг послуг, можливих для покриття. Що, враховуючи тему даного дослідження, представляється реальним кроком держави до посилення прозорості та підзвітності медичних гарантій та сприятиме превенції корупційних діянь під час отримання медичних послуг населенням. Для країни із гібридним політичним режимом це означатиме зменшення тіньових платежів, які роками здійснювалися у медицині, та економії значної кількості державних коштів.

*«Реформа медицини безумовно рухається, просто в нас не стратегічний вектор розвитку медицини, так як в принципі і держави. Тобто постійно такими якимось зигзагами йде, тому що дуже багато суб'єктивного.*

---

<sup>14</sup> Веб-сайт Національної служби здоров'я в Україні [Електронний ресурс]: <https://nszu.gov.ua/>

*Об'єктивні всі процеси вони все рівно пов'язані з суб'єктивним сприйняттям політиків і тих, хто приймає рішення, або, скажемо так, ініціює ці розрушення. Тому воно в нас дуже все по-різному, починаючи навіть з визначення. Тобто маніпулюють чи свідомо чи підсвідомо наприклад багато політиків просто поняттям «страхова медицина» - навіть вже не цікаво навіть дискутувати на цю тему. Немає значення хто як називає, бо в нас люблять. Має значення суть питання – треба збирати гроші на медицину і витратити їх»<sup>17</sup> - коментує впровадження медичинської реформи практик з організації медицини.*

*«Ось саме при Супрун я відмітив, були системні зрушення зроблені і робилися, саме орієнтуючись не на популізм, чи як це буде виглядати політично, а саме за необхідності і саме так системно на всю країну. Оце важливо. А в основному в нас так не робиться. В нас робиться або точково – хтось якість проекти робить, отримує гроші, як Київ наприклад отримував кошти від Адміністрації Президента на те, щоб типу реформи були – це я про Януковича, коли там міняли назви ЦПМСД, тобто поліклініки перейменовувалися на ЦПМСД. Тобто були якісь не дуже зрозумілі реформи, але ніхто не питав нікого, сказали «робіть, а хто не хоче робити – звільняйтеся». Тобто дійсно відчувалося таке гібридне віяння радянщиною. Тому що Адміністрація Президента забажала зробити те. Ось все, робимо те, гроші дають. А хто дає гроші, у того й політичні важелі. Тому не було дискусії. Чому дискусії виникли от в реформах Супрун, тому що зачепили інтереси олігархів і великого фармбізнесу, і медичного бізнесу і медичної еліти – це безумовно все було. Але системно робилося і робилося із залученням розуміння спільноти. А коли в нас кажуть «зрозуміло», в нас кожен хоче розуміти по-своєму, нема такого знаєте загального бекграунду. У когось радянський бекграунд – Семашко наше все, у когось бекграунд західного більшого типу або навіть просто своє вже розуміння є і все. І кожен вважає себе експертом, але систематично, системно в медицині нема. І це до речі теж основна зараз проблема, нема такого знаєте – навіть зараз в питаннях ковіду або в питаннях вакцинації є різні думки лікарів.*

*Це теж основний показник того, що в нас нема фундаментальної медичної освіти. Да, ми дипломи всі маємо, але хтось вважає на власний розсуд, кожен лікар має свою думку і все. Хоча є якісь червоні лінії, за які безумовно не повинен виступати лікар, а тим більше якщо він управлінець високого рівня».*

За декілька років функціонування НСЗУ, тема розподілу фінансів у сфері охорони здоров'я вельми заполітизувалася. Зокрема, деякі з опитаних респондентів – а саме хірурги-практики, що безпосередньо займаються допомогою при наданні пріоритетних послуг (допомога при інфарктах та інсультах, рання діагностика раку, пологи та допомога немовлятам) зазначають, що за рахунок закупівель, які почалися у 2018 році, по Україні наразі повністю закрита проблема з інфарктом, бо він лікується безкоштовно. Наближається країна й до закриття проблеми лікування інсульту, зокрема завдяки можливості функціонування сучасного методу елімінації тромбів. Керівник регіонального центру кардіохірургії Одеської обласної клінічної лікарні професор Юрій Карпенко наголошує, що завдяки ідеї «прозорих» закупівель 3 роки тому вдалося закупити усе, чим вони користуються й донині. *«Коли ми почали робити закупівлі за допомогою спеціального агентства - Crown agency, я як експерт МОЗу відповідав за свій напрямок - аритмії. Тобто нам вдалося в 2 рази знизити ціну на стимулятори та дефібрилятори, які коштували по 5-7 тис \$, а сьогодні коштують тисяча-дві. Тоді ми придали дуже багато цих приладів, купили величезну кількість стентів по 100 \$, а раніше вони були по 400, і ось ця ідея закупівель належала Супрун»<sup>15</sup>.*

Водночас, не усі тарифи, встановлені НСЗУ хірург-практик вважає ринковими та такими, що не потребують доплати з кишені пацієнта. А отже – повернення до поширеної в країнах з гібридними режимами корупції, при доступі до послуг охорони здоров'я. *«Є проблема, яка мені абсолютно незрозуміла (хоча це Супрун придумала) - коли гроші йдуть за пацієнтом. Хоча вони йдуть, але не йдуть все одно. Тому що НСЗУ придумала абсолютно абстрактні ціни - категорія «цінник» просто впав з неба. Тобто він настільки*

---

<sup>15</sup> Авторська програма Ірини Камінської «Достояние Одессы» від 05.05.2021 з керівником Регіонального центру кардіохірургії Одеської обласної клінічної лікарні, професором Юрієм Карпенко

низький. Ну, наприклад, за операцію на відкритому серці нам дають 17 тис. грн. - це смішно. Її вартість - не менше 100 тис. грн., по-іншому її ніяк не зробиш. Я вже не кажу про наші дефібрилятори і стимулятори, які самі по собі коштують по 2000 \$, а дають 9 тис. грн. на операцію. Це зовсім інший механізм, який не працює і не працюватиме. Друге - ми зробили 1000 операцій за 2020 рік, а зарплата як була, так вона один в один. Хлопці, які роблять інфаркти-інсульты, зробили теж величезну кількість операцій, а зарплата в підрозділах ніяк не виросла. Але це вже справа, напевно, головних лікарів або ще когось, але так воно працювати не буде»<sup>15</sup>.

З такою думкою респондента погоджується й Народний депутат України Олександра Устінова, говорячи, що «проблема в тому, що всі ці тарифи встановлювалися як середні по країні. Скажімо десь там операцію на відкритому серці проводять не так багато клінік. В нас наприклад от стентування – десь в обласній лікарні коштує кілька, ну, не знаю, вісім тисяч гривень. Я вам до прикладу кажу цифру. А наприклад в інституті серця коштує 50-т, або 100 тисяч. Тому що вони закладають величезну свою «маржу». І потім коли виходить середня ціна 50-т, всі, хто брали вісім вони радуються, як районні лікарні, а ті хто звикли заробляти по сто бо вони величезну моржу собі в кишеню клали, вони не звикли. Чи потрібно було би підвищити тарифи? Да, потрібно було би. Тоді потрібно було би більшу зарплату для лікарів закладати. Але ці тарифи прораховувалися як середньо зважені по країні. Тому мені тут важко сказати – мені потрібно щоб ви дали якійсь конкретний приклад якогось конкретного тарифу, і я можу сісти подивитися вам як він там прораховувався, щоб відповідно про це говорити. Тому що коли мені зараз говорять що в нас пологи наприклад – як це так, провести пологи за 8 тисяч гривень? Тобто звичайні пологи коштують набагато дешевше – сорі, ну там нічого не потрібно. Якщо пологи вже з ускладненнями, то там вже йде абсолютна інша тарифна сітка, інша градація – 20 та більше тисяч. Кажуть «от, а якщо кесарево». А я кажу «кесарево робиться один на 10 чи на скільки випадків. І за рахунок, що всі інші 9 набагато дешевше ніж 8, оце кесарево й

*покривається». Таким чином, коли встановлюється один для всіх, людей не спонукають робити більше кесарево – це стандартна практика для цивілізованих країн. Тому що по-іншому, це просто легше, не буду вдаватися в подробиці»<sup>16</sup>.*

А ось экс-очільник Київського міського центру здоров'я Отто Стойка в свою чергу вважає, що створена НСЗУ безумовно сприяє попередженню корупції у медичній галузі. По-перше, офіційно почали звучати конкретні цифри, тобто хірурги вже готові обговорювати їх в суспільстві. Раніше відкрито піднімати цю тему в Україні не було прийнято - обговорювати, чому за операцію потрібно платити певні кошти. Або просто «дякувати» лікарям. Тобто це була індивідуальна справа та інкогніто. На його думку, усі ми поодинокі зустрічаємося із цими проблемами, або сім'я зустрічається, і вирішуємо їх так, як можемо вирішити. Тому що в нас існує такий «суспільний договір» вже давно.

*«НСЗУ – це якісно новий підхід. Да, зберіглася в нас гібридна така ситуація в медицині, тобто люди доплачують. Навіть рахували експерти і проекти були міжнародні, вивчали ці питання – получается у нас можна додавати до ВВП ще 3% проплати від людей. Вважається, що це все рівно безумовно недостатньо грошей, краще було б і 8 і 9 і 10% ВВП на медицину, але проплати суттєві йдуть як неформальні платежі і тому НСЗУ прецедент створила – що виводиться усе в офіційне обрахування й чітке обрахування. Тобто раніше теж щось рахували, але тепер це реальні та конкретні гроші. Це вже не рахування, а нарахування, перерозподіл цих грошей, які всі відчують та бачать – я маю на увазі тих, хто надає медичні послуги. Головний лікар конкретного лікувального закладу, лікарі які отримують з цього зарплату, і цей механізм, те, що його запустили – це дуже важливий прогресивний крок. По-перше, це розвантажує МОЗ, якщо дивитися управлінські. Окрема інституція відповідає за гроші. Я, як бувший керівник установи можу сказати,*

---

<sup>16</sup> Інтерв'ю №3 від 18.05.2021 з українською політичною діячкою, громадською активісткою, народним депутатом України IX скликання, членом Комітету Верховної Ради України з питань правоохоронної діяльності, Членом фракції «Голос» Олександром Устїновим

*що це велике навантаження на керівника, коли йому треба ще контролювати потік грошей. А в масштабах країни це взагалі. Тут вироблені чіткі механізми і я бачу в цьому тільки позитив, незважаючи на те, що кажуть про недостатність грошей. Безумовно недостатньо, і їх не буде ніколи достатньо, тому що всі технології вдосконалюються і дорожчають, всі медичні втручання дорожчають. 10 років тому по-моєму в нас ще ніхто не робив аорто-коронарне шунтування, зараз його роблять в усіх обласних центрах. Тобто це не є проблемою технічною. Це є проблемою матеріальною, проблеми є в кваліфікації лікарів – це все зрозуміло, але за рахунок цього дорожчає все і рахувати прийдеться все ретельніше і вирішення проблеми стало легше тому, що да, НСЗУ на операцію дає стільки-то і не вистачає ще стільки-то, але треба вирішити питання, що ці гроші треба десь брати. Або люди беруть зі своєї кишені, або політики і управлінці дають з місцевого бюджету, або ще з центрального бюджету доплачують. Тобто це зрозуміло, починаються якісь «правила гри». В медицині найменше врегульована, мені здається, фінансова галузь. Тобто хто на що гаразд – десь є фонди, десь благодійні внески, десь примусові благодійні внески, десь реальні благодійні внески які добровільно збирають громади, тобто є дуже багато різних форм фінансування. Але ми повинні розуміти, що в НСЗУ запровадили такий державницький рівень до підходу управління грошима. Тобто це ця модель, яка повинна бути. Крім того, що все інше в нас не зникло і навряд чи зникне найближчим часом, тобто потрібно бути такою країною як Швеція, Норвегія. Поки що ні, але все одно – це все ж таки дуже прогресивний крок»<sup>17</sup>.*

У самій НСЗУ наголошують на дотичності діяльності установи до антикорупції, у розрізі впровадження електронних сервісів, що набувають особливої актуальності у сучасному світі. Розвиток новітніх технологій – електронних медичних записів, медичних приладів та додатків для смартфонів надає лікарям можливість більш оперативно покращувати стан здоров'я та рятувати життя пацієнтів. Водночас, при користуванні електронною системою

---

<sup>17</sup> Інтерв'ю №1 від 12.05.2021 з завідувачем відділу медико-просвітницької роботи Київського міського центру громадського здоров'я Отто Стойкою (у 2013 – 2019 рр. – головний лікар Київського міського Центру здоров'я)

охорони здоров'я (ЕСОЗ) eHealth – що була впроваджена в Україні декілька років тому та дозволяє зберігати і обмінюватися даними про стан здоров'я пацієнтів, лікарі мають справу з чутливою інформацією з огляду на персональну та медичну її складову. Тож актуальним постає питання не тільки фахового користування діджитал-технологіями медичними працівниками, а й нагальність забезпечення захисту даних про пацієнтів від випадкових втрати або знищення, незаконної обробки чи заміни (підробки), а також від несанкціонованого доступу.

Саме з цією метою Проект підтримки реформи охорони здоров'я USAID (HRS) ініціював створення спеціалізованої навчальної програми з питань захисту персональних даних при роботі з ЕСОЗ eHealth. Робота розпочалася у 2019 році із аналізу загального законодавства про захист персональних даних та діючих норм щодо обробки персональних даних. А вже 24 березня 2020 року 144 представника партнерських закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги з різних регіонів України взяли участь в онлайн вебінарі, що був проведений на основі отриманих даних та започаткував ідею створення навчальної онлайн програми.

За даними установи, ЕСОЗ eHealth дозволила обмінюватися інформацією між усіма учасниками процесу - НСЗУ, закладами первинної та спеціалізованої допомоги, пацієнтами та аптеками. Відкриті дані допомагають контролювати рух коштів у сфері охорони здоров'я і є прикладом антикорупційних інструментів, які допомагають громадськості слідкувати за перебігом медичної реформи. Зрештою на підставі відкритих даних НСЗУ ухвалює управлінські рішення та спрямовує бюджетні кошти туди, де вони найбільш потрібні. Крім того, за їх словами відкриті дані НСЗУ корисні також:

- 1) Органам влади, які відповідають за реалізацію медичної реформи в Україні. Вони отримують додаткові інструменти для планування та моніторингу впровадження змін.



2) Натомість у медичної спільноти та зацікавлених сторін завдяки даним, що дають змогу контролювати рух коштів, з'являються інструменти впливу на відповідальні органи влади.

3) На основі відкритих даних створюють інтерактивні сервіси та продукти для громадян.

4) Журналісти отримують нові джерела інформації та інструменти для аналітики, моніторингу та контролю витрат бюджетних коштів.

5) А бізнес може використовувати ці дані для своїх завдань. Наприклад, аналізуючи мережу аптек, які підписали договори з НСЗУ на постачання лікарських засобів<sup>18</sup>.

Втім, НСЗУ не тільки публікує дані, а й створює аналітичні дашборди для їх візуалізації – за допомогою яких будь-хто може перевірити достовірність інформації про діяльність НСЗУ та перебіг медичної реформи<sup>18</sup>.

Працівники Департаменту комунікацій НСЗУ зазначають, що обсяг користування дашбордами на сайті НСЗУ становить 20% від усього трафіку сайту. У січні 2020 року кількість переглядів становила понад 176 тис., а у березні 2020 року, перед стартом другого етапу медичної реформи - майже 510 тис. Загалом, за перші три квартали 2020 року кількість переглядів дашбордів на сайті НСЗУ становила понад 2 млн<sup>18</sup>.

За їх словами, зараз на сайті НСЗУ доступно 24 дашборди. За допомогою яких можна дізнатися:

- які послуги за Програмою медичних гарантій надає будь-який заклад охорони здоров'я, що підписав договір з НСЗУ;
- де можна укласти декларацію та з яким лікарем;
- де розташована найближча аптека з Доступними ліками;
- скільки грошей отримав медзаклад від НСЗУ та за які послуги<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Онлайн-брифінг НСЗУ від 22.12.2020

За даними представників Департаменту комунікацій НСЗУ, більшість дашбордів - 12, стосуються первинної медичної допомоги, у категорії спеціалізованої медичної допомоги - 10 дашбордів. 8 дашбордів показують інформацію щодо COVID-19, а 7 - про Доступні ліки:

*«Найпопулярнішим дашбордом за останній час став інструмент який показує, скільки закладів уже подали свої пропозиції, щоб укласти договір з НСЗУ і працювати з 1 квітня за новою програмою медичних гарантій».*

*На другому місці дашборд «Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги». Це один з найкорисніших інструментів, адже дозволяє побачити, з яким лікарем можна підписати декларацію.*

*Ще один корисний для пацієнта дашборд – «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». Зараз пацієнт не обмежений у виборі медичного закладу. Він може звернутись з електронним направленням туди, де йому зручно. Це може бути медзаклад комунальної або приватної форми власності, або ж лікар, який має власну практику. Головна умова - наявний договір з НСЗУ. Дашборд «про укладені договори» показує, чи надає обраний вами заклад потрібну послугу.*

*Ще один важливий дашборд – «Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій». На ньому пацієнт може побачити скільки грошей та за які послуги отримала та чи інша лікарня за договором з НСЗУ. Така інформація допоможе уникнути маніпуляцій про те, що «державна не виділила грошей». Адже отримані кошти заклад у першу чергу має спрямувати на надання безоплатних послуг пацієнтам.*

*Щодо медичної допомоги пацієнтам з коронавірусом, на спеціальному дашборді можна побачити перелік лікарень, які госпіталізують таких пацієнтів. Також можна знайти дані щодо залишків ліків, необхідних для боротьби з COVID-19 і які пацієнт може отримати безоплатною. Цей дашборд має назву «Інформація про залишки лікарських засобів, необхідних для*

виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню COVID-19».

*Як бачимо будь-хто, може зайти на сайт та в зрозумілому інтерфейсі знайти інформацію, яка його цікавить. До кожного дашборду є інструкція з користування, а дані є динамічними та оновлюються кілька разів на день.*

*Для тих пацієнтів, які не мають доступу до електронних інструментів, або не мають навик користування ними, працює контакт-центр НСЗУ. За коротким безкоштовним номером 16-77 також можна отримати інформацію, про те, як обрати лікаря, в якій лікарні отримати послугу та багато іншого»<sup>18</sup>.*

Практики організації медицини все ж схиляються до думки, що яскравим взірцем ефективного впровадження електронних сервісів у тому числі у сфері охорони здоров'я, є Естонія. *«Всі кажуть про електронні системи в охороні здоров'я, вони частково є й в Україні – але частково, на жаль. Тобто це теж, буде одним з фундаментальних рішень, коли і статистика буде вся починатися із конкретного хворого, з конкретної людини, і всі наші електронні рецепти будуть і електронні історії хвороб, тобто тоді все буде на сучасному рівні і тоді легше цей аналіз робити великих даних, дашборди і попереджати корупцію безумовно у тому числі»<sup>17</sup>.*

На думку деяких українських політиків, діджиталізація всередині інституції все ж сприятиме зменшенню корупційних ризиків та більшій прозорості. Водночас зазначається, що для покращення надання послуг лікарями та превенції корупційних діянь, НСЗУ мала би виробити та впровадити певну інноваційну практику, яка дозволяла би ефективно боротися із хабарництвом в медичних колах. *«З того, що я бачу зараз, в НСЗУ немає корупції. Там все зараз досить прозоро і те, що вони зараз роблять – намагаються перевести всі системи в електронний формат, щоб була мінімальна залученість людей до прийняття рішень, то це навпаки сприяє прозорості і зменшенню корупційних ризиків. Чи вони зараз напряму борються з хабарництвом лікарів – ні, не борються, а тому що це не є їх роботою і цим має*

займатися Національна поліція. Але я би наприклад дуже хотіла, щоб в НСЗУ було таке, щоб приміром якщо людина або лікар якийсь приміром підозрюється у корупції, щоб з ним потім ніколи знову не підписували контракт. Але цього немає прописаного у законодавстві. Бо якщо лікарі, наприклад, видають липові довідки по вакцинації – як дітям часто роблять, щоб робити взагалі може якісь, я пропонувала свого часу, роботи *secret customer*. Ви знаєте, що таке система «секретний покупець»? Це така система, яка працює у всіх великих кампаніях, особливо в рітейлі, коли грубо кажучи – ви Adidas, і у вас є купа магазинів, чи Nike, чи там ще щось. І ви маєте людей спеціально навчених, які приходять як секретний покупець і не знаю, наприклад себе погано ведуть, вимагають щось більше показати – тобто вони дивляться, як працює їх сервіс. Тобто насправді таке саме має бути і в НСЗУ, вони мають приходити до прикладу до лікаря і казати, «а можна я куплю у вас довідку, бо я не хочу дитину вакцинувати». Або якісь такі речі. Але це треба дуже багато на законодавчому рівні, тому що це фактично криміналізація багатьох таких речей, які зараз не криміналізовані»<sup>16</sup>.

## **2.2. Зарубіжний досвід доступу до послуг з охорони здоров'я у країнах пост-радянського та соціалістичного табору (на прикладі Грузії та Сербії)**

Напряму гібридні політичні режими та доступ до послуг охорони здоров'я пов'язують й представники медичної спільноти країн пост-радянського та соціалістичного табору – Грузії та Сербії. І хоча у цих країнах системи охорони здоров'я побудовані абсолютно по-різному, певні ознаки гібридних політичних режимів ми можемо спостерігати на конкретних прикладах.

Єдиного органу, який би займався закупівлями або виконував би функцію Національної служби здоров'я, в Грузії немає. Ургентні випадки покриває так звана національна страховка, яка вже не працює у випадках необхідності доступу до первинних послуг охорони здоров'я. *«У нас відсутність primary health - це найбільша проблема. Коли людина вже на зовсім останній стадії або щось жахливе сталося, тільки тоді держава включається. А до того, якщо ти сам не зафіксуєш себе в приватну клініку, то допомоги ніякої немає»<sup>19</sup>* - розповідає про ситуацію із доступом до первинної допомоги менеджер з клінічних досліджень Батумської реферальної лікарні.

За останні 2-3 роки на фінансування охорони здоров'я в Грузії витрачалось 5% ВВП, а максимально за останні 10 років, доходило й до 10%. Але зважаючи на відсутність можливості превенції захворювань за державний кошт, кількість захворювань, що тягнуть за собою вартісні операції, тільки збільшується. *«По-перше, в нас існує ментальна проблема, тому що люди хочуть платити тільки тоді, коли у них вже є проблема - а не просто так, щоб лікар подивився. Відповідно, програма з всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я ніяк не може бути впроваджена на державному рівні. В 95% це роблять в приватних клініках. Виходить, що за рахунок офіційних внесків корупція в медицині первинного рівня в Грузії відсутня»<sup>19</sup>* - коментує дослідник.

---

<sup>19</sup> An interview №2 from 12.05.2021 with Clinical Research Manager of Batumi Referral Hospital Sulkhan Inaishvili

За його словами, найголовніша проблема системи охорони здоров'я в Грузії пов'язана із політикою еліт, які приходячи до влади захищають монополії. *«Це стається тому, що в основному охороною здоров'я керують фінансисти і дивляться на цей процес тільки з комерційної точки зору. Для них монополія не являє собою якийсь бар'єр. Найбільша проблема була у нас, з якою зіткнулися медики і економісти, коли Бендукідзе очолював Міністерство економіки і у прямо сенсі слова поклав руку на охорону здоров'я. У нього була політика «продавати все, що потрібно, крім совісті». Це було його гасло. Відповідно він дивився на охорону здоров'я тільки з економічної точки зору. І весь час казав про саморегуляцію ринку. Насправді ж це можна віднести до всього, крім охорони здоров'я. Тому що як ми можемо розрахувати, що буде через місяць. Ось епідемія настала і як ринок зараз буде регулюватися. А що, ми можемо відмовитися від онкології і зараз тільки цим займатися? Або як ми можемо, ось зараз інфекційний департамент і у нас немає приватних секцій, його закрити чи що? І займатися тільки тим, що є? Це ж не звичайний ринок, де є тільки те, на що є потреба. Ось такою була політика при Саакашвілі, який в принципі й зруйнував систему охорони здоров'я. І все почали продавати, закривати, якщо не було потреби у функціонуванні, і раптом, коли ця потреба виникала, вже був тупик»<sup>19</sup>.*

Дещо інакшу ситуацію можна спостерігати у Сербії, яка за даними ВООЗ та Світового Банку витрачає на фінансування охорони здоров'я 8,45% ВВП – що є немалим відсотком. Водночас, у своєму інтерв'ю незалежний експерт підкреслює, що за останні десятиліття думки політиків постійно змінювалися, а відставання системи охорони здоров'я від сусідніх країн – членів ЄС ставало дедалі помітнішим. У деяких державних медичних установах країни, на жаль, й досі процвітає корупція, і пацієнти повинні платити лікарям і медсестрам навіть за те, щоб на них звернули достатню увагу. До прикладу, при візиті у державну клініку пацієнту можуть запропонувати зробити необхідний рентген – чекати ж на результати він повинен буде 6-8 місяців. Що, звичайно, унеможлиблює оперативну діагностику можливого захворювання та може призвести до

незворотніх наслідків для здоров'я пацієнта. У той же час лікар може прямо натякнути, що після обіду цього ж дня веде прийом у приватній клініці, де за комерційним тарифом можна буде й оперативно зробити необхідний рентген, й за потреби визначитися із потрібним лікуванням. Експертка називає це прихованою корупцією, тому що, з одного боку – платити за встановленим комерційним тарифом у приватній клініці є начебто й нормальним, але шлях, який призводить до таких звернень та платежів у приватну медицину, є неетичним.

Незважаючи на те, що Сербія завжди мала аналог Національної сліжки здоров'я – Health Insurance Fund, та за комуністичних часів знаходилася «десь посередині між Радянським Союзом та західним світом», цей Фонд не є багатим. За словами експертки, «сьогодні кожен, хто працевлаштований, повинен платити податки у відсотках, а це майже половина заробітної плати - до Пенсійного фонду та Фонду охорони здоров'я. Але враховуючи низький ВВП, високий рівень безробіття, низькі зарплати - отже, Фонд небагатий. Фонд ніколи не визначав, що називається пакетом допомоги для здоров'я. Насправді багато медичних послуг повинні покриватися Фондом, але ви не можете отримати до них доступ. Потрібно чекати віками, а це неможливо. Приватні ж заклади охорони здоров'я не покриваються медичним страхуванням. Та є доступними тільки для багатих людей. Тож якщо я хочу звернутись по медичинську допомогу, наприклад, приватно, мені доведеться платити повністю зі своєї кишені»<sup>20</sup>.

Обидва респонденти відзначають, що поточна ситуація із пандемією не тільки посилила обмеження у доступі до послуг охорони здоров'я для населення в обох країнах, а майже унеможливила їх взагалі.

«Ми взагалі не були готові. І я думаю, що ситуація стає кращою тільки зараз. На даний момент ми маємо приблизно 18 000 додаткових смертей, ніж у середньому за останній рік. У нас дуже низька офіційна смертність від COVID-19, майже нижча у світі, оскільки політики не мають реальних даних.

---

<sup>20</sup> An interview №4 from 21.05.2021 with WHO Independent Expert Elizabet Paunovic (Belgrad, Serbia) (2013 – 2019 Head of the WHO European Centre for Environment and Health (ECEH), Bonn, Germany)

*Але кількість померлих людей є неможливим приховати, тож, якою б не була причина, у нас немає тисяч людей. Напевно, із-за відсутності доступу до послуг охорони здоров'я, але за минулі роки й із-за ковіду зокрема. І деякі журналісти розслідувачі здійснюють через це скандали, але популістичний уряд каже: «ми успішні»<sup>20</sup> - коментує ситуацію в Сербії незалежна експертка.*

*Грузинський експерт зазначає, що поштовхом для розповсюдження ковіду по країні стало політичне потурання ситуації минулим літом та вільне функціонування громадських закладів харчування та розважальних місць. «У Грузії був строгий карантин, навіть машини заборонили на тиждень, перші два-три місяці заборони ідеально попрацювали. Потім вони розслабилися, і ось після цього як почалося, так не закінчилося. Ну як, розслабилися - дискотеки, літо було звичайне, і ось після цього все почалося. Що це означає? Ну звичайно, у лікарів не було ось цих кисневих балонів, вони відпускали пацієнтів по різних регіонах, а там лікарський склад не був підготовлений. Вони могли протягом цього часу, коли у нас були великі локдауни навесні, підготувати медсестер, лікарів, помічників. Вони цей час не використали. І коли лікарні отримали ці балони як допомогу від різних держав, медсестри і помічники не знали, як ними можна користуватися. Відповідно був великий дефіцит кадрів. Таким чином, система трохи не дійшла до колапсу - це було приблизно в листопаді-грудні минулого року»<sup>19</sup>.*

Описані приклади доступу до послуг охорони здоров'я у двох різних країнах, обидві з яких належать до країн з гібридними політичними режимами, вельми яскраво демонструють, що незважаючи на відсоток ВВП, який витрачається з державного бюджету на охорону здоров'я, наявність чи відсутність єдиного органу державної влади, що є чи міг би бути відповідальним за закупівлі, впровадження електронних сервісів у галузі охорони здоров'я та автоматично – превенцію корупції, населення обох країн має великі перешкоди зокрема у вільному доступі до первинної ланки медицини. Респонденти відзначають й специфіку ментальної складової населення, яке радше не буде звертатися за скринінгами взагалі чи погодиться



дати лікарю хабаря, задля оперативного отримання необхідних результатів, ніж буде піднімати питання корупції у суспільстві та захищати свої права – як громадянина та пацієнта. Що підтверджує риси про низьке участництво громадян у суспільному житті та процесі прийняття політичних рішень, а також слабкість інституцій – у даному випадку - сфери охорони здоров'я, притаманні країнам з гібридними режимами.

## **Розділ 3. Перспективи розвитку сфери охорони здоров'я у країнах з гібридними режимами**

### **3.1. Чи підривають гібридні режими здоров'я населення: тестування гіпотези**

Враховуючи те, що гіпотезою дослідження є спроба з'ясувати, чи притаманні державам із гібридними режимами проблеми в досягненні прогресу в показниках здоров'я населення, доцільним вважається зазначити її зв'язок з теоретичною літературою.

Так, за даними дослідження<sup>21</sup> російських науковців, що було опубліковане в минулому десятиріччі та охоплювало межі досліджуваного часового періоду з 1989 по 2011 роки по 29 країнах, багато країн пострадянського та соціалістичного табору відрізняються гібридністю своїх режимів. У Центральній Європі це Албанія, Болгарія, Македонія, Румунія, Сербія, Словаччина. Серед держав колишнього СРСР - Вірменія, Білорусь, Грузія, Молдова, Росія, Україна.

На думку науковців, однією з відмінних рис посткомуністичної трансформації є одночасність широкого ряду економічних і політичних реформ. *«У більшості інших випадків радикальних змін фокус зміщений або на політичну систему, коли економіка залишається в своїй основі колишньою, або змінюється економічна система, але політичний режим зберігається (як правило, в недемократичних державах)»<sup>21</sup>*, - зазначають автори.

Для перевірки своїх гіпотез автори використовували регресійний аналіз даних 29 країн. У числі залежних змінних фігурували середня тривалість життя і рівень смертності за специфічними причинами. У якості контрольних змінних

---

<sup>21</sup> Kozlov V., Balalaeva D. Institutional Deficit and Health Outcomes in Post-Communist States [E-resource]: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2521327](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2521327)

- показники соціально-економічного розвитку країни, споживання алкоголю та військові конфлікти.

Так, за результатами дослідження, середня тривалість життя чоловіків з 1989 до 2011 року виросла до 71,9 років в країнах Центральної та Східної Європи, жінок - до 80,3 років. У групі держав Євразії середня тривалість життя чоловіків у досліджуваній період становила 65,1 років, жінок - 74 роки. На думку авторів результати дослідження доводять, що фактори економічної і політичної лібералізації роблять значущий вплив на тривалість життя тільки тоді, коли діють спільно.

Що ж впливає на показники здоров'я населення у країнах з гібридними політичними режимами? Як зазначають автори дослідження, це - нездорова конкуренція, яка є результатом різноспрямованого розвитку економічних і політичних інститутів, а також корупція в секторі охорони здоров'я. *«Тут мова може йти про куплені медичні дипломи або придбання медичного обладнання шляхом нечесних тендерів. Сюди ж відноситься некомпетентність управлінців у галузі політики охорони здоров'я, нездатність розвивати медичні інновації. Серед причин поганих показників здоров'я населення, що не відносяться безпосередньо до медицини і охорони здоров'я, - збільшення стресу на робочих місцях, зниження рівня матеріального благополуччя, зростаюче безробіття і соціальна нерівність»<sup>21</sup>.*

Таким чином, результати дослідження співробітників Національного дослідницького університету «Вища школа економіки»<sup>22</sup> Володимира Козлова та Діни Балалаєвої підтверджують гіпотезу про те, що держави з гібридними режимами часто мають проблеми в досягненні прогресу в показниках здоров'я населення.

З зазначеними показниками погоджуються й опитувані дослідники – резиденти країн з гібридними політичними режимами. Наголошуючи із самого

---

<sup>22</sup> Веб-сайт Высшей школы экономики [Электронный ресурс]: <https://www.hse.ru/>

початку на некомпетентності управлінців у галузі охорони здоров'я та виділяючи це, власне, основною проблемою.

*«Звичайно, термін «підривання здоров'я населення» прямо пов'язаний з таким типом режиму, так як наша реальність що собою являє? Приходить нова влада і все змінює, що до цього було зроблено. Навіть якщо там щось хороше було, вони принципово можуть це не прийняти і щось нове почати. Поки вони почнуть щось нове, вже можуть програти вибори і це нескінченно може продовжуватися. Наприклад, зараз у нас нова влада в Грузії, яка вже останні 9 років, і у них є програма елімінації гепатитів. З бюджету на це витрачається багато грошей і багато людей - точну цифру я зараз не можу сказати - отримали в житті таку можливість, яку б ніколи не отримали, бо це дуже дорогий препарат. Тільки б багаті змогли це отримати. І відповідно вони вилікувалися, але більшість з них не дожило б кілька місяців, вони б померли. З одного боку, для них це шанс був. Є велика критика опозиції, тому що дуже багато грошей витрачається на це і для багатих це теж безкоштовно. І в будь-який момент, якщо влада зміниться і прийде опозиція, вони цю програму скасують і скажуть, що грошей немає і нехай багаті платять самі. Можливо вони втратять фінансові доходи від цього, але відповідно ця програма прогорить. Це всього лише один з прикладів, який можна застосувати на будь-яку таку правильну програму. Відповідно, найбільша проблема при такому режимі, що немає стабільності. І якийсь довготривалий ефект неможливо розрахувати.*

*Коли різні політичні піраміди приходять до влади, вони, звичайно, схильні спекулювати на реформах охорони здоров'я. Вони це роблять і тільки в одиничних випадках трапляється, що вони продовжують курс по якомусь напрямку. А так завжди все однаково, і є схильність до того, що вони будуть завжди рубати все, що до цього було зроблено і відповідно вони під своє ремесло все переводять. І від цього тільки втрачає народ. І час ще втрачає»<sup>19</sup> - каже менеджер з клінічних досліджень Батумської реферальної лікарні Сулхан Інаїшвілі.*

Екс-голова Боннського центру ВООЗ з довкілля та здоров'я та нині незалежний експерт з довкілля та здоров'я Сербії Елізабет Пановіч вважає, зі свого боку, гібридні політичні режими популістичними. *«Насправді, якщо влада не піклується про громадян та їхні права, звичайно, вона не може піклуватися про їх здоров'я. Я думаю, що всі такі режими є популістичними, бо вони порожні. Отже, у влади немає жодної політичної ідеї, щоб залучити людей. І вони повинні піти на цей популістичний підхід, на великі слова, на великі обіцянки, потім говорити про націю та оборону країни, історію тощо. Це великі слова без будь-якого значення, що насправді порожні. Як великий мішок. У провладних еліт є великі проекти, наприклад вони будують великі пам'ятники, які повністю знищили міські центри принаймні в Сербії та Македонії. У той же час, у Белграді немає очисних споруд. А місто налічує майже півтора мільйони мешканців. Тож наші екскременти надходять безпосередньо до наших прекрасних річок. Але зараз це не пріоритет для влади, адже здоров'я - не пріоритет. Якість води не є пріоритетом. Наразі вони будують водяний фронт Белграда, це - велика будівля біля берегів річки Сави. А потім у цей великий проєкт піде необроблена комунальна вода. Тому я думаю, що такі провладні дії насправді й пояснюють суть гібридних режимів»<sup>20</sup>* - каже вона.

До популістичної складової гібридних політичних режимів при забезпеченні доступу до послуг охорони здоров'я апелює й завідувач відділу медико-просвітницької роботи Київського міського центру громадського здоров'я Отто Стойка – колишній головний лікар Київського міського Центру здоров'я. *«Для політичних еліт, що приходять до влади, питання маніпулювання охороною здоров'я важливе як політична складова. Тобто медицину – наскільки я пам'ятаю що в Києві, що в Україні – завжди політики використовували в політичних цілях. Тобто популізм, у тому числі враховуючи складову медицини, мені здається дуже легко брати для політиків. Ну ось наприклад за часів Януковича, це були гроші вкладені в розвиток пренатальних центрів. З одного боку це – добрий крок, тому що будь-яка*

*високоспеціалізована допомога, це дійсно рятування життів. Особливо дітей. Але сказати, що було якесь консолідоване рішення когось з експертів в охороні здоров'я, то ні. Це було політичне рішення, яке потім просто спустили для виконання. Так само й по різних проектах, вони йшли в основному з Адміністрації Президента. Тому що це було політичним рішенням»<sup>17</sup>.*

Водночас, він не вважає вірним вислів що гібридний політичний режим прямо «підриває» здоров'я населення. Оскільки будь-яка держава все ж таки має краще чи гірше закладений вектор з організації медичної допомоги. *«Наприклад на початку 90-х років, коли були саме дуже серозні трансформації суспільно-політичні, ми можемо побачити що там був дуже сильний спад економіки і сильний спад тривалості життя. Я нещодавно як раз дивився по Україні тривалість життя чоловіків, то іде хвиля така от спаду десь з початку 90-х до 1996-97 р., провал можна сказати. Потім вже йде підйом і до речі він приблизно виходить на рівень 60-х рр. Тобто безумовно ті політичні процеси впливають у тому числі на стан медичної допомоги, але в останні роки це був більше вплив оцих форс-мажорів, пов'язаних з ковідом. Це в більшій мірі вплинуло, тому що є спроможність все ж таки мінімально покривати медичну допомогу для людей в нашій країні, але безумовно з великими розбіжностями в доступі до високоякісної допомоги»<sup>17</sup>.*

Схожі дані можна спостерігати й в дослідженні російських науковців, які пов'язують посткомуністичну трансформацію економіки та політики з помітним погіршенням стану здоров'я населення. *«У 1990-ті роки Росія зіткнулася з безпрецедентним падінням середньої тривалості життя, особливо у чоловіків, повернувшись за цим параметром на максимальний рівень 80-х років тільки у 2013 році. У той час як більшість східноєвропейських країн після проведення реформ досить швидко досягли стабільного зростання середньої тривалості життя»<sup>21</sup>,* - відзначають Володимир Козлов і Діна Балалаєва.

Українські лікарі-практики, що займаються у тому числі організацією медицини вважають, що наразі Російська Федерація зберегла свій пострадянський потенціал та точкове відношення - згідно із яким талановитим

керівникам закладів охорони здоров'я, що мають лояльність до наявного політичного режиму, надається фінансування від держави на розвиток таких закладів. *«Коли держава бачить, що можна все зробити, є безумовно політичний зиск, держава вкладає в це і гроші, і можливості. Але що проблемно у таких недемократичних країнах – це відсутність прозорості у фінансуванні та статистиці. Тобто те, до чого також не дійшла ще Україна – до прозорості»<sup>17</sup>.*

Говорячи про процес та результати реформ у посткомуністичних країнах російські дослідники відзначають, що хоча багато країн одночасно пережили й падіння політичної системи й економічні шоки, результати в різних країнах виявилися різними. Згідно з доповіддю Європейського банку реконструкції і розвитку (ЄБРР), до 1995 року найбільш успішні країни, наприклад, Угорщина прийняли і вдосконалили закони про конкуренцію, нейтралізувавши основні картелі. В інших країнах, наприклад, в Грузії, реформатори в цей час тільки почали займатися законодавством про конкуренцію. *«Чеська Республіка, Угорщина і Словенія стали повноцінними демократіями вже до 1993 року. Росія і Грузія на початку 90-х перебували в проміжному положенні»<sup>21</sup>,* - відзначають Козлов і Балалаєва. Інші країни - Білорусь і більшість держав Центральної Азії - зберегли статус-кво, впевнено розвернувшись у бік авторитаризму.

Фактично дослідники за характером здійснення демократичних та економічних реформ розбивають країни на 3 групи, одні з яких успішно провели економічні та політичні реформи (це - центрально- і східноєвропейські країни, такі як Словенія, Словаччина, Польща, Литва, Латвія, Естонія, Угорщина і Чехія); другі запізнювалися із реформуванням економіки та (в більшості випадків) політичної сфери (євразійські країни - Росія, Казахстан, Білорусь, Азербайджан, Вірменія, Киргизстан; та треті - які практично не провели ніяких реформ (Узбекистан і Туркменістан).

І якщо думки опитаних практиків медицини – представників країн з гібридними політичними режимами є одноставними щодо, до прикладу, країн

Балтії (які мають виражений демократичний режим), то щодо Білорусі й досі лунають різні думки. Дехто з хірургів-практиків вважає, що в Україні може ефективно діяти тільки система Миколая Семашко, який за радянськими стандартами створив так звану першу в світі інноваційну систему охорони здоров'я. Що згідно із декретом від 31 жовтня 1918 року гарантувала соціальне медичне забезпечення усіх верств населення.

*«На мою думку, все повернеться швидше за все, до державного розподілу. І ми будемо змушені - що абсолютно правильно - збільшувати витрати на медицину. Щось помре по дорозі - більшість госпіталів, які неспроможності та вже розсипаються, зупиняться - ну і добре. Тобто виживуть ті, які виживуть і їх вже треба буде нормально фінансувати і повертатися до системи. Ця система називається Семашко - тому що ніякої іншої насправді не існує, просто все треба зробити правильно. Для початку слід прибрати непотрібне і гідно фінансувати. Тому що 3% ВВП не врятовують нашу медицину»<sup>15</sup> - ділиться думками керівник регіонального центру кардіохірургії Одеської обласної клінічної лікарні професор Юрій Карпенко. «Говорячи про організацію медичної допомоги, я б не вибирав ту модель, яку вибрала Супрун. Я б вибрав близьку нам модель - білоруську, тому що в них медицина дуже хорошого рівня. Я був там багато разів і я точно знаю, яка вона там все є, і нічого нового вони не придумали. Коней на переправі не міняють, це всі розуміють. Тобто все, що треба було зробити – це збільшити фінансування медицини на першому етапі з ВВП 3% - який ми сьогодні витрачаємо в Україні, низького ВВП до речі, а треба витратити хоча б 7-8%. Все, це аксіома. Буде в 3 рази більше грошей в медицині, і буде в три рази краще медицина. Цього вистачить щоб закрити всі наші основні проблеми»<sup>15</sup>.*

З такою думкою стосовно фінансування медицини погоджуються й інші опитані респонденти. Народний депутат України IX скликання, член Комітету Верховної Ради України з питань правоохоронної діяльності, Член фракції «Голос» Олександра Устінова вважає, що мінімальним відсотком фінансування медичної системи будь-якої країни є цифра 5. «Я вам скажу, що наша партія



кожен раз до бюджету подає ці правки, минулого разу нам навіть вдалося збільшити бюджет, але цього всього все одно – не вистачає. Тому щонайменше має бути 5%, у кращому випадку – 7% від ВВП для того, щоб в нас хоч трохи була дофінансована система охорони здоров'я. Але проблема власне не тільки в тому, що вона недофінансована, але навіть і ті гроші, які є, вони не витрачаються: а) ефективно; б) на те, на що хотіли би лікарі, а вони в першу чергу говорять про зарплати. У нас проблема в тому, що – я наведу вам яскравий приклад. В нас Уряд і Верховна Рада виділили гроші на підвищення зарплат лікарям, які борються з ковідом. 35% цих коштів не були використані МОЗ. Тобто вони фактично повернулися назад до бюджету, або були перерозподілені на інші програми. За таке має нести хтось відповідальність – слава Богу, звільнили Міністра»<sup>16</sup> – коментує вона, принагідно ілюструючи трикутник політика – охорона здоров'я – корупція в Україні.

Екс-голова Київського міського центру здоров'я Отто Стойка каже, що історія виникнення моделі Миколая Семашко є такою, яку навіть «неприємно згадувати. Тому що взагалі історія цього питання є на початку становлення Радянського Союзу, який просто авторитарний тоталітарний режим, там все було врегульовано і можна було без грошей взагалі державі обходитися, тому що всі були раби. Рабів можна було або лікувати, або не лікувати, це вже на розсуд держави. Як їх лікувати і скільки їх лікувати, це вже вирішувала держава. Чи посилати їх на лікування, чи посилати їх в санаторії, чи посилати їх в ГУЛАГ. Мені здається тут йде зомбування в тому відношенні, що все було одноманітним і нічого не вартувало державі, безумовно за ініціативою людей були гарні якісь спеціалісти – все рівно не було такої урівніловки – або гарні якісь заклади, які вже були віянням 70-х-80-х рр., коли керівники різних окремих закладах їздили на поклон в Міністерство охорони здоров'я ще Радянського Союзу в Москву, вибивали собі якісь гроші на капітальні ремонти, на апаратуру, тобто це було не системно. З одного боку системний підхід був в тому, що все було однаково, з іншого – якщо щось було треба, то це були випадки, якісь окремі заклади, які відрізнялися. І знову ж таки, лікування еліти

*це була окрема закрита каста і закриті установи. Вони в нас відгукуються й до сих пір – це Феофанія. Коли знову ж таки, Супрун поставила питання що «давайте доступ всім людям», так же воно і не стало доступним всім людям. Тобто ці всі підходи ще зберігаються. Тобто з одного боку, всі-всі лікуємося, а з іншого – все одно була нерівність в наданні цих послуг.*

*Ну і потім, якщо зважати, порівняти технології 60-х-70-х рр. і сучасні – і по світу, і по нашій країні, це ж зовсім інше. Коли тоді лікар фонендоскопом все робив, ніяких апаратів практично не було, крім рентген-апаратів, тобто усі технології були набагато дешевшими. І лабораторні дослідження були дуже доступні й по ціні, й по простоті виконання, то зараз же зовсім інший світ, інші технології і люди вже очікують інше. Я пам'ятаю, коли ми акції організовували в лікувальних закладах різних, запрошували людей на безкоштовні обстеження, люди вишукувалися в чергу куди? На УЗД, КТ ми не пропонували, але УЗД пропонували і була така черга. Виміряти тиск – це люди дома можуть зробити, цукор крові навіть дома можуть зробити, а те, що не можна дома зробити – високотехнологічні процедури, запити. Ковід показав, що люди вже зловживали цими високоточними якісними дослідженнями легень – КТ робили коли треба і не треба, готові були платити останні гроші тому, що боялися за своє здоров'я. Але це просто показує, що в нас просто спотворена уява. Порівнюючи з Радянським Союзом це не можна порівнювати, це ж різні часи, моделі і потреба зовсім інші. Тобто зараз є потреба розподіляти кошти і створювати спеціалізовані заклади і робити покриття первинною допомогою усього населення. І доступ робити до сімейних лікарів.*

*Зараз завдання, мені здається, дуже зрозуміле, те що було тоді, це все треба вже просто забути, і розуміти що в Білорусі не все так добре. Справжні аналітики розповідають про економіку Білорусі – вона теж не витримує ніякої критики, там є проблеми. Просто знову ж таки, є талановиті люди, є лікарі талановиті, які розроблять це і яким дійсно доводиться вибивати ці гроші. Їм дає гроші держава, цілеспрямовано розвиває якісь центри, знову ж таки це політично вигідно показати країні. Що вони там*

*щось вміють, щось роблять, до речі так як і робив Радянський Союз – там були талановиті люди, той же Амосов – настільки він був талановитий, що міг дозволити собі бути директором інституту і не бути членом комуністичної партії. Це був нонсенс. Але це показник якраз тоталітарної держави. Але він настільки був талановитий, що вже його не чіпали. Але це він вибивався з правил. Правила – ти повинен бути лояльним, здібним, але лояльним, і тоді ти будеш мати привілеї як і в своїй установі – так і твої співробітники. Тому зараз в нас цей підхід в тому, що дійсно, технологіям і підходам треба вчитися. Можливо все ж таки в Білорусі, чи в якійсь тоталітарній державі можуть бути якісь напрацювання, якийсь фахівець щось напрацював або колектив створив – це ніхто не виключає, це буває. І якщо етично і політично це можливо, цьому можна вчитися, тут треба вже думати політично-етично, наскільки це можливо. Або якщо є альтернатива, то безумовно краще брати приклад тих фахівців, що працюють в демократичних країнах, тому що це легше і морально в першу чергу, і мені здається більш правильно, тому що все ж таки весь основний потенціал сучасної медицини знаходиться в західному світі»<sup>17</sup>.*

Грузинський фахівець з клінічних досліджень, зі свого боку, погоджується як з високою якістю білоруської медицини та і з тим, що країни ЄС пострадянського простору мають вищий потенціал у доступі до послуг охорони здоров'я ніж ті, які належать до гібридних політичних режимів. «З мого досвіду я можу сказати, що в Білорусі держава покриває ті сервіси охорони здоров'я, які в інших країнах держава оплатити не може. Наприклад, пересадку печінки. Оце приголомшлива новина. Коли я це дізнався, я був цим дуже вражений. Та багато сервісів за системою Семашко в них працює, я думаю. В них є кваліфіковані лікарі і в принципі, коли я спілкуюся з людьми, в них є більше позитиву, ніж, наприклад, у моїй країні. І в цьому випадку режим не демократичний нічим їм не заважає. Звичайно, що усе там знаходиться під державним контролем, але в нашому випадку, наприклад, держава може оплатити половину, а там повністю оплачує. Країни ЄС пострадянського

*простору безумовно мають вищий рівень медицини як такий. Тому що лікарі - з ким я спілкуюся - оперують у Німеччині, в Америці, це там звичайна практика. Вони переходять і кваліфікуються у найкращих клініках, і це відбувається масово. Не то що у нас, лише деякі з них. Там це на дуже високому рівні і незважаючи на те, що країни Балтики є дуже невеликими - як Латвія, Литва, у них є провідні ангіохірурги, трансплантологи, яких такого рівня у нас немає. Котрі можуть оперувати в Америці, Австралії і таке інше»<sup>19</sup>.*

Отже такі розбіжності у думках, незважаючи на існуючі емпіричні дані, поки залишаються не до кінця поясненими наукою. Однак за існуючими даними можна зробити висновок, що населення країн посткомуністичного та соціалістичного табору наразі дуже відрізняється за показниками та доступом до послуг з охорони здоров'я - і причиною цьому вочевидь є наявні в досліджуваних країнах гібридні політичні режими.

### **3.2. Особливості впровадження концепту з універсального доступу до послуг охорони здоров'я в Україні**

Вивчаючи проблему корупційної складової у доступі до послуг з охорони здоров'я у країнах із гібридними режимами стає зрозуміло, що незважаючи на домінування часом різних рис таких режимів у суспільстві, усім громадянам незалежно від їх соціально-економічного положення або місця проживання, повинна гарантуватись належна якість послуг з охорони здоров'я.

Водночас можна припустити, що в Україні досі майже відсутня культура відповідального ставлення до власного здоров'я з боку громадян – що ілюструє стрімке зростання з віком частки осіб з хронічними та неінфекційними захворюваннями зокрема. Дослідження свідчать, що відсутність такої культури і призводить до того, що дохід має обернений вплив на стан здоров'я, оскільки значні витрати на лікування не завжди можуть повернути втрачене здоров'я<sup>23</sup>. В той час, як витрачені кошти на профілактику різного виду захворювань та здоровий спосіб життя і формують прямий зв'язок між станом здоров'я та доходами населення. Таким чином можна припустити, що загальне охоплення послугами з охорони здоров'я є важливим орієнтиром у забезпеченні послуг з охорони здоров'я для всіх. Тобто незважаючи на соціальну нерівність - яка є притаманною рисою країн із перехідними політичними режимами - усі люди можуть користуватись необхідними профілактичними, лікувальними, реабілітаційними послугами відповідної якості, яка гарантує їх ефективність. Тому що за минулі десятиліття, як показує практика, користування такими послугами часто призводило до фінансових труднощів користувачів та нерідко штовхало їх та лікарів до корумпованих дій при отримання таких послуг.

---

<sup>23</sup> Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу /За ред. Е.М. Лібанової. - К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2012. - 404 с.

За даними дослідження «Study on Corruption in the Healthcare Sector», у Європі сектор охорони здоров'я розглядається як одна з галузей, найбільш вразливих до корупції. А саме розповсюджені:

- підкуп у наданні медичних послуг;
- корупційна закупівля;
- неправильні маркетингові відносини;
- зловживання посадами (високого) рівня;
- необґрунтовані вимоги про відшкодування;
- шахрайство та розкрадання лікарських засобів та медичних виробів.

Для ідентифікації цих факторів використовувалися настільні дослідження (desk research), інтерв'ю (з посадовими особами Європейської Комісії та представниками організацій медичних працівників, галузі медичних виробів, фармацевтичної промисловості та страховиками у галузі охорони здоров'я) та польові дослідження у 28 державах-членах ЄС. Дослідження на місцях включали, на рівні країн-учасниць, 3–4 інтерв'ю з зацікавленими сторонами в галузі охорони здоров'я та боротьби з корупцією, опис 3–6 випадків корупції в галузі охорони здоров'я та опис політики та практики боротьби з корупцією за допомогою національних джерел. Після цього вся зібрана інформація була проаналізована для створення обґрунтованого набору висновків та рекомендацій<sup>24</sup>.

Ці системні особливості сектора охорони здоров'я однаково стосуються й України, яка також характеризується до недавнього часу нереформованою спадщиною Радянського Союзу в системі охорони здоров'я, а також додатково ускладнюється існуванням конституційної норми, яка гарантує безоплатне мінімальне медичне обслуговування всім громадянам – норми, що конституційно закріплена та не може бути змінена шляхом звичайної

---

<sup>24</sup> Study on Corruption in the Healthcare Sector [E-resource]:  
[https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf)

процедури внесення змін до Конституції - Стаття 49. *«Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. [...]»*<sup>25</sup>. Для розуміння масштабів проблеми слід враховувати поширену в Радянському Союзі практику кращого доступу до послуг охорони здоров'я представниками правлячої політичної еліти, а також «приналежними» до неї людьми. На жаль, ця практика тоталітарного режиму успішно «переповзла» й в незалежну Україну та є міцно вкоріненою перш за все у ментальній свідомості громадян. Із чого випливає висновок наявності нерівності у здоров'ї громадян у країнах із гібридними режимами та необхідність звернутися до вивчення цієї категорії.

Нерівність у здоров'ї є загальним терміном для позначення відмінностей в стані здоров'я окремих людей або груп населення. ВООЗ визначає нерівність стосовно здоров'я як відмінності у стані здоров'я, або розподілі детермінант здоров'я між різними групами населення, які виникають внаслідок різних соціальних умов, в яких люди народжуються, проживають, зростають, старіють<sup>26</sup>.

За даними дослідників, нерівність стосовно здоров'я переважно стосується вільного вибору самої людини, її генетичних або біологічних особливостей. В той же час необхідно розрізняти і такий прояв нерівності як суспільна несправедливість. Наприклад, різниця у стані здоров'я, спричинена випадковими генетичними мутаціями, призводить до нерівності стосовно

---

<sup>25</sup> Конституція України [Електронний ресурс]: [https://kodeksy.com.ua/konstitutsiya\\_ukraini/statja-49.htm](https://kodeksy.com.ua/konstitutsiya_ukraini/statja-49.htm)

<sup>26</sup> Здоровье - 2020. Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. Европейский региональный комитет. Мальта. 2012 г. - Режим доступа: <http://www.thepep.org/ClearingHouse/docfiles/RC62wd09-Rus.pdf>

здоров'я, але це не є проявом суспільної несправедливості. Нерівність стосовно здоров'я, яка виникає у зв'язку з нерівномірним розподілом детермінант (доступом до якісних послуг з охорони здоров'я, освіти, безпечних умов життя і праці тощо) і ресурсів безумовно відносяться до суспільної несправедливості. Такий прояв нерівності щодо здоров'я необхідно і можливо подолати. До детермінант здоров'я відносяться теж негенетичні і небіологічні впливи на здоров'я. Крім вказаних соціальних, економічних та інших чинників, сюди відносяться також поведінкові чинники, а також якість послуг з охорони здоров'я (рис.1)<sup>26</sup>.

Дослідниця О.І. Ушакова, аналізуючи міжнародний досвід проблеми нерівності стосовно здоров'я у країнах ЄС, США, Китаї, Російській Федерації вказує, що «нерівність стосовно здоров'я зумовлена не тільки зазначеними чинниками, але їх якістю, кількістю,



**Рис. 1. Причини нерівності стосовно громадського здоров'я (за даними ВООЗ)**

розподілом і взаємодією. Нерівність стосовно здоров'я часто відображає системні соціальні, політичні, економічні та екологічні чинники, які у поєднанні



з біологічними особливостями накопичуються впродовж життя і передаються із покоління в покоління»<sup>27</sup>.

У дослідженні «Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу» за редакцією Е.М. Лібанової зазначається, що «нерівність стосовно здоров'я є частиною загальної нерівності у суспільстві. Сьогодні світова спільнота розуміє нерівність у суспільстві як відсутність можливостей, що впливають на людський розвиток, для окремої людини, зміщуючи тим самим акцент з нерівностей в доходах до нерівності у доступі до послуг соціальної сфери (насамперед, охорони здоров'я й освіти) та розширення політичних свобод»<sup>23</sup>.

Вивчаючи дані обстеження умов життя домогосподарств у 2011 році щодо самооцінки здоров'я у розрізі різних соціальних груп<sup>22</sup>, можна виділити окремі форми нерівності стосовно здоров'я:

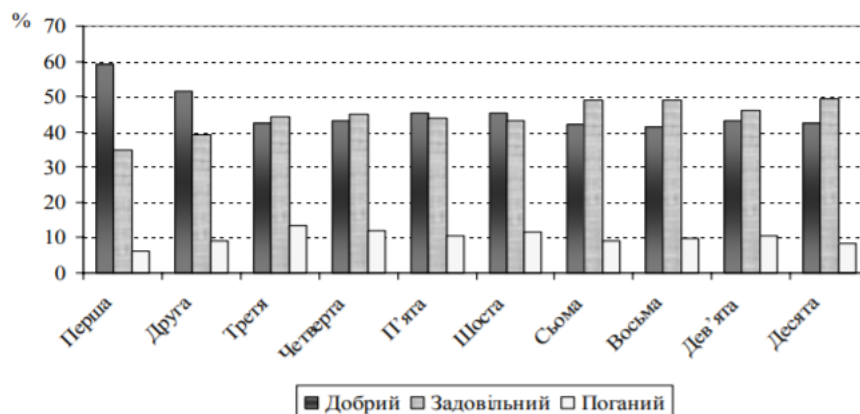
- соціально-економічна нерівність, обумовлена різним соціально-економічним статусом людей;
- територіальна нерівність проявляється у тому, що стан громадського здоров'я значно відрізняється між різними місцевостями;
- гендерна нерівність обумовлена тим, що жінки і чоловіки мають різні потреби і можливості, які впливають на їх стан здоров'я, на доступ до послуг з охорони здоров'я, внесок у розвиток людського потенціалу нації;
- інформаційна нерівність стосовно здоров'я з'являється з розвитком електронної охорони здоров'я;
- етнічна нерівність.

Зупинимось на одній з них. Так, у дослідженні вказано, що «рівень доходів справляє протилежний, від очікуваного, вплив. За даними 2011 року, найліпший стан здоров'я спостерігався серед населення з найнижчим рівнем доходів. Так, частка населення, які оцінили свій стан здоров'я як добрий, серед

---

<sup>27</sup> Ушакова О.І. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА З ПОДОЛАННЯ НЕРІВНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД / О.І. Ушакова [Електронний ресурс]: [http://www.economy.in.ua/pdf/9\\_2014/33.pdf](http://www.economy.in.ua/pdf/9_2014/33.pdf)

представників першої децильної групи – 59,2%, серед представників десятої децильної групи лише 42,5%. В той же час найбільша частка населення з поганим станом здоров'я зафіксована серед представників третьої децильної групи – 13,5%» (рис.2)<sup>22</sup>.



**Рис. 2.** Самооцінка населення стану здоров'я залежно від рівня їх доходів, 2011 рік, %

*Джерело: Розраховано співробітниками Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України за даними обстежень умов життя домогосподарств*

Таким чином у дослідженні стверджується, що «з великою ймовірністю ми можемо стверджувати, що між рівнем доходів та самооцінкою стану свого здоров'я не має тісного зв'язку, або цей чинник впливає на стан здоров'я з певним лагом»<sup>22</sup>.

Дослідниця Н.М. Левчук, вивчаючи схожі дані домогосподарств України у 2005 році, доходить до висновку що «неправильна суб'єктивна оцінка стану здоров'я неминуче впливає на поведінку і спосіб життя: бідні групи населення рідше звертаються до лікаря, менш охоче проходять профілактичні огляди і, у підсумку, недбаліше ставляться до свого здоров'я. Вони часто відкладають або відмовляються від необхідного лікування, оскільки видатки на лікування можуть становити значну і навіть непомірно високу частку їхнього бюджету, що при зводить до розвитку запущених та ускладнених форм хвороб і підвищує ризик передчасної смерті. Тобто вплив бідності та низьких доходів на стан

здоров'я та ризик смерті від хронічних патологій проявляється у накопичувальному та пролонгованому у часі ефекті зростання захворюваності й підвищення ризику передчасної смерті. Водночас більш заможні особи можуть оперативніше зреагувати на хворобу, пройти якісну діагностику, приймати ефективні коштовні ліки впродовж тривалого часу, тобто отримати своєчасне лікування й таким чином відстрочити час і знизити ймовірність смерті... Нерівність у життєвих шансах та можливостях, нестача необхідних ресурсів та гнітюче усвідомлення неможливості змінити своє життя на краще неминуче впливає на поведінку бідних груп населення, в тому числі життєзбережувальну. Йдеться не лише про незадовільне матеріальне становище, а й про його суб'єктивне сприйняття, уявлення про фінансову та економічну стабільність, відчуття незалежності, самодостатності, впевненості у майбутньому, яких позбавлені низько дохідні групи населення порівняно з іншими соціальними верствами. Бідні та злиденні мають найвищий ризик маргіналізації і посідають не лише економічно та соціально периферійні місця у суспільстві, а й мають підвищений ризик захворюваності і смертності, асоційованої з ризикованою поведінкою та нездоровим способом життя: тютюнопалінням, зловживанням алкоголем, нещасними випадками, отруєннями і травмами» (табл.1)<sup>28</sup>.

*Таблиця 1*

**Коефіцієнти кореляції між суб'єктивними оцінками стану здоров'я, показниками смертності від окремих причин та характеристиками розшарування населення за рівнем доходів (витрат) в Україні у 2005 р. (регіональні дані)**

	<i>Частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як «поганий»</i>	<i>Показники смертності через:</i>				
		<i>усі причини</i>	<i>усі зовнішні причини, в т. ч.:</i>	<i>самогубства</i>	<i>отруєння, в т. ч. алкоголем</i>	<i>вбивства</i>
Індекс Джині	0,45	0,20	0,41	0,31	0,42	0,35
Квінтільний коефіцієнт фондів	0,38	0,30	0,45	0,32	0,38	0,36

*Розраховано за даними Держкомстату України та ІДСД НАНУ*

На думку М.М. Білинської, «одним із чинників, що посилює прояви нерівності стосовно здоров'я є корупція. Корупція у сфері охорони здоров'я є

<sup>28</sup> Левчук Н.М. СОЦІАЛЬНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ / Н.М. Левчук [Електронний ресурс]: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/11687/02-Levchyk.pdf?sequence=1>

індикатором і результатом недосконалості механізмів державного управління галуззю, соціальних інститутів і соціальних відносин»<sup>29</sup>.

Отже спираючись на проблему загальної вразливості до корупції сектору охорони здоров'я не тільки в Україні, а й Європі, не виникає сумнівів щодо того, що **корупція поглиблює нерівність стосовно здоров'я**, ускладнює реалізацію прав громадян на охорону здоров'я, на отримання якісної медичної допомоги.

Державна політика у сфері охорони здоров'я повинна ґрунтуватись на принципах суспільної справедливості. Система охорони здоров'я не може керуватися принципом отримання прибутку, а її послуги повинні забезпечуватись залежно від потреби, а не платоспроможності громадян<sup>29</sup>. Така думка дає підстави вважати, що за наявності спеціальних умов, які мають бути забезпеченими державою, усі люди незважаючи на їх соціальний рівень зможуть однаково користатися послугами охорони здоров'я, не вдаючись до надмірних розтрат чи корупційних діянь, задля отримання певної медичної послуги.

Експерти ВООЗ виділяють три основні напрями державної політики з подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Перший напрям пов'язаний із соціально-економічними детермінантами здоров'я і полягає у зменшенні нерівності в доходах, соціально-економічному вирівнюванні розвитку регіонів та подоланні абсолютної бідності. Другий напрям спрямований на формування відповідального ставлення до власного здоров'я, дотриманні здорового способу життя, акцентування уваги на профілактичних заходах. Зокрема, державна політика із заборони тютюнопаління в громадських місцях, підвищення акцизного податку на алкогольні напої в більшості країн світу виявилися ефективними в забезпеченні особистих поведінкових змін. Третій напрям стосується доступу до якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема ефективні механізми державного управління, спрямовані на підвищення фінансової

---

<sup>29</sup> Білинська М.М. Корупційні діяння в сфері охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід протидії: навч.-метод. матеріали / М.М. Білинська. - К.: НАДУ, 2011. - 120 с.

захищеності і забезпечення універсального доступу до медичного обслуговування незалежно від фінансової спроможності пацієнтів<sup>30</sup>.

Прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у вересні 2019 року Політична декларація про загальне охоплення послугами з охорони здоров'я<sup>31</sup>, була названа у ЗМІ найбільш всеохоплюючою угодою а галузі охорони здоров'я населення світу. Генеральний секретар ООН також назвав її важливим орієнтиром у забезпеченні послуг з охорони здоров'я для всіх, оскільки вона об'єднує численні аспекти охорони здоров'я. Наприклад, країнам-членам ООН потрібно більше інвестувати в надання первинної медичної допомоги поруч із місцем проживання, з громадою. Це сприяє тому, що система охорони здоров'я стає гнучкою та орієнтованою на пацієнта.

До впровадження масштабних перетворень, у 2015 році кожне сьоме домогосподарство в Україні зазнавало величезних витрат на охорону здоров'я і багато людей збідніли через користування медичними послугами. Наприклад, в Європі експерти ВООЗ запропонували, щоб частка прямої оплати з кишені пацієнта не перевищувала 15% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я, в той час як в Україні вона досі залишається на рівні близько 50%. За останні роки Україна зробила великі кроки вперед, ставши найбільш швидким реформатором системи охорони здоров'я в Європі. Країна обрала шлях щодо реформи фінансування, створила єдиного закупівельника (Національну службу здоров'я України), поступово переходячи до охорони здоров'я, починаючи з первинної медико-санітарної допомоги, а також шукає шляхи, як зробити ліки доступнішими, оскільки останнє надзвичайно важливо<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. 2008 г. - Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/91431/E93699R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf)

<sup>31</sup> Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World” [E-resource]:

<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/05/UHC-Political-Declaration-zero-draft.pdf>

<sup>32</sup> “Health is a human right and condition for everybody prosper and to develop” – Head of WHO Office in Ukraine [E-resource]:

<http://un.org.ua/en/information-centre/news/4789-health-is-a-human-right-and-condition-for-everybody-prosper-and-to-develop-head-of-who-office-in-ukraine>

Наприклад, внаслідок нової моделі, фінансування центрів первинної медико-санітарної допомоги по усій території України подвоїлося вже у минулому році. Зарплата лікаря зросла приблизно втричі, стрибків зазнали й зарплати медичних сестер. Наразі первинна медична допомога доступна як у великих містах, так і в найменших селах; до цього ж майже половина усіх українців не могла дозволити собі звернутися за медичною допомогою. Прогрес у напрямку кращого доступу до послуг первинної медичної допомоги, які є безкоштовними для всіх, суттєво покращує можливість соціально-вразливих верств населення до доступу до медицини<sup>33</sup>.

Загальне охоплення послугами з охорони здоров'я означає, що послуга з охорони здоров'я не повинна сприйматися лише як операція в лікарні, вона може також передбачати надання шкільною медсестрою порад щодо здорового харчування, надання громадським медичним працівником порад щодо громадського здоров'я або, навіть, інформування про те, як залишатися здоровим або, в наш час, використовувати цифрові пристрої та рішення для покращення стану здоров'я<sup>34</sup>.

Щоб трансформувати систему охорони здоров'я, спеціальна установа повинна створити механізм закупівлі медичних послуг від імені населення – на думку експертів ВООЗ добре мати єдине агентство, в якому будуть зібрані кошти і яке буде єдиним стратегічним закупівельником. Після створення служби здоров'я в Україні, Уряд прийняв рішення щодо збільшення інвестицій у національну систему охорони здоров'я. Отже, Україна створила систему медичного страхування, використовуючи податки не роботодавців, а загальні податки. Таким чином, Україна не збільшує податкове навантаження на бізнес та враховує аспекти робочої сили<sup>28</sup>.

---

<sup>33</sup> Ukraine: championing universal health coverage through health financing reform [E-resource]: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/ukraine/jwt\\_ukraine\\_stories\\_from\\_the\\_field\\_final\\_web\\_10\\_april.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/ukraine/jwt_ukraine_stories_from_the_field_final_web_10_april.pdf)

## **ВИСНОВКИ**

На підставі виконаного дослідження сформульовано наступні результати магістерської роботи відповідно до завдань:

1. Для розкриття теоретичних засад поняття «гібридні політичні режими» виокремлено основні аспекти, у розрізі яких пропонується визначення такого типу політичного режиму:

- 1) наявність демократичних атрибутів – виборів, політичних партій, опозиції;
- 2) низький рівень учасництва громадян у процесі прийняття політичних рішень;
- 3) низький рівень політичної участі;
- 4) декларативність політичних прав і свобод громадян;
- 5) низький рівень довіри громадян до політичних інститутів;
- 6) складності із верховенством права;
- 7) слабкість інституцій;
- 8) високий рівень корупції.

Визначено, що більша чи менша вираженість перерахованих ознак породжує різні види гібридних режимів, які зокрема класифікуються на:

- 1) режим із синдромом слабого плюралізму;
- 2) режим із синдромом домінуючої влади;
- 3) електоральну демократію;
- 4) псевдодемократію;

- 5) диктобланду;
- 6) демократуру;
- 7) опікунську демократію;
- 8) змагальний авторитаризм.

Встановлено, що українському суспільству більш всього притаманний перший вид гібридного політичного режиму - «режим із синдромом слабого плюралізму», ознаками якого зокрема є:

- 1) регулярне проведення виборів;
- 2) високий рівень політичної конкуренції між політичними елітами;
- 3) слабка політична участь громадян;
- 4) висока корумпованість політичних еліт;
- 5) поверхнева демократія;
- 6) погано продумана економічна політика;
- 7) нездатність соціальних реформ вирішити нагальні у країні проблеми.

Як багатоаспектне і багатогранне явище, гібридні політичні режими характеризуються різноманітністю проявів, що дає підстави виокремити їх транзитивність та несталість. Яка, зазвичай, більше всього відображається на правах журналістів чи функціонуванні судової влади у країнах. Тому вивчення особливостей доступу до послуг охорони здоров'я у країнах із гібридним типом політичного режиму у розрізі корупційної складової набуває абсолютно нової актуальності, враховуючи й поточний режим пандемії – під час якого абсолютна більшість країн по усьому світу вдалася до репресивних заходів та обмеження демократичних прав і свобод, аби тільки стримати й стабілізувати ситуацію.

2. Узагальнення зарубіжного досвіду до послуг з охорони здоров'я на сучасному етапі у країнах із гібридними режимами свідчить про те, що сфера охорони здоров'я, на жаль, не є пріоритетною для провладних політичних еліт. Які радше схильні маніпулювати можливими реформами у цій галузі, не сприяючи вільному та сталому доступу громадян своїх країн до таких послуг. Незважаючи на те, що у декількох досліджуваних країнах із гібридним



політичним режимом система охорони здоров'я побудована абсолютно по-різному – Сербія з комуністичних часів має спеціальний орган, що відповідає за політику закупівель та тарифів на пакети послуг у сфері охорони здоров'я (Фонд медичного страхування), Україна тільки-но створила такий орган виконавчої влади 3 роки тому (Національна служба здоров'я України), а Грузія немає подібного органу взагалі, відповіді опитаних у ході написання магістерської роботи респондентів свідчать про те, що основними проблемами доступу до послуг охорони здоров'я є ментальна проблема населення щодо безвідповідального ставлення до власного здоров'я та відсутність з боку влади відповідної пропаганди до здорового способу життя; маніпулювання реформами у сфері охорони здоров'я з боку представників політичних пірамід, які разом із зміною попередників у Парламенті часто-густо змінюють й усі напрацьовані вектори та діючі програми у сфері охорони здоров'я; високу корумпованість всередині самого сектору, пов'язану зі специфікою галузі та можливості створення таких лазівок при спілкуванні лікарів та пацієнтів, нерівність громадян у доступі до послуг з охорони здоров'я, спричинену нерівнозначним соціально-економічним становищем громадян у країнах з гібридними політичними режимами.

3. Подолати останній компонент та вдосконалити доступ до послуг з охорони здоров'я для усіх громадян, покликаний концепт впровадження універсального доступу до медичного обслуговування, незалежно від фінансової спроможності пацієнтів. Аналіз профільної літератури свідчить, що цей концепт привернув увагу до ролі внутрішньої політики та взаємодії внутрішніх та міжнародних відносин у процесі реформування систем охорони здоров'я різних країн.

Спираючись на літературу з політології та охорони здоров'я, а також враховуючи відповіді респондентів на низку профільних запитань, у даній магістерській роботі підтверджується гіпотеза про те, що гібридні політичні режими підривають здоров'я населення. Спостерігається, що розширення доступу до послуг з охорони здоров'я є більш характерним для країн зі

середнім рівнем доходу та урядом, що підзвітний суспільству. Бо впровадження концепту з універсального доступу до медичного обслуговування, у тому числі сприяє демократизації процесів. Авторитарні та гібридні політичні режими навпаки, менш реагують на потреби широкого кола населення та менш схильні забезпечувати рівний доступ до послуг з охорони здоров'я для усіх громадян.

Україна, взявши до уваги зарубіжний досвід в галузі впровадження концепту з універсального доступу до медичного обслуговування, приєднавши власний національний змога б покращити ті самі п'ять сфер, в яких управління може впливати на системи охорони здоров'я: прозорість, підзвітність, участь, цілісність (заходи з управління та боротьби з корупцією) та спроможність формувати політику. Для науковців це означає, що надалі потрібно активно досліджувати визначений трикутник політика – охорона здоров'я – корупція, для кращого розуміння механізмів, що пов'язують типи політичних режимів, політичні сили та рішення з визначених перспектив розвитку сфери охорони здоров'я у країнах з гібридними політичними режимами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Зануда А. Як пандемія підкосила демократію у світі і чому це важливо [Електронний ресурс]: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-56086885>
2. Кополовець Р.В. Поняття та класифікація «гібридних політичних режимів» у дослідженні трансформаційних процесів [Електронний ресурс]: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/33656/1/%d0%9f%d0%be%d0%bd%d1%8f%d1%82%d1%82%d1%8f%20%d1%82%d0%b0%20%d0%ba%d0%bb%d0%b0%d1%81%d0%b8%d1%84%d1%96%d0%ba%d0%b0%d1%86%d1%96%d1%8f.pdf>
3. Каротерс Т. Конец парадигмы транзита [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/n/konets-paradigmy-tranzita>
4. Шульман Е. Царство политической имитации: гибридные режимы [Электронный ресурс]: <https://openuni.io/course/6-course-5/lesson/1/material/546/>
5. Сахань О.М. Корупція в сучасній Україні як джерело деструктивності влади / Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого» № 4 (27) 2015. - С. 117-118 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14588/1/Sahan\\_112-129.pdf](http://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/14588/1/Sahan_112-129.pdf)
6. Закон України «Про запобігання корупції» [Електронний ресурс]: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text>
7. Конфлікт інтересів: що необхідно знати держслужбовцю [Електронний ресурс]: <https://www.pfu.gov.ua/zk/448670-konflikt-interesiv-shho-neobhidno-znaty-derzhslu-zhbovtsy/>

8. Проект Закону про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну [Електронний ресурс]: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=55081](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=55081)
9. Під Радою вимагають прийняти антитютюнові закони [Електронний ресурс]: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2433698-pid-radou-vimagaut-prijnati-antitutunovi-zakoni.html>
10. Проект Закону про внесення змін до деяких законів України щодо виконання зобов'язань України за Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами (стосовно виробництва, презентації та реалізації тютюнових виробів, їх реклами і спонсорства) [Електронний ресурс]: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_2?id=&pf3516=2430-1&skl=9](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=2430-1&skl=9)
11. Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання у сфері виробництва, обігу, заборони реклами та спонсорства тютюнових виробів, електронних сигарет і трав'яних виробів для куріння [Електронний ресурс]: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=61819](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61819)
12. Устінова О. Мінус 3 млрд гривень і повальне куріння дітей – нова ініціатива від «Слуг народу» [Електронний ресурс]: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/ustinova/604f5573c8f43/>
13. Тютюнове лобі: Україна погіршила показники у глобальному рейтингу [Електронний ресурс]: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/3145773-tutunove-lobi-ukraina-pogirsila-pokazniki-u-globalnomu-rejtingu.html>
14. Веб-сайт Національної служби здоров'я в Україні [Електронний ресурс]: <https://nszu.gov.ua/>

15. Додаток 3. Авторська програма Ірини Камінської «Достояние Одессы» від 05.05.2021 з керівником Регіонального центру кардіохірургії Одеської обласної клінічної лікарні, професором Юрієм Карпенко
16. Додаток 6. Інтерв'ю №3 від 18.05.2021 з українською політичною діячкою, громадською активісткою, народним депутатом України IX скликання, членом Комітету Верховної Ради України з питань правоохоронної діяльності, Членом фракції «Голос» Олександром Устіновим
17. Додаток 4. Інтерв'ю №1 від 12.05.2021 з завідувачем відділу медико-просвітницької роботи Київського міського центру громадського здоров'я Отто Стойкою (у 2013 – 2019 рр. – головний лікар Київського міського Центру здоров'я)
18. Додаток 1. Онлайн-брифінг НСЗУ від 22.12.2020
19. Додаток 5. An interview №2 from 12.05.2021 with Clinical Research Manager of Batumi Referral Hospital Sulkhan Inaishvili
20. Додаток 7. An interview №4 from 21.05.2021 with WHO Independent Expert Elizabet Paunovic (Belgrad, Serbia) (2013 – 2019 Head of the WHO European Centre for Environment and Health (ECEH), Bonn, Germany)
21. Kozlov V., Balalaeva D. Institutional Deficit and Health Outcomes in Post-Communist States [E-resource]: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2521327](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2521327)
22. Веб-сайт Высшей школы экономики [Электронный ресурс]: <https://www.hse.ru/>
23. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу /За ред. Е.М. Лібанової. - К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2012. - 404 с.

24. Study on Corruption in the Healthcare Sector [E-resource]:  
[https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf)
25. Конституція України [Електронний ресурс]:  
[https://kodeksy.com.ua/konstitutsiya\\_ukraini/statja-49.htm](https://kodeksy.com.ua/konstitutsiya_ukraini/statja-49.htm)
26. Здоровье - 2020. Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. Европейский региональный комитет. Мальта. 2012 г. - Режим доступа:  
<http://www.thepep.org/ClearingHouse/docfiles/RC62wd09-Rus.pdf>
27. Ушакова О.І. Державна політика з подолання нерівності у сфері охорони громадського здоров'я: міжнародний досвід / О.І. Ушакова [Електронний ресурс]: [http://www.economy.in.ua/pdf/9\\_2014/33.pdf](http://www.economy.in.ua/pdf/9_2014/33.pdf)
28. Левчук Н.М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н.М. Левчук [Електронний ресурс]: <http://dspace.nbuiv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/11687/02-Levchyk.pdf?sequence=1>
29. Білинська М.М. Корупційні діяння в сфері охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід протидії: навч.-метод. матеріали / М.М. Білинська. - К.: НАДУ, 2011. - 120 с.
30. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. 2008 г. - Режим доступа:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/91431/E93699R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf)
31. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal Health Coverage: Moving Together to Build a Healthier World” [E-resource]:

<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/05/UHC-Political-Declaration-zero-draft.pdf>

32. “Health is a human right and condition for everybody prosper and to develop” – Head of WHO Office in Ukraine [E-resource]:  
<http://un.org.ua/en/information-centre/news/4789-health-is-a-human-right-and-condition-for-everybody-prosper-and-to-develop-head-of-who-office-in-ukraine>

33. Ukraine: championing universal health coverage through health financing reform [E-resource]:  
[https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/ukraine/jwt\\_ukraine\\_stories\\_from\\_the\\_field\\_final\\_web\\_10\\_april.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/ukraine/jwt_ukraine_stories_from_the_field_final_web_10_april.pdf)

## АНОТАЦІЯ

Дипломної (курсової) роботи

Тема\_\_ Особливості доступу до послуг з охорони здоров'я у країнах із гібридними режимами: корупційна складова\_\_\_\_\_

Студент\_\_ Ємельяненко Марія Сергіївна\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по-батькові)

Рік навчання, факультет\_\_\_\_\_

Науковий керівник\_\_ кандидат політичних наук, завідувач кафедри публічного врядування Київської школи економіки Гомза І.А.\_\_\_\_\_

(вчений ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Рецензент\_\_\_\_\_

(вчений ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Захищена “\_\_17\_\_” червня\_\_2021 р.

Короткий зміст роботи:\_\_ У роботі розглядаються теоретико-методологічні характеристики терміну «гібридні режими» та визначається корупційна складова доступу до послуг з охорони здоров'я у країнах, що мають такий тип політичного режиму. На прикладі сфери охорони здоров'я вивчається вплив корупції на владу в Україні, а також здійснюється порівняльний аналіз зарубіжного досвіду доступу до послуг з охорони здоров'я у країнах пострадянського та соціалістичного табору. За допомогою емпіричної бази тестується гіпотеза роботи - чи підривають гібридні режими здоров'я населення та здійснюється опис особливостей впровадження концепту з універсального доступу до послуг охорони здоров'я в Україні\_\_\_\_\_

Short summary:\_\_ The thesis considers theoretical and methodological characteristics of the term "hybrid regimes" and identifies the corruption component of health services access in countries with this type of political regime. The impact of corruption on the authorities in Ukraine is learned on the example of health care, as well as a comparative analysis of foreign experience in health services accessing in the post-Soviet and socialist camps countries. The empirical base tests the hypothesis



of thesis - whether hybrid regimes undermine the population health, and features of the universal health coverage concept implementation in Ukraine describes \_\_\_\_\_

## ДОДАТКИ

### *Додаток 1*

*Онлайн-брифінг НСЗУ від 22.12.2020. Матеріали надані до використання у магістерській роботі працівниками Департаменту комунікацій НСЗУ Гудзь Л.Л. та Горохом І.А.*

Вплив відкритих даних 22.12.

Сьогодні поговоримо про вплив на суспільне життя та цінність для громадськості відкритих даних НСЗУ.

Трансформація системи охорони здоров'я відбувається паралельно з цифровою трансформацією. Зміни у фінансуванні медичної сфери не рухаються без електронної системи охорони здоров'я.

Саме відкриті дані стали важливим інструментом розвитку та функціонування медичної реформи. Публікація відкритих даних - надзвичайно важливих аспект роботи Національної служби здоров'я України.

Електронна система охорони здоров'я дозволила обмінюватися інформацією між усіма учасниками процесу - НСЗУ, закладами первинної та спеціалізованої допомоги, пацієнтами та аптеками.

Відкриті дані допомагають контролювати рух коштів у сфері охорони здоров'я і є прикладом антикорупційних інструментів, які допомагають громадськості слідкувати за перебігом медичної реформи.

НСЗУ не тільки публікує дані, а й створює аналітичні дашборди для їх візуалізації.

За оцінкою авторів звіту, підготовленого у межах проєкту «Прозорість та підзвітність у державному управлінні та послугах/TAPAS», НСЗУ є однією з перших державних установ в Україні, яка почала візуалізувати дані у зручному для споживачів форматі.

Обсяг користування дашбордами на сайті НСЗУ становить 20% від усього трафіку сайту - йдеться у звіті. У січні 2020 року кількість переглядів становила понад 176 тис, а у березні 2020 року, перед стартом другого етапу медичної реформи - майже 510 тис переглядів.

Цей показник відвідування дашбордів є найбільшим за останні півроку та свідчить про високий рівень інтересу до діяльності НСЗУ та перебігу медичної реформи. Загалом, за перші три квартали 2020 року кількість переглядів дашбордів на сайті НСЗУ становила понад 2 млн.

Серед відкритих даних, розпорядником яких є НСЗУ, найпопулярнішим є набір «Внесені в електронну систему охорони здоров'я декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги». Станом на жовтень 2020 року цей набір мав 17 694 перегляди та увійшов до десятки найбільш популярних наборів на Єдиному державному вебпорталі відкритих даних.

У лютому 2019 року ми розмістили на своєму сайті перший дашборд про виплати медичним закладам первинної ланки. Зараз на сайті НСЗУ 22 дашборди. З їх допомогою можна дізнатися:

- які послуги за Програмою медичних гарантій надає будь-який заклад охорони здоров'я, що підписав договір з НСЗУ;
- де можна укласти декларацію та з яким лікарем;
- де розташована найближча аптека з Доступними ліками;
- скільки грошей отримав медзаклад від НСЗУ та за які послуги.

Тобто будь-хто може перевірити достовірність інформації про діяльність НСЗУ та перебіг медичної реформи.

Що це дає пацієнту? Наприклад, на основі даних про укладені декларації з'явився дашборд «Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги». На ньому пацієнт може самостійно подивитися, де є найближчий

заклад, який підписав договір із НСЗУ, які лікарі там працюють і скільки вони мають пацієнтів. Ця інформація допомагає вільно обирати лікаря.

Дашборд «Електронна карта аптек-учасниць програми реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки»))» показує, де найближча аптека, у якій можна отримати ліки, кількість рецептів, відпущених кожною аптекою та коли погасили останній.

Крім того, відкриті дані НСЗУ корисні також:

- Органам влади, які відповідають за реалізацію медичної реформи в Україні. Вони отримують додаткові інструменти для планування та моніторингу впровадження змін.

- Натомість у медичної спільноти та зацікавлених сторін завдяки даним, що дають змогу контролювати рух коштів, з'являються інструменти впливу на відповідальні органи влади.

- На основі відкритих даних створюють інтерактивні сервіси та продукти для громадян.

- Журналісти отримують нові джерела інформації та інструменти для аналітики, моніторингу та контролю витрат бюджетних коштів.

- А бізнес може використовувати ці дані для своїх завдань. Наприклад, аналізуючи мережу аптек, які підписали договори з НСЗУ на постачання лікарських засобів.

Зрештою на підставі відкритих даних НСЗУ ухвалює управлінські рішення та спрямовує бюджетні кошти туди, де вони найбільш потрібні.

Адже завдяки електронній системі охорони здоров'я маємо достовірну інформацію про те, скільки пацієнтів, з якими діагнозами, в яких медзакладах лікуються, і як довго триває лікування та які справжні витрати держави на надання медичної допомоги.

*Запитання:*

*1. Пацієнт без направлення приходить у поліклініку за ургентною допомогою. Хто буде оплачувати такий епізод? Чи має лікар такого пацієнта без направлення прийняти?*

Ургентне звернення по медичну допомогу не потребує направлення. Пацієнт може самостійно звернутися до лікаря у невідкладному стані.

Також екстрена медична допомога надається незалежно від наявності декларації та направлення.

Звернення у невідкладному стані оплачується закладу за тим же тарифом як і звернення з направленням. Оплата залежить від того в межах якого пакету надають допомогу.

### ***Додаткові матеріали***

Завдяки цифровій трансформації в системі охорони здоров'я запуснені корисні сервіси, які допомагають пацієнтам отримувати якісні медичні послуги. Електронний рецепт на «Доступні ліки», електронне направлення, електронні медичні записи, сервіс «Малятко». З'явилися відкриті дані з вакцинації. Внесені в електронну систему охорони здоров'я дані про вакцинацію проти COVID-19 згодом можуть бути використані для формування документу чи сертифікату, який свідчитиме про здійснення щеплення від небезпечної інфекції.

В 2021 році планується запуск:

- Електронного кабінету пацієнта. Цей сервіс дозволить пацієнту подати декларацію онлайн, побачити та за потреби зкоригувати персональні дані про себе.
- Електронного лікарняного. Завдяки цьому - жодних печаток, штампів і неправильно вписаних реквізитів. І для пацієнта, і для лікаря, і для роботодавця процес стане зручним та непомітним.

Національна служба здоров'я не лише публікує відкриті дані, а й створює аналітичні дашборди, тобто візуалізує інформацію у зручному форматі.

Наприклад, на основі даних про укладені декларації, з'явився дашборд «Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги». На ньому пацієнт може самостійно подивитися, де є найближчий заклад, який підписав договір із НСЗУ, які лікарі там працюють і скільки вони мають пацієнтів. Ця інформація допомагає вільно обирати лікаря.

Або дашборд «Електронна карта аптек-учасниць програми реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки»)), який показує, де найближча аптека, у якій можна отримати ліки, скільки рецептів відпустила аптека та коли погасили останній.

Зараз на сайті НСЗУ 24 дашборди. З їх допомогою пацієнт може дізнатися:

- які послуги за Програмою медичних гарантій надає будь-який заклад охорони здоров'я, що підписав договір з НСЗУ;
- де можна укласти декларацію та з яким лікарем;
- де розташована найближча аптека з Доступними ліками;
- скільки грошей отримав медзаклад від НСЗУ та за які послуги.

За останній рік дашборди на сайті НСЗУ переглянули 2 млн 400 тис користувачів, а за останній тиждень - 113 тис.

Більшість дашбордів - 12, стосуються первинної медичної допомоги, у категорії спеціалізованої медичної допомоги - 10 дашбордів. 8 дашбордів показують інформацію щодо Covid-19, а 7 - про Доступні ліки.

Найпопулярнішим дашбордом за останній час став інструмент який показує, скільки закладів уже подали свої пропозиції, щоб укласти договір з НСЗУ і працювати з 1 квітня за новою програмою медичних гарантій.

На другому місці дашборд, про який уже згадували – «Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги». Це один з найкорисніших

інструментів, адже дозволяє побачити, з яким лікарем можна підписати декларацію.

Ще один корисний для пацієнта дашборд – «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій». Зараз пацієнт не обмежений у виборі медичного закладу. Він може звернутись з електронним направленням туди, де йому зручно. Це може бути медзаклад комунальної або приватної форми власності, або ж лікар, який має власну практику. Головна умова - наявний договір з НСЗУ. Дашборд «про укладені договори» показує, чи надає обраний вами заклад потрібну послугу.

Ще один важливий дашборд – «Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій». На ньому пацієнт може побачити скільки грошей та за які послуги отримала та чи інша лікарня за договором з НСЗУ. Така інформація допоможе уникнути маніпуляцій про те, що «держава не виділила грошей». Адже отримані кошти заклад у першу чергу має спрямовувати на надання безоплатних послуг пацієнтам.

Щодо медичної допомоги пацієнтам з коронавірусом, на спеціальному дашборді можна побачити перелік лікарень, які госпіталізують таких пацієнтів. Також можна знайти дані щодо залишків ліків, необхідних для боротьби з COVID-19 і які пацієнт може отримати безоплатною. Цей дашборд має назву «Інформація про залишки лікарських засобів, необхідних для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню COVID-19».

Як бачимо будь-хто, може зайти на сайт та в зрозумілому інтерфейсі знайти інформацію, яка його цікавить. До кожного дашборду є інструкція з користування, а дані є динамічними та оновлюються кілька разів на день.

Для тих пацієнтів, які не мають доступу до електронних інструментів, або не мають навик користування ними, працює контакт-центр НСЗУ. За коротким безкоштовним номером 16-77 також можна отримати інформацію, про те, як обрати лікаря, в якій лікарні отримати послугу та багато іншого.

## *Додаток 2*

*Перелік питань до респондентів, відповідно до визначеної гіпотези магістерського дослідження*

1. Як ви гадаєте, чи впливає політичний режим на здоров'я населення?
2. Якою є роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я?
3. Яким є зарубіжний досвід функціонування таких інституцій сфери охорони здоров'я у посткомуністичних країнах (у тому числі, з демократичними режимами)?
4. Чи є необхідним збільшити фінансування медицини на первинному етапі з ВВП 3% - який сьогодні витрачається в Україні - до 7-8%?
5. Чи є встановлений тариф НСЗУ щодо пакетів медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій ринковим?
6. Система Семашко свого часу була визнана світовими експертами однією з найбільш дієвих систем охорони здоров'я. Чи може вона працювати не тільки в тоталітарному режимі, але й в демократичному суспільстві?
7. Чи посилила поточна ситуація із COVID-19 негативні тенденції у доступі до послуг охорони здоров'я в Україні?
8. Якими є особливості впровадження концепту з універсального доступу до послуг охорони здоров'я в Україні?



### Додаток 3

*Авторська програма Ірини Камінської «Достояние Одессы» від 05.05.2021 з керівником Регіонального центру кардіохірургії Одеської обласної клінічної лікарні, професором Юрієм Карпенко<sup>34</sup>. Матеріали для використання у магістерській роботі – з 28.22 по 35.05 хв.*

Когда в Америке увидели, что люди умирают от сердечно-сосудистой патологии, они поняли, что это угроза национальной безопасности. У нас же угроза национальной безопасности это только то, что угрожает с Востока – Россия и прочее. Это абсолютно понятно и абсолютно правильно. Но на самом деле на сегодня это COVID-19 – это угроза национальной безопасности и всегда была сердечно-сосудистая патология, потому что 67% людей умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Практически 70%. COVID-19 – это 1-2% смертей от этой глобальной массы. Это ишемическая болезнь сердца, это аритмии, это сердечная недостаточность, это кардиопатия, это инфаркты, инсульты, вот это все. Это огромная проблема и если мы не будем этим заниматься, то средняя продолжительность жизни будет у нас такая, как сейчас – очень маленькая.

И вот тут я как раз могу похвалить – все критиковали и критикуют до сих пор Супрун - и абсолютно во многом я согласен. Самая большая ее ошибка была знаете какая? Что она перепутала семейного врача в Америке, который ну по сути дела там знает все, т е может все. Есть люди – семейные врачи, которые приняли по тысяче родов и всего остального, и делают операции сами, это уникальные врачи. С нашими терапевтами. И вот мы подумали, что мы из наших терапевтов сможем сделать такого вот американского семейного врача и положить на них все бремя вот этой нагрузки. Этому надо учиться долгие десятки лет.

---

<sup>34</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=YCpJE3O8id0&ab\\_channel=7%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB](https://www.youtube.com/watch?v=YCpJE3O8id0&ab_channel=7%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB)

Дальше она все делала хорошо – вот эти закупки которые критикуют, а я говорю что наоборот. Потому что нам удалось вот по этим «прозрачным» закупкам закупить все то, чем мы сегодня пользуемся. Необходимое расходное оборудование, вот эти стенты, стимуляторы, клапаны за очень низкие цены. Такого никогда не было. Понятно, что там есть целая система повышения цены. Но когда мы начали покупать с помощью специального агентства – Crown agency, а я как эксперт МОЗ отвечал за свое направление – аритмии. Т е нам удалось в 2 раза снизить цену на стимуляторы, дефибриляторы, которые стоили по 5-7 тыс \$, сегодня тысяча-две. Т е мы купили очень много этих приборов, купили огромное количество стентов по 100 \$, а раньше они были по 400, и вот эта идея была Супрун.

Сегодня это все критикуют, потому что они хотят вернуть это обратно в Украину, и делать это внутри Украины. Ну вот короче достаточно много мы имеем сегодня бесплатной продукции – это целевые программы, они финансируются государством, даже не регионами. Но мы закрыли на сегодня проблему с инфарктом – все. По всей Украине инфаркт на сегодня лечится бесплатно. Мы приближаемся к закрытию лечения проблемы инсульта. Такого современного – когда мы заходим в мозг через сосуды и вытаскиваем эти тромбы из головы. И уже целые такие сети этих центров инсультов, вот у нас один из них в Областной больнице. По аритмиям тоже, у нас на сегодня есть абсолютно все, что необходимо для помощи. Самые лучшие – потому что я их сам выбирал – американские стимуляторы.

*Вопрос:*

*1. Это государственная программа?*

Вот сегодня понимаете самое тяжелое время в финансовом и у нас самые лучшие возможности для лечения кардиологических заболеваний. Это все еще от Супрун – т е идея была тогда, и вот эти закупки они тянутся еще с 2018 года и сегодня мы получаем это все и имеем. Т е будет ли долго это, я не знаю. Сегодня уже другие агентства, вы знаете, создаются государственные агентства

по покупке, вот мы уже видим, как они работают с вакцинами и т.д. Т.е. мы возвращаемся к тому, что было – к перераспределению, и это очень печально. Я боюсь, что через год я буду сидеть у вас и говорить «кончились эти все стимуляторы, клапаны и стенты».

Говоря об организации медицинской помощи, я бы не выбирал ту модель, которую выбрала Супрун. Я бы выбрал близкую нам модель – белорусскую, т.е. у них медицина очень хорошего уровня. Т.е. я был там много раз, я точно знаю, как она там все есть, и ничего нового они не придумали. Коней на переправе не меняют, это все понимают. Т.е. все что надо было сделать, увеличить финансирование медицины на первом этапе с ВВП 3% - который мы сегодня тратим, низкого ВВП кстати, а надо тратить хотя бы 7-8%. Все, это аксиома. Будет в 3 раза больше денег в медицине, и будет в три раза лучше медицина. Все, этого хватит чтобы закрыть все наши основные проблемы.

Конечно может быть такой сервис как в Америке мы не сделаем, но все будет для больных бесплатно. Все дорогое, на что они сегодня тратят кучу денег, эти операции, это можно сделать бесплатно. Да, палаты и госпиталия будем уже потихонечку строить, оборудование будем покупать, но дорогое оборудование, которое больные сегодня приобретают сами – потому что ничего нету. И вторая проблема, которая мне абсолютно непонятна (хотя это Супрун придумала) – когда деньги идут за пациентом. Хотя они идут, но не идут все равно.

Потому что НСЗУ придумала совершенно абстрактные цены – категория «ценник» просто упал с неба. Т.е. он настолько низкий. Ну, например, за операцию на открытом сердце нам дают 17 тыс грн – это смешно. Ее стоимость – не меньше 100 тыс грн, по-другому ее никак не сделаешь. Я уже не говорю про наши дефибриляторы и стимуляторы которые сами по себе стоят по 2 тыс \$, а дают 9 тыс грн на операцию. Это совсем другой механизм, который не работает и не будет работать.

Второе – мы сделали 1000 операций за 2020 год, а зарплата как была, так она один в один. Ребята, которые делают инфаркты-инсульты, сделали тоже огромное количество операций, а зарплата в подразделениях никак не выросла. Но это уже дело, наверное, главных врачей или еще кого-то, но так оно работать не будет. Все вернется скорее всего, по моему мнению, к государственному распределению, и мы будем вынуждены что совершенно правильно, увеличивать расходы на медицину. Что-то умрет по дороге – уже большинство госпиталей, которые неспроможны, они рассыпаются, они останавливаются, ну и хорошо. Те выживут те, которые выживут и их уже надо будет нормально финансировать и возвращаться к системе. Эта система называется Семашко - потому никакой другой на самом деле не существует, просто все надо сделать правильно. Для начала убрать ненужное и финансировать. Потому что 3% ВВП не спасут нашу медицину.

#### *Додаток 4*

*Інтерв'ю №1 від 12.05.2021 з завідувачем відділу медико-просвітницької роботи Київського міського центру громадського здоров'я Отто Стойкою (у 2013 – 2019 рр. – головний лікар Київського міського Центру здоров'я).*

*Запитання:*

*1. Як ви гадаєте, чи впливає політичний режим на здоров'я населення?*

Реформа медицини безумовно рухається, просто в нас не стратегічний вектор розвитку медицини, так як в принципі і держави. Тобто постійно такими якимось зигзагами йде, тому що дуже багато суб'єктивного. Об'єктивні всі процеси вони все рівно пов'язані з суб'єктивним сприйняттям політиків і тих, хто приймає рішення, або, скажемо так, ініціює ці розрушення. Тому воно в нас дуже все по-різному, починаючи навіть з визначення. Тобто маніпулюють чи свідомо чи підсвідомо наприклад багато політиків просто поняттям «страхова медицина» - навіть вже не цікаво навіть дискутувати на цю тему. Немає значення хто як називає, бо в нас люблять. Має значення суть питання – треба збирати гроші на медицину і витратити їх.

Я би не назвав що політичний режим прямо «підриває» здоров'я населення. Оскільки будь-яка держава все ж таки має якийсь закладений вектор з організації медичної допомоги, краще-гірше. Просто наприклад на початку 90-х років, коли були саме дуже серозні трансформації суспільно-політичні, ми можемо побачити що там був дуже сильний спад економіки і сильний спад тривалості життя. Я вчора як раз дивився по Україні тривалість життя чоловіків, то іде хвиля така от спаду десь з початку 90-х до 1996-97 р., провал можна сказати. Потім вже йде підйом і до речі він приблизно виходить на рівень 60-х рр. Тобто безумовно ті політичні процеси впливають у тому числі на стан

медичної допомоги, але в останні роки це був більше вплив оцих форс-мажорів, пов'язаних з ковідом. Це в більшій мірі вплинуло, тому що є спроможність все ж таки мінімально покривати медичну допомогу для людей в нашій країні, але безумовно з великими розбіжностями в доступі до високоякісної допомоги.

Для політичних еліт, що приходять до влади, питання маніпулювання охороною здоров'я важливе як політична складова. Тобто медицину – наскільки я пам'ятаю що в Києві, що в Україні – завжди політики використовували в політичних цілях. Тобто популізм, у тому числі враховуючи складову медицини, мені здається дуже легко брати для політиків. Ну ось наприклад за часів Януковича, це були гроші вкладені в розвиток пренатальних центрів. З одного боку це – добрий крок, тому що будь-яка високоспеціалізована допомога, це дійсно рятування життів. Особливо дітей. Але сказати, що було якесь консолідоване рішення когось з експертів в охороні здоров'я, то ні. Це було політичне рішення, яке потім просто спустили для виконання. Так само й по різних проектах, вони йшли в основному з Адміністрації Президента. Тому що це було політичним.

Ось саме при Супрун я відмітив, були системні зрушення зроблені і робилися, саме орієнтуючись не на популізм, чи як це буде виглядати політично, а саме за необхідності і саме так системно на всю країну. Оце важливо. А в основному в нас так не робиться. В нас робиться або точково – хтось якість проекти робить, отримує гроші, як Київ наприклад отримував кошти від Адміністрації Президента на те, щоб типу реформи були – це я про Януковича, коли там міняли назви ЦПМСД, тобто поліклініки перейменовувалися на ЦПМСД. Тобто були якісь не дуже зрозумілі реформи, але ніхто не питав нікого, сказали «робіть, а хто не хоче робити – звільняйтеся». Тобто дійсно відчувалося таке гібридне віяння радянщиною. Тому що Адміністрація Президента забажала зробити те. Ось все, робимо те, гроші дають. А хто дає гроші, у того й політичні важелі. Тому не було дискусії. Чому дискусії виникли от в реформах Супрун, тому що зачепили інтереси олігархів і великого фармбізнесу, і медичного бізнесу і медичної еліти – це безумовно все було. Але

системно робилося і робилося із залученням розуміння спільноти. А коли в нас кажуть «зрозуміло», в нас кожен хоче розуміти по-своєму, нема такого знаєте загального бекграунду. У когось радянський бекграунд – Семашко наше все, у когось бекграунд західного більше типу або навіть просто своє вже розуміння є і все. І кожен вважає себе експертом, але систематично, системно в медицині нема. І це до речі теж основна зараз проблема, нема такого знаєте – навіть зараз в питаннях ковіду або в питаннях вакцинації є різні думки лікарів. Це теж основний показник того, що в нас нема фундаментальної медичної освіти. Да, ми дипломи всі маємо, але хтось вважає на власний розсуд, кожен лікар має свою думку і все. Хоча є якісь червоні лінії, за які безумовно не повинен виступати лікар, а тим більше якщо він управлінець високого рівня.

*Запитання:*

*2. Якою є роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я?*

Я вважаю, що створена НСЗУ безумовно сприяє попередженню корупції у медичній галузі. По-перше, офіційно почали звучати цифри. От ви мені назвали конкретні приклади – хірурги вже називають конкретні цифри, які можна обговорювати в суспільстві. Тобто в нас суспільстві не прийнято обговорювати, чому платимо за операцію такі-то кошти. Або просто вдячуємо лікарям. Тобто це індивідуальна справа, інкогніто. Тобто ми поодинокі зустрічаємося із цими проблемами, або сім'я зустрічається, і вирішуємо їх так, як можемо вирішити. Тому що в нас існує такий «суспільний договір» вже давно.

НСЗУ – це якісно новий підхід. Да, зберіглася в нас гібридна така ситуація в медицині, тобто люди доплачують. Навіть рахували експерти і проєкти були міжнародні, вивчали ці питання – получається у нас можна додавати до ВВП ще 3% проплати від людей. Вважається, що це все рівно безумовно недостатньо грошей, краще було б і 8 і 9 і 10% ВВП на медицину, але проплати суттєві йдуть як неформальні платежі і тому НСЗУ прецедент створила – що виводеться усе в офіційне обрахування й чітке обрахування. Тобто раніше теж щось рахували,

але тепер це реальні та конкретні гроші. Це вже не рахування, а нарахування, перерозподіл цих грошей, які всі відчують та бачать – я маю на увазі тих, хто надає медичні послуги. Головний лікар конкретного лікувального закладу, лікарі які отримують з цього зарплату, і цей механізм, те, що його запустили – це дуже важливий прогресивний крок. По-перше, це розвантажує МОЗ, якщо дивитися управлінські. Окрема інституція відповідає за гроші. Я, як бувший керівник установи можу сказати, що це велике навантаження на керівника, коли йому треба ще контролювати потік грошей. А в масштабах країни це взагалі. Тут вироблені чіткі механізми і я бачу в цьому тільки позитив, незважаючи на те, що кажуть про недостатність грошей. Безумовно недостатньо, і їх не буде ніколи достатньо, тому що всі технології вдосконалюються і дорожчають, всі медичні втручання дорожчають. 10 років тому по-моєму в нас ще ніхто не робив аорто-коронарне шунтування, зараз його роблять в усіх обласних центрах. Тобто це не є проблемою технічною. Це є проблемою матеріальною, проблеми є в кваліфікації лікарів – це все зрозуміло, але за рахунок цього дорожчає все і рахувати прийдеться все ретельніше і вирішення проблеми стало легше тому, що да, НСЗУ на операцію дає стільки-то і не вистачає ще стільки-то, але треба вирішити питання, що ці гроші треба десь брати. Або люди беруть зі своєї кишені, або політики і управлінці дають з місцевого бюджету, або ще з центрального бюджету доплачують. Тобто це зрозуміло, починаються якісь «правила гри». В медицині найменше врегульована, мені здається, фінансова галузь. Тобто хто на що гаразд – десь є фонди, десь благодійні внески, десь примусові благодійні внески, десь реальні благодійні внески які добровільно збирають громади, тобто є дуже багато різних форм фінансування. Але ми повинні розуміти, що в НСЗУ запровадили такий державницький рівень до підходу управління грошима. Тобто це ця модель, яка повинна бути. Крім того, що все інше в нас не зникло і навряд чи зникне найближчим часом, тобто потрібно бути такою країною як Швеція, Норвегія. Поки що ні, але все одно – це все ж таки дуже прогресивний крок.

*Запитання:*



*3. Система Семашко свого часу була визнана світовими експертами однією з найбільш дієвих систем охорони здоров'я. Чи може вона працювати не тільки в тоталітарному режимі, але й в демократичному суспільстві?*

Мені навіть неприємно це згадувати. Тому що взагалі історія цього питання є на початку становлення Радянського Союзу, який просто авторитарний тоталітарний режим, там все було врегульовано і можна було без грошей взагалі державі обходитися, тому що всі були раби. Рабів можна було або лікувати, або не лікувати, це вже на розсуд держави. Як їх лікувати і скільки їх лікувати, це вже вирішувала держава. Чи посилати їх на лікування, чи посилати їх в санаторії, чи посилати їх в ГУЛАГ. Мені здається тут йде зомбування в тому відношенні, що все було одноманітним і нічого не вартувало державі, безумовно за ініціативою людей були гарні якісь спеціалісти – все рівно не було такої урівніловки – або гарні якісь заклади, які вже були віянням 70-х-80-х рр., коли керівники різних окремих закладах їздили на поклон в Міністерство охорони здоров'я ще Радянського Союзу в Москву, вибивали собі якісь гроші на капітальні ремонти, на апаратуру, тобто це було не системно. З одного боку системний підхід був в тому, що все було однаково, з іншого – якщо щось було треба, то це були випадки, якісь окремі заклади, які відрізнялися. І знову ж таки, лікування еліти це була окрема закрита каста і закриті установи. Вони в нас відгукуються й до сих пір – це Феофанія. Коли знову ж таки, Супрун поставила питання що «давайте доступ всім людям», так же воно і не стало доступним всім людям. Тобто ці всі підходи ще зберігаються. Тобто з одного боку, всі-всі лікуємося, а з іншого – все одно була нерівність в наданні цих послуг.

Ну і потім, якщо зважати, порівняти технології 60-х-70-х рр. і сучасні – і по світу, і по нашій країні, це ж зовсім інше. Коли тоді лікар фонендоскопом все робив, ніяких апаратів практично не було, крім рентген-апаратів, тобто усі технології були набагато дешевшими. І лабораторні дослідження були дуже доступні й по ціні, й по простоті виконання, то зараз же зовсім інший світ, інші

технології і люди вже очікують інше. Я пам'ятаю, коли ми акції організовували в лікувальних закладах різних, запрошували людей на безкоштовні обстеження, люди вишукувалися в чергу куди? На УЗД, КТ ми не пропонували, але УЗД пропонували і була така черга. Виміряти тиск – це люди дома можуть зробити, цукор крові навіть дома можуть зробити, а те, що не можна дома зробити – високотехнологічні процедури, запити. COVID-19 показав, що люди вже зловживали цими високоточними якісними дослідженнями легень – КТ робили коли треба і не треба, готові були платити останні гроші тому, що боялися за своє здоров'я. Але це просто показує, що в нас просто спотворена уява. Порівнюючи з Радянським Союзом це не можна порівнювати, це ж різні часи, моделі і потреба зовсім інша. Тобто зараз є потреба розподіляти кошти і створювати спеціалізовані заклади і робити покриття первинною допомогою усього населення. І доступ робити до сімейних лікарів.

Зараз завдання, мені здається, дуже зрозуміле, те що було тоді, це все треба вже просто забути, і розуміти що в Білорусі не все так добре. Справжні аналітики розповідають про економіку Білорусі – вона теж не витримує ніякої критики, там є проблеми. Просто знову ж таки, є талановиті люди, є лікарі талановиті, які розроблять це і яким дійсно доводиться вибивати ці гроші. Їм дає гроші держава, цілеспрямовано розвиває якісь центри, знову ж таки це політично вигідно показати країні. Що вони там щось вміють, щось роблять, до речі так як і робив Радянський Союз – там були талановиті люди, той же Амосов – настільки він був талановитий, що міг дозволити собі бути директором інституту і не бути членом комуністичної партії. Це був нонсенс. Але це показник якраз тоталітарної держави. Але він настільки був талановитий, що вже його не чіпали. Але це він вибивався з правил. Правила – ти повинен бути лояльним, здібним, але лояльним, і тоді ти будеш мати привілеї як і в своїй установі – так і твої співробітники. Тому зараз в нас цей підхід в тому, що дійсно, технологіям і підходам треба вчитися. Можливо все ж таки в Білорусі, чи в якійсь тоталітарній державі можуть бути якісь напрацювання, якийсь фахівець щось напрацював або колектив створив – це ніхто не виключає,

це буває. І якщо етично і політично це можливо, цьому можна вчитися, тут треба вже думати політично-етично, наскільки це можливо. Або якщо є альтернатива, то безумовно краще брати приклад тих фахівців, що працюють в демократичних країнах, тому що це легше і морально в першу чергу, і мені здається більш правильно, тому що все ж таки весь основний потенціал сучасної медицини знаходиться в західному світі.

*Запитання:*

*4. Яким є зарубіжний досвід функціонування /таких інституцій/ сфери охорони здоров'я у посткомуністичних країнах (у тому числі, з демократичними режимами)?*

Безумовно це країни Прибалтики. Я спілкувався із колегами та керівниками закладів, от Центру громадського здоров'я Естонії, вона розповідала що вони доплачують лікарям за надання консультацій про відмову від куріння. Якщо скажімо таку додаткову опцію виконують лікарі, в них контракти з Національним центром громадського здоров'я, і НЦГЗ спрямовану за контрактом їм за цю роботу дає доплату. Мене був цікавий їх такий досвід. Це цікаво, правильно, але знову я все ж таки розумію, заступникам Міністра ще при Улянї Супрун про це розповідав – розмовляв з Павлом Ковтонюком, але казали напругу, що в нас це не на часі. Настільки далеко ще йти по послугах. Але Естонія мені подобається в тому, що вони системно підходять, знають, в них є електронна база даних на всіх лікарів, всіх послуг, це розвинута така електронна держава, у тому числі в медицині. Більш глибоко я не знаю їх досвід.

Знаю про досвід Латвії. Приїзжав ще заступник Міністра охорони здоров'я Латвійської Республіки і розповідав нам досвід, що в них за часи незалежності десь 3 великі хвилі було реформ в охороні здоров'я. Він казав, що ми боїмося цього всього чи кажемо «знову ці реформи», а він каже що «в нас вони й не припиняються». Тобто постійно йдуть реформи і це нормально і треба, тому що коли робиться дійсно щось фундаментальне, розрушення в

реформі, потім видно що щось ще треба доопрацьовувати чи підкоригувати, і потім слідуєча-слідуєча реформа. По-перше, на це треба виділяти й ресурси. На реформи крім того, що просто потрібно зберігати галузь, потрібно ще виділяти гроші. Професор Журавель на кафедрі охорони здоров'я читав лекцію і я йому згадав це нещодавно, він казав «що треба щоб робити реформи, мати п'ятикратний запас грошей на це». Тобто в п'ять разів більше грошей на це. Я йому коли це нагадав позаминулого року, він каже «так, іще більше треба». Тому до речі в нас є проблеми і в гальмуванні реформ. Тому що нема грошей, щоб все це якісно запуснути. Так, як навіть це собі уявлять політики. Але в той же час такі приклади в нас є, країни Прибалтійські.

Фактично Росія просто зберегла свій потенціал пост-радянській, і багато грошей в них є, але в них теж зберіглося таке відношення точкове, що там де є якісь заклади та керівники, лояльні до режиму, якісь там талановиті, а їм там фінансування більше дають, вони там розвивають. Чи політично треба було дуже вакцину зробити – вони там дійсно працювали над вакциною, але ж змогли зорієнтуватися в ситуації, зробити. Ну безумовно – коли держава бачить, що можна все зробити, є безумовно політичний зиск, держава вклала в це і гроші, і можливості, але що проблемно у таких недемократичних країнах – дійсно нема прозорості ні в фінансуванні, ні в статистиці, тобто те, до того ми теж ще не дійшли – цієї прозорості до якої знаємо, як іти.

Всі кажуть про електронні системи в охороні здоров'я, вони частково є й в Україні – але частково, на жаль. Тобто це теж, буде одним з фундаментальних рішень, коли і статистика буде вся починатися із конкретного хворого, з конкретної людини, і всі наші електронні рецепти будуть і електронні історії хвороб, тобто тоді все буде на сучасному рівні і тоді легше цей аналіз робити великих даних, дашборди і попереджати корупцію безумовно у тому числі.

## *Додаток 5*

*An interview №2 from 12.05.2021 with Clinical Research Manager of Batumi Referral Hospital Sulkhan Inaishvili.*

*Запитання:*

*1. Як ви гадаєте, чи впливає політичний режим на здоров'я населення?*

Конечно, термин «подрывание здоровья общества» напрямую связано с таким типом режима, так как наша реальность что собой представляет? Приходит новая власть и все меняет, что до этого было сделано. Даже если там что-то хорошее было, они принципиально могут это не принять и что-то новое начать. Пока они начнут что-то новое, уже могут проиграть выборы и это бесконечно может продолжаться. Например, сейчас у нас новая власть в Грузии, которая уже последние 9 лет, и у них есть программа элиминации гепатитов. Из бюджета на это тратится много денег и много людей – точную цифру я сейчас не могу сказать – получили в жизни такую возможность, которую бы никогда не получили потому что это очень дорогой препарат. Только бы богатые смогли это получить. И соответственно они вылечились, но большинство из них не дожило бы несколько месяцев, они бы умерли. С одной стороны, для них это шанс был. И есть большая критика оппозиции, потому что очень много денег тратится на это и для богатых это тоже бесплатно. И в любой момент, если власть поменяется и придет оппозиция, они эту программу отменяют и скажут, что денег нет и пусть богатые платят сами. Возможно они потеряют финансовые доходы от этого, но соответственно эта программа прогорит. Это всего лишь один из примеров, который можно применить на любую такую правильную программу.

Соответственно, самая большая проблема при таком режиме, что нету стабильности. И какой-то long term нельзя рассчитать.

Когда разные политические пирамиды приходят к власти, они конечно склонны спекулировать на реформах здравоохранения. Они это делают и только в единичных случаях случается, что они продолжают курс по какому-то направлению. А так всегда все одинаково, и есть склонность к тому, что они будут всегда рубить все, что до этого было сделано и соответственно они под свое ремесло все переводят. И от этого только теряет народ. И время еще теряет.

*Запитання:*

*2. Яким є грузинський досвід функціонування /таких інституцій/ сфери охорони здоров'я у посткомуністичних країнах (у тому числі, з демократичними режимами)?*

Грузия тоже переходит на электронную систему здравоохранения, но конечно это очень болезненно, потому что с регионами это проблема, несмотря на то, что они тренируют врачей и стараются чтобы все было прозрачно. Я сейчас точно не скажу, как называется эта программа, но занимаются этим Департаменты диджитализации. Основная проблема в том, что сама подготовка и тренинги врачей на низком уровне, соответственно нет качества и в течении нескольких лет это не изменится. Коррупция у нас на высоком уровне, а на низком – их работа. Просто сейчас мы сталкиваемся с уровнем образования врачей, которые старого поколения, и для них переходить на новую систему конечно очень трудно. Их болезненно отпускать домой, и они остаются «ни туда, ни сюда».

Единого органа, который бы занимался закупкой или выполнял бы функцию Health Insurance Found, в Грузии нет. У нас есть national insurance, которая покрывает urgentные случаи. В таком случае можно что-то подавать и получить. Но что касается primary health или public health, на это страховка не работает. У нас отсутствие primary health – это самая большая проблема. Когда человек уже на совсем последней стадии или что-то ужасное случилось, только

тогда государство включается. А до этого если ты сам не зафиксируешь себя в частную клинику, то помощи никакой нет.

*Запитання:*

*3. Який ВВП витрачається на фінансування медицини в Грузії і чи є необхідність його збільшити на первинному етапі?*

У нас полностью финансируются операции и соответственно большие суммы на это тратятся. Например, такой пакет как элиминации гепатита обошелся в огромные деньги государству. Они не отказывают никому, соответственно несколько миллиардов на это было потрачено. ВВП было 5% 2-3 года назад, а максимально доходило и до 10% в течении последних 10 лет. Потому что у нас здравоохранение, это приоритет для бюджета. Соответственно они много тратят, но они тратят только на urgentные кейсы в основном, на хирургию в чрезвычайных случаях. Но не на превенцию. Без превенции эта сумма будет становится только больше и больше. И вот это самая большая проблема.

*Запитання:*

*4. Система Семашко свого часу була визнана світовими експертами однією з найбільш дієвих систем охорони здоров'я. Чи може вона працювати не тільки в тоталітарному режимі, але й в демократичному суспільстві?*

В Советском Союзе не было частного сектора, то есть систему Семашко было легко имплементировать в государственном секторе. При демократическом режиме это невозможно сделать, потому что в основном везде лидирует частный медицинский сектор. Я думаю, что единственное место, где можно эту систему внедрить, это государственные учреждения военного типа. Например, если есть медицинские учреждения для ветеранов, военных или полицейских, которые прямо подчиняются государству. Для них какой-то элемент этой системы можно сделать, чтобы они имели глобальный бюджет и

исходя допустим из количества военных или полицейских, определять какую-то сумму на них, исходя из сервисов, которые им нужны. А так при частном секторе, я не могу это представить.

В Грузии вся медицина частная. Соответственно, у кого есть деньги, у того есть привилегии. У нас практически в государственном секторе нет никаких привилегий и люди туда не ходят. А частный – туда платишь и туда идешь. Вот это и есть привилегия.

*Запитання:*

*5. Чи посилила поточна ситуація із COVID-19 негативні тенденції у доступі до послуг охорони здоров'я в Грузії?*

Ну конечно однозначно это все изменило и повлияло на многие процессы. Сначала они начали великолепно, потому что меры они приняли намного раньше, чем другие европейские страны. Италию, например, закрыли сразу, как только это началось, и из-за этого очень критиковали власть. Когда, например, Китай закрыли и Иран, никто ничего не говорил. Но когда Италию закрыли авиарейсы – это еще в феврале того года, конечно все очень плохо отреагировали. Но потом все поняли, что они правильно повели себя.

В Грузии был строгий карантин, и машины запретили на неделю, первые два-три месяца идеально поработали. Потом они расслабились, и вот после этого как началось, так не закончилось. Ну как расслабились – дискотеки, лето было обыкновенное, и вот после этого все началось. Что это означает? Ну конечно, у них не было вот этих кислородных баллонов, они отпускали пациентов по разным регионам, а там не был подготовлен контингент. Они могли в течении этого времени, когда у нас были большие локдауны, подготовить этих медсестер, врачей, помощников. Они это не использовали. Они только получили эти баллоны, все видели это как помощь от разных государств, а сами медсестры и помощники не знают, как ими можно пользоваться. Соответственно был большой дефицит кадров. И вот навалилось



одно на другое, и больницы не могли это выносить, чуть до коллапса не дошли – это было примерно в ноябре-декабре прошлого года.

Но что они хорошего сделали? Вот, например, в Китае они построили эти одноразовые госпитали, в Грузии конечно такого не построили. Но они большие гостиницы переделали на covid-hotels, и пациентов пускали не в больницу, а туда, в эти большие гостиницы. Поэтому с одной стороны для гостиниц это было выгодно, потому что у них не было туристов, а государство им платило какую-то сумму определенную. И с другой стороны, они могли изолировать этих пациентов друг от друга, они просто не могли выходить с номера и получали там медицинскую услугу. И так это работает до сих пор. Но, конечно большая проблема была уже внутригоспитальная, потому что много врачей потеряли мы. И среди них – такие лидирующие хирурги и врачи, которые были очень известными. Вот это создало еще худший фон для этого. И вот только сейчас это налаживается, и вакцинация более-менее идет. Но конечно, не сравнить с другими странами, потому что физически вакцин нету. Сейчас только начали китайскую вакцину. Еще добавлю про наш политический фактор – русскую вакцину мы не можем ставить потому, что не доверяем, индийскую не можем, потому что не доверяем, китайскую – полгода долбили эту тему и говорили, что это китайское г\*. Вот как не любят китайские смартфоны, так они смотрели и на вакцину, в том числе и оппозиция. Но потом, когда посмотрели, что вокруг все это делают, они вынуждены были это завести в Грузию. И вот сейчас это начало работать.

*Запитання:*

*6. Якими є особливості впровадження концепту з універсального доступу до послуг охорони здоров'я в Грузії?*

Первичное здравоохранение связано с GP – general practitioner. Это самая большая проблема, потому что когда нет вот этого continuous treatment и follow-up, и когда только один человек знает как управлять своим здоровьем, без этого primary health и теряет весь смысл. А у нас какая проблема? Во-первых,

ментальная проблема, потому что люди хотят платить только тогда, когда у них проблема – а не просто так, чтобы смотрели тебя. И соответственно никак не могут внедрить эту программу на государственном уровне. Только в 95% это делают в частных клиниках. Получается, что за счет официальных взносов коррупция в медицине первичного уровня в Грузии отсутствует.

Однако в чем самая основная проблема – политические элиты у власти берут самые распространенные направления, где есть заболевания, это онкология, кардиология допустим и вот гепатиты, которые очень распространены. С одной стороны, конечно, надо предохраняться чтобы до этого не доходить, поощрять людей к здоровому образу жизни. Но они не могли вот так вот взять эти десятки тысяч людей, которые уже болеют этим заболеванием, отказаться от них и ориентироваться на превенцию. Соответственно они сначала решили их излечить, а потом уже перейти на превенцию и диагностику. До этого мы так и не дошли, потому что это не заканчивается, и они никак не могут перейти на такой уровень, где люди бы сперва регулярно ходили, проверялись.

*Запитання:*

*7. Як можна характеризувати сучасний політичний стан Грузії та наявний політичний режим?*

Сейчас в нашем режиме есть коррупция. И самая большая проблема - это монополии, и никто против этих монополий не борется. Потому что в основном здравоохранением управляют финансисты, и они только с коммерческой точки зрения на это смотрят, и для них монополия не представляет собой какой-то барьер. Самая большая проблема была у нас, с которой столкнулись медики и экономисты, вот Бендукидзе был такой – он был Министром экономики, который прямо влез и положил руку на здравоохранение. У него была политика «продавать все, что нужно, кроме совести». Это был его лозунг. Соответственно он смотрел на здравоохранение только с экономической точки зрения. И у него было такое, что про все он говорил, что «рынок саморегулируется». Это можно

отнести ко всему, кроме здравоохранения. Потому что как мы можем рассчитать, что будет через месяц. Вот эпидемия наступила и как рынок сейчас будет регулироваться. А что, мы можем отказаться от онкологии и сейчас только этим заниматься? Или как мы можем, вот сейчас инфекционный департамент и у нас нету частных секций, его закрыть что ли? И заниматься только тем, что есть? Это же не обыкновенный рынок, где есть только то, на что есть потребность. Есть такая сумма, которую мы знаем, что можем потерять. Это единственный маркет, где мы не можем на что-то закрыть глаза, если на это нет потребности. Вот это была такая политика при Саакашвили, который в принципе разрушил эту систему. И все начали продавать, закрывать если не было потребности, и вдруг, когда эта потребность возникала, уже был тупик.

Когда новая власть пришла, они уже конечно стали менять эту политику, соответственно они уже начали тратить деньги на то, вот, например, на те сервисы, которые были вне потребности в тот момент. Это конечно заработало, очень много людей получили доступ к операциям и тем сервисам, которые они никогда не смогли бы получить, если бы они не платили со своего кармана. И это конечно помогло людям. Но опять же, стержень же должен быть, чтобы контролировать людей, чтобы поощрять их к здоровому образу жизни, ходить на check-up, вот этого нет. И вот мы получаем то, что оно все крутится в одном болоте.

Касаясь монополий – что при всякой власти было. Вот у нас полный нонсенс, я не знаю в какой стране это может быть, что три главных фармацевтические компании – «Аверси», «PSP», «GPS» (сейчас они объединились как-то, но тем не менее) владеют всеми госпиталями, и у них своя страховка. И что получается? Врач, который работает в какой-то больнице, конечно будет выписывать только те лекарства, которые принадлежат этим кампаниям. И конечно будут говорить, чтобы больные страховались в этих кампаниях. Вот оно и крутится и конечно, поощряет на коррупцию. Потому что даже если ты знаешь, что другой аптеке продают более качественные лекарства, ты все равно будешь покупать только у тех кампаний. И никто с этим не

борется, вообще. Потому что это в интересах, если государство видит, что эта кампания развивается, больше денег приносит, и вот так на это смотрят.

Медицинскую страховку в Грузии имеют только те люди, которые работают в частных кампаниях. Кампания им ее покупает, а они могут доплачивать, чтобы пакет лучше был. А так, больше незастрахованных людей, чем застрахованных.

*Запитання:*

*8. Яким є зарубіжний досвід функціонування /таких інституцій/ сфери охорони здоров'я у посткомуністичних країнах (у тому числі, з демократичними режимами)?*

Из моего опыта я могу сказать, что вот в Беларуси государство оплачивает то, что в других странах оплатить не могут. Например, пересадку печени. Вот это потрясающая новость. Когда я это узнал, я был этим очень впечатлен. И много сервисов по системе Семашко у них работает, я думаю. У них квалифицированные врачи и в принципе когда я общаюсь с людьми, у них намного больше позитива чем, например, в моей стране. И отзывов, что я слышу. И в этом случае режим не демократический ничем им не мешает. Ну там все под государственным контролем конечно, но в нашем случае, например, государство может оплатить половину, а там полностью оплачивает. И вот это конечно очень классно. Но другие страны, например, страны ЕС постсоветского пространства – там сам уровень медицины высокий. Потому что врачи – с кем общаюсь, они оперируют в Германии, в Америке, это там обыкновенно. Они переходят и квалифицируются в лучших клиниках, и это происходит массивно. Не то что у нас, только некоторые. Там это на очень высоком уровне и несмотря на то, что там очень малюсенькие страны – как Латвия, Литва, у них есть ведущие ангиохирурги, трансплантологи, которых у нас нет такого уровня. Которые могут оперировать в Америке, Австралии и т.д. Конечно это увеличивает сам уровень медицины и здравоохранения и у них конечно доступ к сервисам намного лучше, чем в нашем случае. Кроме того, в ЕС у них

все-таки потребности высокие, и там стать врачом сложнее, чем, например, в моей стране. Самый такой смешной Закон, например, который Саакашвили принял, что лицензия может быть без срока годности. Вот ты стал врачом и все, не надо обновлять эту лицензию. Когда я говорю об этом моим партнерам, когда я подаю документы в больницу, там написано врач «получил лицензию в 2001 году, а истекла в 2006 году» - т е в те времена еще требовалось обновлять лицензию, а сейчас нет. И приходится объяснять, что знаете, когда в 2006 году Саакашвили был при власти он отменил это и все, теперь возможно до конца дней стать врачом. Ну ты представляешь, получается, что люди с тем образованием, без всякой ре-квалификации, без всяких тренингов они остаются врачами еще того времени, без всякого обновления. Соответственно это и есть большая проблема. За принятие этого Закона Саакашвили, скорее всего, получил «откат», потому что и поддержка была ему нужна, и объяснением было что это будет нововведение, так будет легче, не нужны будут лишние хлопоты. Вот он упростил антимонопольный сервис – что «не надо, не стоит париться», и есть много еще таких примеров.

## **Додаток 6**

*Інтерв'ю №3 від 18.05.2021 з українською політичною діячкою, громадською активісткою, народним депутатом України IX скликання, членом Комітету Верховної Ради України з питань правоохоронної діяльності, Членом фракції «Голос» Олександрою Устіною.*

*Запитання:*

*1. Як ви гадаєте, чи впливає політичний режим на здоров'я населення?*

Це впливає на якість влади, а з якості влади випливає все, таким чином, можна сказати що це впливає не тільки на систему охорони здоров'я, а на будь яку систему в країні. Якість влади, яка впливає на все. Але говорити, що це впливає саме на охорону здоров'я, я не буду. Це дуже така маніпулятивна річ. При будь-якому перехідному режимі, перехідних демократіях, коли в нас є фактично електоральна демократія, але немає реальної демократії в країні, звичайно якість влади вона інша. Відповідно від якості влади страждає все – починаючи від охорони здоров'я, і закінчуючи освітою, соціальною сферою, rule of law і все інше. Тому це висмикано просто з контексту твердження, як на мене.

*Запитання:*

*2. Якою є роль Національної служби здоров'я України у формуванні антикорупційних підходів у сфері охорони здоров'я?*

З того, що я бачу зараз, в НСЗУ немає корупції. Там все зараз досить прозоро і те, що вони зараз роблять – намагаються перевести всі системи в електронний формат, щоб була мінімальна залученість людей до прийняття рішень, то це навпаки сприяє прозорості і зменшенню корупційних ризиків. Чи

вони зараз напряму борються з хабарництвом лікарів – ні, не борються, а тому що це не є їх роботою і цим має займатися Національна поліція. Але я би наприклад дуже хотіла, щоб в НСЗУ було таке, щоб приміром якщо людина або лікар якийсь приміром підозрюється у корупції, щоб з ним потім ніколи знову не підписували контракт. Але цього немає прописаного у законодавстві. Бо якщо лікарі, наприклад, видають липові довідки по вакцинації – як дітям часто роблять, щоб робити взагалі може якийсь, я пропонувала свого часу, роботи secret customer. Ви знаєте, що таке система «секретний покупець»? Це така система, яка працює у всіх великих компаніях, особливо в ритейлі, коли грубо кажучи – ви Adidas, і у вас є купа магазинів, чи Nike, чи там ще щось. І ви маєте людей спеціально навчених, які приходять як секретний покупець і не знаю, наприклад себе погано ведуть, вимагають щось більше показати – тобто вони дивляться, як працює їх сервіс. Тобто насправді таке саме має бути і в НСЗУ, вони мають приходити до прикладу до лікаря і казати, «а можна я куплю у вас довідку, бо я не хочу дитину вакцинувати». Або якісь такі речі. Але це треба дуже багато на законодавчому рівні, тому що це фактично криміналізація багатьох таких речей, які зараз не криміналізовані.

*Запитання:*

3. *Чи є необхідним збільшити фінансування медицини на первинному етапі з ВВП 3% - який сьогодні витрачається в Україні - до 7-8%?*

Я це чудово розумію, мені не треба далі пояснювати, мінімально що потрібно будь-якій країні для медичної системи – це 5% від ВВП. Я вам скажу, що наша партія кожен раз до бюджету подає ці правки, минулого разу нам навіть вдалося збільшити бюджет, але цього всього все одно – не вистачає. Тому щонайменше має бути 5%, у кращому випадку – 7% від ВВП для того, щоб в нас хоч трохи була дофінансована система охорони здоров'я. Але проблема власне не тільки в тому, що вона недофінансована, але навіть і ті гроші, які є, вони не витрачаються: а) ефективно; б) на те, на що хотіли би лікарі, а вони в першу чергу говорять про зарплати. В нас проблема в тому, що – я наведу вам

яскравий приклад. В нас Уряд і Верховна Рада виділили гроші на підвищення зарплат лікарям, які борються з ковідом. 35% цих коштів не були використані МОЗ. Тобто вони фактично повернулися назад до бюджету, або були перерозподілені на інші програми. За таке має нести хтось відповідальність – слава Богу, звільнили Міністра.

*Запитання:*

*4. Чи є встановлений тариф НСЗУ щодо пакетів медичних послуг, що підлягають оплаті в рамках реалізації програми медичних гарантій ринковим?*

Проблема в тому, що всі ці тарифи встановлювалися як середні по країні. Скажімо десь там десь операцію на відкритому серці проводять не так багато клінік. В нас наприклад от стентування – десь в обласній лікарні коштує кілька, ну, не знаю, вісім тисяч гривень. Я вам до прикладу кажу цифру. А наприклад в інституті серця коштує 50-т, або 100 тисяч. Тому що вони закладають величезну свою «маржу». І потім коли виходить середня ціна 50-т, всі, хто брали вісім вони радуються, як районні лікарні, а ті хто звикли заробляти по сто бо вони величезну моржу собі в кишеню клали, вони не звикли. Чи потрібно було би підвищити тарифи? Да, потрібно було би. Тоді потрібно було би більшу зарплату для лікарів закладати. Але ці тарифи прораховувалися як середньо зважені по країні. Тому мені тут важко сказати – мені потрібно щоб ви дали якісь конкретний приклад якогось конкретного тарифу, і я можу сісти подивитися вам як він там прораховувався, щоб відповідно про це говорити. Тому що коли мені зараз говорять що в нас пологи наприклад – як це так, провести пологи за 8 тисяч гривень? Тобто звичайні пологи коштують набагато дешевше – сорі, ну там нічого не потрібно. Якщо пологи вже з ускладненнями, то там вже йде абсолютна інша тарифна сітка, інша градація – 20 та більше тисяч. Кажуть «от, а якщо кесарево». А я кажу «кесарево робиться один на 10 чи на скільки випадків. І за рахунок, що всі інші 9 набагато дешевше ніж 8, оце кесарево й покривається». Таким чином, коли встановлюється один для всіх,



людей не спонукають робити більше кесарево – це стандартна практика для цивілізованих країн. Тому що по-іншому, це просто легше, не буду вдаватися в подробиці.

## *Додаток 7*

*An interview №4 from 21.05.2021 with WHO Independent Expert Elizabet Paunovic (Belgrad, Serbia) (2013 – 2019 Head of the WHO European Centre for Environment and Health (ECEH), Bonn, Germany).*

*Запитання:*

*1. Як ви гадаєте, чи впливає політичний режим на здоров'я населення?*

I started with some basic information not directly related to health, but this is an example that there is a lot of movements like citizen's initiatives, in a past year I would say, related to environmental protection issues. A lot of citizen's movements and the movements didn't start in Belgrade, which is good, but started in some southern smaller Serbian cities, because they were endangered by direction of smaller hider power plants. The type where you put the water to the tubes, so the nature is completely destroyed. No water, no river, no nothing. Then in Belgrade – also movements, like for not to cutting the threes, not to have this wild urban development. Then there some doctors who became popular through covid pandemics, but now they are opening also environmental protection issues, like one pulmonologist, you know. They deal also with this issues, it is not only covid. So topic before we had, when you see what is the interest for people, like before the elections and smg like that, environmental protection was not the topic at all and now it is coming very high. And we have also in Neighbourhood exampling Croatia, it is similar situation, nevertheless it is EU Member State. That for the Mayor of Zagreb were elections and now is the first round, this indepedended candidate, “green

candidate” is has the majority of the votes. We will see on the second round. So I think – why I’m telling you this – I think that also health issues link with environment, will became maybe also more prominent in the coming years. Nevertheless, it is not perceived, also by general population health is perceived like when you are sick, the accessibility of healthcare and the cost. Not it a wider issue like a health. Ex-regional Director for Europe, Doctor Zsuzsanna Jakab used to say “Dear Mr Ministers, health is a political choice. And health is the political choice, depending on not only by politics and policies in the health sector, but in all others sectors. Poverty and health, gender equality and health, energy solutions and politics, then strategies and health, water and health. So it is complex question”.

You have mentioned hybrid regimes – really, if you don’t care for citizens and for their human rights, of course you cannot care about their health. You know I think you didn’t right it, but I think all such regimes are populist. Because it is empty. So you don’t have any political idea, that you can attract people. And you must go to this populist approach, to big words, to big promises, then nation and defense of the country and history etc. Also a lot of things. And big words without any meaning, but in fact it is empty. This big sack. They have big projects, they building big monuments, at least Serbia, Macedonia - we destroyed our city centers with huge monuments. You know Belgrade is not having 1.5 mln inhabitants and not having waste water treatment facility. So our excrements are coming directly to our beautiful rivers. But now it is not a priority, because health is not priority. Water quality is not a priority. They build Belgrade water front. Big building with the Sava river banks and then you have untreated communal water going in this big project. So I think this explains really the essence of hybrid regimes.

*Запитання:*

*2. Яким є балканський досвід функціонування /таких інституцій/ сфери охорони здоров’я у посткомуністичних країнах (у тому числі, з демократичними режимами)?*

I will explain you shortly, this is a big difference than in Ukraine. In fact, we have the Ministry of Health, which is responsible for the policy part. And then laws proposed by health sector are going to the government, adopted by the government and going to the Parliament. And adopted by the Parliament. And we have Health Insurance Fund, which is the advantage - it was empty after Miloshevyh but it was not destroyed. For example, we have countries in region without it still – like Albania, Georgia. So it was not destroyed, it was not abolished, it was empty. But the whole system – because we have had Health Insurance Found also during communist time, it is not exactly the same system, we were somewhere in between. Soviet Union and the West. So we had Health Insurance Found and Pension Fund and Social Protection Fund – they were empty in the year 2000, before the follow Miloshevyh, but they were not abolished. So nowadays we have Health Insurance Fund and everyone who is employed has to pay it is percentage, it is almost half of the salary – to Pension and Health Fund. A low GDP, high unemployment, low salaries – so the Fund is not rich. The Fund never defined which is called health benefit package. In fact, a lot of health care services are should be covered by Fund, but you cannot access. You have to wait for ages and it is not possible. So out of pocket money is about 44-45% for annual amount of money per capita for health. It is about 250 US \$, depending of the year and + 44% out of pocket. Private health care institutions are not covered by the health insurance. They are private funds, but it really I would say only for the rich. Special companies, foreign companies, rich people. So if I want to go for example privately, I will have to pay completely out of my pocket.

*Запитання:*

*3. Чи спостерігається корупція у закладах охорони здоров'я у Сербії?*

This is a corruption in governmental medical Serbian institutions for years. In fact, this health care related corruption was really perceived by public opinion at the very high level. Unfortunately, corruption is everywhere. So it was in the focus because it is related to health, of course and it looks terrible. It is not so terrible if you need some other public services, which are not so videlest as a health service. So we

had of course some trials, court but in fact it is perceived very high by public opinion, the corruption in health care centers. You can also pay privately to go. So corruption sometimes hidden for example, doctors are working in the public health system, patient is coming and the doctors says “ok, you have to do for example scan or smg like that”. Patients says “ok, can I do it here?”. “Yes, you will wait for 6-7-8 months. But in the afternoon I’m working in that private clinic and you can go – it immediately and pay for that”. So it is also the corruption in fact. Of course, if you need to pay you will pay rather in the private institution, but the way this done is really ethically and legally problematic.

*Запитання:*

*4. Який ВВП витрачається на фінансування медицини в Сербії і чи є необхідність його збільшити на первинному етапі?*

This is 8%, I just look before we started the conference. 8.45% for 2018 – this is the last data on the World Bank and WHO website. GDP in Serbia is about 7500 US \$ per capita. You know this issue with GDP is not showing if you have society in transition, like here on in Ukraine. You have concentration of that money in defense and a very few people. So GDP is not quite the right major. Of course, in USA, Norway, Sweden, Germany extremely high GDP – it is like 65-70 000 US \$ per capita per year. The overall level of poverty is lower than in poor countries, but GDP is not good major in fact. 8.45% of our small and then so what? And I have to add, that in addition to the Health Insurance Fund the big investments in health are still also finance through the state budget. Really big investments. New hospital or smg like that. Very expensive equipment also through the loans from the World Bank and other banks, like refurbishment and energy efficiency projects of the buildings etc. But services in medicines are going through the fund.

*Запитання:*

*5. Система Семашко свого часу була визнана світовими експертами однією з найбільш дієвих систем охорони здоров'я. Чи може вона*

*працювати не тільки в тоталітарному режимі, але й в демократичному суспільстві?*

I would say it has to work. Because if you have smg which is like public good investment, which is the health of the nation, you have to regulate it additionally and not to leave it to the free market. It is unbelievable that you know, you have richest countries in the world with a people, who has no right to health care or who will be ban corrupted, because they are severally sick. So for my point of view this is unacceptable and it is a huge gap, and call it whatever – it maybe not Semashko system, but has to be retold, you cannot human life put in a free market competition. I really don't think that this is good approach. But the costs are high, I think maybe the right moment, after pandemic? Because the countries looking in the investments in health mostly like the investments like the costs. But it is not truth. You will not have the nation, you will not have anything without healthy people. So it has some value and the tendency from 2008 onwards with this big financial crisis. Of course, which sectors will be pay biggest price? Health, culture, social support and such things, because it is costs.

*Запитання:*

*6. Чи посилила поточна ситуація із COVID-19 негативні тенденції у доступі до послуг охорони здоров'я в Сербії?*

I would say that COVID-19 crisis did access to public health services not even more poor. It became almost impossible. We are not prepared at all and all our diverse and all our engagement when list to response to COVID and that it. And I think only now, it is big better situation in the moment. So we will see the consequences. We have about 18 000 extra deaths than in average for a last year. We have very low official mortality due to COVID, almost lower in the world, because they are not present real data. But the number of death people you can not hide, so whatever in the reason we don't have this thousands of people. Whatever it is part it for sure due to inaccessibility to health care, but in majority due to past years it was to COVID. And we have some scandals and some investigated journalists but ok, populist

government say “we are successful”. Out of dead we will have such consequences and bigger number of deaths the average was before the pandemic now for years. Not only Serbia – every country.

People are not active for their health right in Serbia. It is functioning at the level of the scandal. There is some scandal so maybe I pick up the scandal, than public opinion is dealing for a few days with the scandal and than is nothing and that's it. Also health culture is very low which we seen now in pandemic. Also percentage of smokers, alcohol consumption, personal hygiene – this is also at the low level. But we have strong anti-vaccination movement, because it is easy with such society. I would say that this in direct responsibility of political set-up, but at the begging of pandemic they diminished you know, serious of the problem. And it was almost embarrassing press-conference with the President and the 3 doctors, and one of the doctors was telling “hi, this is funniest virus in the world, it is not exiting and it is only on Facebook. And what Italy, Milan, you can go shopping, Ladies! Go shopping there! Yeah, leave your husbands it! And they are all laughing. It is completely inappropriate. I was writing the letter to the medical Serbian society with 4 professors of the medical faculty, to evaluate the ethic level to conduct of this doctor, but we never got a reply. It was in the media for many times. So I'm an active and I'm not without my voice heard. And we had interview several times. But they said due to the pandemic measures ethical committee cannot have a meeting. I mean with such beginning, then you have to persuade someone that it is not so funny, that you can die, that you can have serious health consequences, then you should be vaccinated. So I mean also there is direct responsibility of the highest political structures, for this empty-vacs campaign. So the big plus is that we have vaccines, we have Chinese, Russian, Pfizer and Astra-Zeneka and we really supported neighboring countries, it is due to our position between East and West. It is like more the less, but people could come from the region, from the other countries to get vaccines here, and I have friends from Bosnia and Macedonia and I put to our e-system their data with my phone and my e-mail and they were invited through me and they got vaccinated. It was quite in amount and also we donate. This is positive. But you should to be

consistent and you can not only hunt political games, because politic is much more serious than that. And you have some facts.